



HAL
open science

Opinion des médecins généralistes sur la vaccination anti-HPV des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) de moins de 27 ans

Mathilde Lopez-Ruiz

► To cite this version:

Mathilde Lopez-Ruiz. Opinion des médecins généralistes sur la vaccination anti-HPV des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) de moins de 27 ans. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02965382

HAL Id: dumas-02965382

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02965382v1>

Submitted on 13 Oct 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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et Soutenue publiquement par

LOPEZ-RUIZ Mathilde

Le 21 novembre 2019

Titre :

**OPINION DES MEDECINS GENERALISTES SUR LA
VACCINATION ANTI-HPV DES HOMMES AYANT DES
RAPPORTS SEXUELS AVEC DES HOMMES (HSH) DE MOINS
DE 27 ANS.**

Directeur de thèse : Pr CLARY Bernard Professeur associé de Médecine générale

JURY :

Président du Jury : Pr AMOUYAL Michel Professeur Universitaire de Médecine générale

Assesseurs :

Dr LOGNOS Béatrice : Maitre de conférences des Universités de Médecine Générale

Pr CLARY Bernard : Professeur associé de Médecine Générale

Dr ROUGIER Marion : Docteur en Médecine Générale, Praticien hospitalier

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et Soutenue publiquement par

LOPEZ-RUIZ Mathilde

Le 21 novembre 2019

Titre :

**OPINION DES MEDECINS GENERALISTES SUR LA
VACCINATION ANTI-HPV DES HOMMES AYANT DES
RAPPORTS SEXUELS AVEC DES HOMMES (HSH) DE MOINS
DE 27 ANS.**

Directeur de thèse : Pr CLARY Bernard Professeur associé de Médecine générale

JURY :

Président du Jury : Pr AMOUYAL Michel Professeur Universitaire de Médecine générale

Assesseurs :

Dr LOGNOS Béatrice : Maitre de conférences des Universités de Médecine Générale

Pr CLARY Bernard : Professeur associé de Médecine Générale

Dr ROUGIER Marion : Docteur en Médecine Générale, Praticien hospitalier

ANNEE UNIVERSITAIRE 2018 - 2019

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALLIEU Yves
 ALRIC Robert
 ARNAUD Bernard
 ASTRUC Jacques
 AUSSILLOUX Charles
 AVEROUS Michel
 AYRAL Guy
 BAILLAT Xavier
 BALDET Pierre
 BALDY-MOULINIER Michel
 BARMES Jean-Louis
 BARMES Pierre
 BANSARD Nicole
 BAYLET René
 BILLIARD Michel
 BLARD Jean-Marie
 BLAYAC Jean Pierre
 BLOTMAN Francis
 BONNEL François
 BOUDET Charles
 BOURGEOIS Jean-Marie
 BRUEL Jean Michel
 BUREAU Jean-Paul
 BRUNEL Michel
 CALLIS Albert
 CANAUD Bernard
 CASTELNAU Didier
 CHAPTAL Paul-André
 CIURANA Albert-Jean
 CLOT Jacques
 D'ATHIS Françoise
 DEMAILLE Jacques
 DESCOMPS Bernard
 DIMEGLIO Alain

DUBOIS Jean Bernard
 DUMAS Robert
 DUMAZER Romain
 ECHENNE Bernard
 FABRE Serge
 FREREBEAU Philippe
 GALIFER René Benoît
 GODLEWSKI Guilhem
 GRASSET Daniel
 GROLLEAU-RAOUX Robert
 GUILHOU Jean-Jacques
 HERTAULT Jean
 HUMEAU Claude
 JAFFIOL Claude
 JANBON Charles
 JANBON François
 JARRY Daniel
 JOYEUX Henri
 LAFFARGUE François
 LALLEMANT Jean Gabriel
 LAMARQUE Jean-Louis
 LAPEYRIE Henri
 LESBROS Daniel
 LOPEZ François Michel
 LORIOT Jean
 LOUBATIERES Marie
 Madeleine
 MAGNAN DE BORNIER
 Bernard
 MARY Henri
 MATHIEU-DAUDE Pierre
 MEYNADIER Jean
 MICHEL François-Bernard
 MICHEL Henri

MION Charles
 MION Henri
 MIRO Luis
 NAVARRO Maurice
 NAVRATIL Henri
 OTHONIEL Jacques
 PAGES Michel
 PEGURET Claude
 PELISSIER Jacques
 POUGET Régis
 PUECH Paul
 PUJOL Henri
 PUJOL Rémy
 RABISCHONG Pierre
 RAMUZ Michel
 RIEU Daniel
 RIOUX Jean-Antoine
 ROCHEFORT Henri
 ROSSI Michel
 ROUANET DE VIGNE LAVIT
 Jean Pierre
 SAINT AUBERT Bernard
 SANCHO-GARNIER Hélène
 SANY Jacques
 SEGARBIEUX François
 SENAC Jean-Paul
 SERRE Arlette
 SIMON Lucien
 SOLASSOL Claude
 THEVENET André
 VIDAL Jacques
 VISIER Jean Pierre

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude
 BLANC François
 BOULENGER Jean-Philippe
 BOURREL Gérard
 BRINGER Jacques
 CLAUSTRES Mireille
 DAURES Jean-Pierre
 DAUZAT Michel
 DEDET Jean-Pierre
 ELEDJAM Jean-Jacques
 GUERRIER Bernard
 JOURDAN Jacques

MARES Pierre
 MAURY Michèle
 MILLAT Bertrand
 MAUDELONDE Thierry
 MONNIER Louis
 PREFAUT Christian
 PUJOL Rémy
 SULTAN Charles
 TOUCHON Jacques
 VOISIN Michel
 ZANCA Michel

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALBAT Bernard - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
ALRIC Pierre - Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric - Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick - Parasitologie et mycologie
BONAFE Alain - Radiologie et imagerie médicale
CAPDEVILA Xavier - Anesthésiologie-réanimation
COLSON Pascal – Anesthésie-réanimation
COMBE Bernard - Rhumatologie
COSTA Pierre - Urologie
COTTALORDA Jérôme - Chirurgie infantile
COUBES Philippe – Neurochirurgie
COURTET Philippe – Psychiatrie d'adultes, addictologie
CRAMPETTE Louis - Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul - Biochimie et biologie moléculaire
DAVY Jean Marc - Cardiologie
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel - Anesthésiologie-réanimation
DELAPORTE Eric - Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMOLY Pascal – Pneumologie, addictologie
DE WAZIERES Benoît - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DOMERGUE Jacques - Chirurgie générale
DUFFAU Hugues - Neurochirurgie
DUJOLS Pierre - Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
ELIAOU Jean François - Immunologie
FABRE Jean Michel - Chirurgie générale
FRAPIER Jean-Marc – Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
GUILLOT Bernard - Dermato-vénéréologie
HAMAMAH Samir-Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HEDON Bernard-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
HERISSON Christian-Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir-Anesthésiologie-réanimation
JEANDEL Claude-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JONQUET Olivier-Réanimation ; médecine d'urgence
JORGENSEN Christian-Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier-Biophysique et médecine nucléaire
LANDAIS Paul-Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention
LARREY Dominique-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LEFRANT Jean-Yves-Anesthésiologie-réanimation
LE QUELLEC Alain-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
MARTY-ANE Charles - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MERCIER Jacques - Physiologie
MESSNER Patrick – Cardiologie
MONDAIN Michel – Oto-rhino-laryngologie
PELLISSIER Jacques-Médecine physique et de réadaptation
RENARD Eric-Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques-Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIBSTEIN Jean-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
RIPART Jacques-Anesthésiologie-réanimation
ROUANET Philippe-Cancérologie ; radiothérapie
SCHVED Jean François-Hématologie; Transfusion
TAOUREL Patrice-Radiologie et imagerie médicale
UZIEL Alain -Oto-rhino-laryngologie
VANDE PERRE Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc-Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{re} classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia-Hématologie ; transfusion
AVIGNON Antoine-Nutrition
AZRIA David -Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria-Pédopsychiatrie ; addictologie
BEREGI Jean-Paul-Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BLANC Pierre-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric-Chirurgie digestive
BOULOT Pierre-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

CAMBONIE Gilles -Pédiatrie
 CAMU William-Neurologie
 CANOVAS François-Anatomie
 CARTRON Guillaume-Hématologie ; transfusion
 CHAMMAS Michel-Chirurgie orthopédique et traumatologique
 CHANQUES Gérald – Anesthésie-réanimation
 CORBEAU Pierre-Immunologie
 COSTES Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
 CYTEVAL Catherine-Radiologie et imagerie médicale
 DADURE Christophe-Anesthésiologie-réanimation
 DAUVILLIERS Yves-Physiologie
 DE TAYRAC Renaud-Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
 DEMARIA Roland-Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
 DEREURE Olivier-Dermatologie – vénéréologie
 DE VOS John – Cytologie et histologie
 DROUPY Stéphane -Urologie
 DUCROS Anne-Neurologie
 GARREL Renaud – Oto-rhino-laryngologie
 HAYOT Maurice - Physiologie
 KLOUCHE Kada-Réanimation ; médecine d'urgence
 KOENIG Michel-Génétique moléculaire
 LABAUGE Pierre- Neurologie
 LAFFONT Isabelle-Médecine physique et de réadaptation
 LAVABRE-BERTRAND Thierry-Cytologie et histologie
 LAVIGNE Jean-Philippe – Bactériologie – virologie, hygiène hospitalière
 LECLERCQ Florence-Cardiologie
 LEHMANN Sylvain-Biochimie et biologie moléculaire
 LE MOING Vincent – Maladies infectieuses, maladies tropicales
 LUMBROSO Serge-Biochimie et Biologie moléculaire
 MARIANO-GOULART Denis-Biophysique et médecine nucléaire
 MATECKI Stéfan -Physiologie
 MEUNIER Laurent-Dermato-vénéréologie
 MOREL Jacques - Rhumatologie
 MORIN Denis-Pédiatrie
 NAVARRO Francis-Chirurgie générale
 PETIT Pierre-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
 PERNEY Pascal-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
 PRUDHOMME Michel - Anatomie
 PUJOL Jean Louis-Pneumologie ; addictologie
 PUJOL Pascal-Biologie cellulaire
 PURPER-OUAKIL Diane-Pédopsychiatrie ; addictologie
 QUERE Isabelle-Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
 SOTTO Albert-Maladies infectieuses ; maladies tropicales
 TOUITOU Isabelle-Génétique
 TRAN Tu-Anh-Pédiatrie
 VERNHET Hélène-Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe

ASSENAT Éric-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
 BERTHET Jean-Philippe-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
 BOURDIN Arnaud-Pneumologie ; addictologie
 CANAUD Ludovic-Chirurgie vasculaire ; Médecine Vasculaire
 CAPDEVIELLE Delphine-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
 CAPTIER Guillaume-Anatomie
 CAYLA Guillaume-Cardiologie
 COLOMBO Pierre-Emmanuel-Cancérologie ; radiothérapie
 COSTALAT Vincent-Radiologie et imagerie médicale
 COULET Bertrand-Chirurgie orthopédique et traumatologique
 CUVILLON Philippe-Anesthésiologie-réanimation
 DAIEN Vincent-Ophtalmologie
 DORANDEU Anne-Médecine légale -
 DUPEYRON Arnaud-Médecine physique et de réadaptation
 FAILLIE Jean-Luc – Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique, addictologie
 FESLER Pierre-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
 GAUJOUX Viala Cécile-Rhumatologie
 GENEVIEVE David-Génétique
 GODREUIL Sylvain-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
 GUILLAUME Sébastien-Urgences et Post urgences psychiatriques -
 GUILPAIN Philippe-Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie

GUIU Boris-Radiologie et imagerie médicale
 HERLIN Christian – Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie
 HOUJEDJE Nadine-Cancérologie ; radiothérapie
 JACOT William-Cancérologie ; Radiothérapie
 JUNG Boris-Réanimation ; médecine d'urgence
 KALFA Nicolas-Chirurgie infantile
 KOUYOUMDJIAN Pascal-Chirurgie orthopédique et traumatologique
 LACHAUD Laurence-Parasitologie et mycologie
 LALLEMANT Benjamin-Oto-rhino-laryngologie
 LE QUINTREC Moglie - Néphrologie
 LETOUZEY Vincent-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
 LONJON Nicolas - Neurologie
 LOPEZ CASTROMAN Jorge-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
 LUKAS Cédric-Rhumatologie
 MAURY Philippe-Chirurgie orthopédique et traumatologique
 MILLET Ingrid-Radiologie et imagerie médicale
 MORANNE Olivier-Néphrologie
 NAGOT Nicolas-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
 NOCCA David-Chirurgie digestive
 PANARO Fabrizio-Chirurgie générale
 PARIS Françoise-Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
 PASQUIE Jean-Luc-Cardiologie
 PEREZ MARTIN Antonia-Physiologie
 POUDEUX Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
 RIGAU Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
 RIVIER François-Pédiatrie
 ROGER Pascal-Anatomie et cytologie pathologiques
 ROSSI Jean François-Hématologie ; transfusion
 ROUBILLE François-Cardiologie
 SEBBANE Mustapha-Anesthésiologie-réanimation
 SIRVENT Nicolas-Pédiatrie
 SOLASSOL Jérôme-Biologie cellulaire
 STOEBNER Pierre – Dermato-vénérologie
 SULTAN Ariane-Nutrition
 THOUVENOT Éric-Neurologie
 THURET Rodolphe-Urologie
 VENAIL Frédéric-Oto-rhino-laryngologie
 VILLAIN Max-Ophtalmologie
 VINCENT Denis -Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
 VINCENT Thierry-Immunologie
 WOJTUSCISZYN Anne-Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1^{re} classe :

COLINGE Jacques - Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes

2^{ème} classe :

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila - Biochimie et biologie moléculaire

VISIER Laurent - Sociologie, démographie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1^{re} classe :

LAMBERT Philippe

2^{ème} classe :

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard

DAVID Michel

PROFESSEUR ASSOCIE - Médecine

BESSIS Didier - Dermato-vénérologie

MEUNIER Isabelle – Ophtalmologie

MULLER Laurent – Anesthésiologie-réanimation

PERRIGAULT Pierre-François - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence

ROUBERTIE Agathe – Pédiatrie

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe

BOULLE Nathalie – Biologie cellulaire
CACHEUX-RATABOUL Valère-Génétique
CARRIERE Christian-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARACHON Sylvie-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FABBRO-PERAY Pascale-Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HILLAIRE-BUYS Dominique-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
GIANSILY-BLAIZOT Muriel – Hématologie, transfusion
PELLESTOR Franck-Cytologie et histologie
PUJOL Joseph-Anatomie
RICHARD Bruno-Thérapeutique ; addictologie
RISPAIL Philippe-Parasitologie et mycologie
SEGONDY Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH de 1^{re} classe

BADIOU Stéphanie-Biochimie et biologie moléculaire
BOUDOUSQ Vincent-Biophysique et médecine nucléaire
BOURGIER Céline-Cancérologie ; Radiothérapie
BRET Caroline -Hématologie biologique
COSSEE Mireille-Génétique Moléculaire
GABELLE DELOUSTAL Audrey-Neurologie
GIRARDET-BESSIS Anne-Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine-Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier – Médecine et santé au travail
MATHIEU Olivier-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas-Neuroradiologie
MOUZAT Kévin-Biochimie et biologie moléculaire
PANABIERES Catherine-Biologie cellulaire
PHILIBERT Pascal-Biologie et médecine du développement et de la reproduction
RAVEL Christophe - Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris-Physiologie
STERKERS Yvon-Parasitologie et mycologie
TUAILLON Edouard-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YACHOUH Jacques-Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MCU-PH de 2^{ème} classe

BERTRAND Martin-Anatomie
DE JONG Audrey – Anesthésie-réanimation
DU THANH Aurélie-Dermato-vénéréologie
GALANAUD Jean Philippe-Médecine Vasculaire
GOUZI Farès-Physiologie
HERRERO Astrid – Chirurgie générale
JEZIORSKI Éric-Pédiatrie
KUSTER Nils-Biochimie et biologie moléculaire
MAKINSON Alain-Maladies infectieuses, Maladies tropicales
MURA Thibault-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie-Psychiatrie d'adultes ; addictologie
PANTEL Alix – Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie – Thérapeutique, addictologie
SABLEWSKI Vanessa – Anatomie et cytologie pathologiques
THEVENIN-RENE Céline-Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - Médecine Générale

Maîtres de conférence de 1^{ère} classe

COSTA David

Maîtres de conférence de 2^{ème} classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice
OUDE-ENGBERINK Agnès

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES - Médecine Générale

GARCIA Marc
MILLION Elodie
PAVAGEAU Sylvain
REBOUL Marie-Catherine
SERAYET Philippe

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Maîtres de Conférences hors classe

BADIA Eric - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

Maîtres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine - Neurosciences
BERNEX Florence - Physiologie
CHAUMONT-DUBEL Séverine - Sciences du médicament et des autres produits de santé
CHAZAL Nathalie - Biologie cellulaire
DELABY Constance - Biochimie et biologie moléculaire
GUGLIELMI Laurence - Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HENRY Laurent - Sciences biologiques fondamentales et cliniques
LADRET Véronique - Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
LAINE Sébastien - Sciences du Médicament et autres produits de santé
LE GALLIC Lionel - Sciences du médicament et autres produits de santé
LOZZA Catherine - Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
MAIMOUN Laurent - Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
MOREAUX Jérôme - Science biologiques, fondamentales et cliniques
MORITZ-GASSER Sylvie - Neurosciences
MOUTOT Gilles - Philosophie
PASSERIEUX Emilie - Physiologie
RAMIREZ Jean-Marie - Histologie
TAULAN Magali - Biologie Cellulaire

PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

CLAIRE DAIEN-Rhumatologie
BASTIDE Sophie-Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GATINOIS Vincent-Histologie, embryologie et cytogénétique
PINETON DE CHAMBRUN Guillaume-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
SOUCHE François-Régis – Chirurgie générale
TORRE Antoine-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

Remerciements :

A monsieur le Professeur Michel AMOUYAL : Merci d'avoir accepté de présider mon jury de thèse, et merci pour l'intérêt porté à mon travail.

A Monsieur le Docteur Bernard CLARY : Merci d'avoir accepté de diriger ma thèse. Merci pour votre implication à toute épreuve et à toute heure, et pour toute l'aide apportée tout au long de la construction de ce travail, même à distance. Vous avez largement contribué à son aboutissement.

A Madame le Docteur LOGNOS-FOLCO Béatrice : Merci Béa d'avoir été présente à l'initiation de ce travail de thèse et d'avoir bien voulu participer à ce jury. Merci de m'avoir accueilli au sein de ton cabinet où j'ai pu faire mes premiers pas de médecin généraliste et apprendre la prise en charge et le suivi du patient en médecine de ville. Faire mes premiers gestes gynécologiques à tes côtés, et même un peu de mésothérapie. Merci de ta confiance, et de l'accueil par temps neigeux à Montpellier.

Au Docteur Marion ROUGIER : Merci Marion de me faire l'honneur de faire parti de mon jury de thèse, d'avoir trouvé un petit moment dans ta vie chargée. Merci aussi de la formation que tu as pu m'apporter au cours de ce super stage en médecine polyvalente que je n'oublierai jamais. Pour ta qualité en temps que médecin, ton humour et ta gaieté, tes encouragements. Merci aussi pour les petits cadeaux... « Madame risette » n'est jamais bien loin, les confiseries non plus.

J'en profite par ton intermédiaire pour remercier toute l'équipe du service de médecine polyvalente du CHU de Nîmes, pour ces 6 mois qui furent très enrichissants, tant sur le plan médical que personnelle. Merci pour leur accueil, leur bonne humeur, vous m'avez fait aimer la médecine hospitalière.

Merci au Dr RAY pour son aide dans le service et en dehors, pour ses connaissances et sa passion de la médecine interne.

Merci à Dr Thierry Baumes pour sa cool attitude.

Et enfin Merci à Dr Dorra Mnif dit « Dodo » ou « maman interne ». Merci pour ton implication, les heures passées à rester avec nous tard le soir, tes rires et ta gentillesse... Même si je continue à faire des efforts, l'orthographe reste difficile...

A MA FAMILLE :

Merci à mon père, la force tranquille, le papa poule. Tu m'as appris la valeur du travail, inculquée de toujours aller au bout des choses, et pousser à toujours donner le meilleur. Merci pour l'éducation et l'enfance que tu m'as permise de vivre.

Merci à ma mère, la maman poule. Merci de m'avoir accompagné, depuis les devoirs sur le coin de la table de la cuisine en primaire, jusqu'à la correction de cette thèse qui clôture mes études. Merci pour ta générosité, et le temps passé à prendre soin de nous.

Merci à vous deux de m'avoir soutenu tout au long de ces longues années d'études.

Merci à mon grand frère Cyril, pour tes mots de soutien quand il le fallait, en P1 mais aussi pour l'ECN, rares, mais toujours bien choisis, qui m'ont donné parfois la force de continuer. Merci pour les années d'externat et ta surveillance discrète durant les soirées médecines. Merci à Mel d'avoir dit « oui », et d'avoir agrandi la famille avec Evan le petit ouragan et bébé à venir.

A mes grands-mères, Pola et Geneviève, chères à mon cœur, qui m'ont accompagné lors de ma première année de médecine, et fait de mes pauses des petits gouters savoureux comme tout au long de mon enfance. A mes deux grands pères, Louis et Pierre que j'espère avoir rendu fiers.

A mes oncles et tantes : Francis, Carmen, Edith (encore désolée pour la gaufre) et Jeff, et leurs enfants Eric, Nico , Clem et sylvain, pour la famille qu'ils forment autour de moi.

A MA BELLE FAMILLE : Merci de m'avoir si bien accueillie.

Merci à Corinne et Eric pour votre gentillesse, votre bienveillance et votre soutien, aussi bien sur le plan professionnel que personnel. Merci pour les petits moments lillois et tous les souvenirs de vacances passés ensemble.

Merci Léa pour ton humour et ta décontraction, ainsi que ton ouverture d'esprit. « Qui aime bien châtie bien » il paraît.

A MES AMIS

A mes amies de toujours : Le gang des culottes marrons.

Avec vous rien ne change, je retombe en enfance, insouciante, à chaque fois que je vous retrouve pour des week-end qui promettent toujours d'être remplis de fous rires et de naturel. Merci d'avoir toujours été là, même si la distance a parfois eu raison de la fréquence de nos réunions, sans vous ça n'aurait pas été pareil.

Margot, la plus ancienne, pour ton humour sans faille, ton caractère bout en train et tes messages vocaux whats app. Peace love flex la clairoise.

Zazou, un petit grain de folie, d'insouciance et plein de gentillesse. Merci pour nos discussions, merci d'avoir et d'être encore là dans les moments compliqués.

Cess, merci pour ton soutien sans faille, pour la confiance que je peux te porter et celle que tu me portes, pour ta générosité en amitié.

Lulu, merci pour ta présence un certain été un peu difficile pour moi, il a été plus doux grâce à toi. Bravo pour ta force de caractère.

Laeti : ma spoeur, pour toutes ces histoires improbables et ses fous rires ainsi que ta gentillesse.

A mes amis de la Fac :

D'abord ma Laulau: rencontrée dans le bus du Wei, fait connaissance grâce au Brésil, on ne s'est jamais vraiment quitté et j'espère que ça continuera même malgré la distance. Merci d'être mon amie, j'en suis fière. Merci pour tes conseils, nos soirées et nos vacances : Berlin Dakhla...

Toute la troupe de voyage et de nos soirée top chef post cardio-training qui resteront gravées : Coline et ta petite folie, Kiki la pile électrique, Clem la force tranquille, Manon ma colloc le temps d'une année pré ECN et enfin Vincent qui nous a supporté avec un calme Olympien. Merci pour tous les moments passés ensemble pendant l'externat.

Merci Clara pour ta sensibilité, et toutes nos discussions.

Antho pour tous tes délires d'externe et d'interne.

Sarah pour les stages vécus ensemble parfois non sans séquelle.

Marine pour notre Erasmus en Espagne et toutes nos anecdotes et « chupito » partagés.

A mes amis Montpellierains :

Aux Alésiens : Isaure ma première co interne, Debo ma coloc, Robin le voisin du dessus, Goupil et Gros, Jordy, Lucile, Laura, Minh... Petit internat mais grandes émotions...6 mois de bonheurs, merci à vous d'avoir fait partie de cette expérience et quelle belle expérience.

Goupil ou papa Goup, tantôt, Alésiens, colloc ou co interne, merci de m'avoir accompagné avec ta maturité et ta positivité. Vivement qu'on se voit à Gap avec Chacha.

Gros, merci pour ton humour et ta façon inimitable de faire de n'importe quelle histoire un moment de bonheur. On se retrouve pour les week-ends ski et les verres en péniche avec Delphine.

Et un petit mot pour Popo, avec qui j'ai pris plaisir à faire les trajets jusqu'à Nîmes pour le DIU de gynéco et à passer quelques moments à Montpellier, j'espère qu'on aura l'occasion de se faire des week-ends ensemble et peut être avec Antho.

A tous les autres internes qui m'ont accompagné au cours de ce périple.

Aux amis Lillois :

Merci à Camille et Cy pour ces petits moments passés ensemble, ces sorties sportives (sans hélico pour ma part), et aux accueils de Norton bien sûr.

Merci Arthur pour ta gentillesse extrême et les bières du mercredi soir.

ENFIN ROMAIN :

Merci pour tous les bons moments partagés ensemble depuis le début de cet internat et merci d'avoir su me soutenir dans les moins bons. Mais aussi merci de m'avoir supporté tout au long de ce travail de thèse, je sais que je n'ai pas toujours été facile. Merci pour tes relectures, ton investissement, et surtout ton réconfort et ta patience ; et pour tout ce que tu fais pour moi chaque jour ; sans toi je n'en serais pas là. Merci de croire en moi.

Enfin et surtout merci pour les étincelles et les petits papillons...

ABREVIATIONS :

AIN : neoplasie intra épithéliale anale

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

CECA : Cancer Epidermoide du Canal Anal

CeGIDD : Centre Gratuit d'Information de Dépistage et de Diagnostic.

CIVG : Centre Interruption Volontaire de Grossesse

EGaLE-MG : Enquête Gays Lesbiennes Médecine Générale

EMA : European Medicine Agency

FCU : Frottis Cervico Utérin

GSK : laboratoire GlaxoSmithKline

HPV : Human Papillomavirus

HPV-HR : Human Papillomavirus à Haut Risque

HPV-BR : Human Papillomavirus à Bas Risque

HPV-RI : Human Papillomavirus à Risque Inconnu

HSH : Homme ayant des rapports Sexuels avec des Hommes

IARC : l'Agence internationale de recherche sur le cancer

IST : Infection Sexuellement Transmissible

LGBT : lesbienne, Gay, Bi, Transgenre

MAI : Maladies Auto Immunes

MICI : Maladies Inflammatoires Chroniques de l'Intestin

MG : Médecin généraliste

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SGB : Syndrome de Guillain Barré

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

VADS : Voies Aérodigestives Supérieures

SOMMAIRE :

| | |
|--|-----------|
| I. INTRODUCTION : | 15 |
| A. LE PAPILOMA VIRUS HUMAIN : | 15 |
| 1. Physiopathologie | 15 |
| 2. Transmission : | 16 |
| 3. Epidémiologie : | 16 |
| B. LES HOMMES ET L'HPV : | 17 |
| 1. HSH et HPV : | 18 |
| 2. Cancer anal : | 19 |
| 3. Cancer des Voies aérodigestives supérieures (VADS). | 20 |
| 4. Cancer Pénien et autres localisations : | 20 |
| a) Le cancer pénien : | 20 |
| b) Les autres localisations : | 20 |
| 5. Les condylomes | 21 |
| C. LA VACCINATION ANTI-PAPILLOMAVIRUS : | 21 |
| 1. Les vaccins : | 21 |
| 2. Pharmacovigilance : | 22 |
| 3. L'Efficacité : | 24 |
| a) Données d'efficacités dans le cancer du col : | 24 |
| b) Efficacité dans la population masculine, particulièrement des HSH : | 25 |
| 4. La vaccination anti HPV à l'étranger | 27 |
| 5. Données d'adhésion : | 29 |
| D. PROBLEMATIQUE : | 30 |
| II. MATERIEL ET METHODE : | 32 |
| A. CHOIX DE LA METHODE : | 32 |
| B. RECUEIL DES DONNEES | 32 |
| 1. Recrutement de la population : | 32 |
| 2. Entretiens semi directifs : | 33 |
| 3. L'analyse des données : | 35 |
| 4. Critères de validités : | 35 |
| III. RESULTATS | 36 |
| A. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION : | 36 |
| B. CATEGORIES EMERGENTES : | 37 |
| 1. La recommandation était peu proposée par les médecins généralistes même s'ils y étaient globalement favorables et souhaitaient jouer leur rôle d'information et de prévention : | 37 |

| | |
|---|-----------|
| 2. La nécessité de connaître l'orientation sexuelle des jeunes hommes, freinait la proposition de la vaccination anti HPV chez les HSH de moins de 27 ans, par les médecins généralistes mal à l'aise pour l'aborder sans stigmatiser..... | 39 |
| 3. La discussion autour du sujet intime de l'orientation sexuelle, dépendait de la construction d'une relation médecin-patient collaborative. Pour les médecins, l'alliance était favorisée par le sexe masculin du médecin, un âge et un mode de vie proche de celui du patient. | 43 |
| 4. Les médecins généralistes ne prenaient pas l'initiative de poser la question de l'orientation sexuelle et de la vaccination, chez les hommes jeunes et timides, qu'ils voyaient peu. Sauf s'ils venaient seuls, pour un problème génital, de MST, de conduite à risque, ou s'ils en faisaient la demande spontanément..... | 47 |
| 5. Les MG aimeraient pouvoir parler de sexualité et de l'orientation sexuelle des jeunes hommes par le biais de la vaccination HPV recommandée. | 52 |
| 6. La recommandation paraissait floue aux MG, ce qui empêchait sa mise en œuvre. Ils souhaitaient une meilleure information : | 53 |
| 7. Pour les MG cette recommandation n'était qu'une étape vers une vaccination universelle. .. | 55 |
| C. MODELISATION ET THEORISATION :..... | 57 |
| IV. DISCUSSION :..... | 58 |
| A. FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE :..... | 58 |
| B. COMPARAISON AVEC LES DONNEES DE LA LITTERATURE : | 59 |
| C. IMPLICATION POUR LA PRATIQUE :..... | 63 |
| BIBLIOGRAPHIE | 65 |
| ANNEXES et ENTRETIENS :..... | 69 |
| SERMENT D'HYPPOCRATE | 93 |

I. INTRODUCTION :

L'infection à papillomavirus est une des 3 principales infections sexuellement transmissibles (IST), et la plus fréquente d'origine virale. On estime que plus de **70 à 80% de la population sexuellement active**, hommes et femmes confondus, rencontreront un papillomavirus au moins une fois dans leur vie(1). Effectivement comme nous le verrons plus loin, même si la prévalence des HPV est plus faible chez les hommes, eux aussi peuvent être touchés.

A. LE PAPILOMA VIRUS HUMAIN :

1. Physiopathologie

Le papillomavirus constitue une vaste famille de plus de 200 petits virus à ADN non enveloppés, capables d'infecter l'Homme. Ils sont strictement épithéliotropes, et à l'origine du premier modèle de tumeur liée à un virus à ADN, découvert en 1920 par Shope.

Les différents HPV (Human papillomavirus) sont responsables de tumeurs bénignes et malignes. Ils sont par exemple responsables de près de 100 % des cas de cancer du col de l'utérus et impliqués dans de nombreux cancers cutanés et muqueux ; tel que le cancer anal, oropharyngé, pénien...

La cellule cible des HPV est la cellule basale de l'épithélium ; de fait, la zone de jonction, site d'affrontement de l'épithélium cylindrique et de l'épithélium pavimenteux est le lieu privilégié de pénétration des papillomavirus directement au contact de la couche basale ; les microtraumatismes peuvent eux aussi donner accès à cette couche basale. La persistance virale va durer d'un à cinq ans, entraînant les premières modifications morphologiques : les lésions de bas grade, AIN1 ou dysplasies légères, qui se traduisent par des modifications et des atypies des cellules du tiers inférieur de l'épithélium basal. Apparaîtront ensuite les lésions de haut grade, qui s'accompagnent de modifications néoplasiques des cellules des deux tiers inférieurs ou de la totalité de l'épithélium(2).

Tous les types viraux ne sont pas nécessairement oncogènes, ils sont classés, selon l'Agence internationale de recherche sur le cancer (IARC) en 3 catégories : ceux à haut risque oncogène (HPV HR) dont l'HPV16, 18, 33... les sous-types à bas risque oncogène (HPV BR) : HPV6, 11... essentiellement associés aux condylomes ou aux verrues plantaires... et enfin le sous type à risque inconnu (HPV RI).

Le pouvoir oncogène de ces HPV repose essentiellement sur deux oncoprotéines, appelées protéines Early : particulièrement E6 et E7 qui interagissent respectivement avec les produits des gènes suppresseurs de tumeur P53, et la protéine du rétinoblastome (pRB) ; en les empêchant de bloquer le cycle cellulaire et d'induire l'apoptose.

Ces deux protéines portent donc l'essentiel du pouvoir oncogénique du virus HPV, mais elles ne sont pourtant pas suffisantes. Ainsi, des facteurs endogènes inhérents à l'hôte : réponse immune anti-HPV, génétique ; et exogènes comme d'autres carcinogènes : le tabac, les immunosuppresseurs, le VIH... sont impliqués dans la persistance virale qui est indispensable au processus de cancérogénèse (2,3).

2. Transmission :

La transmission se fait essentiellement par contact direct peau à peau ou muqueuse à muqueuse, mais aussi par contact indirect. Effectivement la transmission par les mains, les surfaces ou les linges souillés par des sécrétions génitales infectées, est rendue possible par l'absence d'enveloppe du virus et la structure de sa capsidie qui le rendent extrêmement résistant dans le milieu extérieur, à la congélation et à la dessiccation. Ceci explique l'extrême contagiosité de ce virus, l'absence de nécessité de rapport sexuel, ainsi que les données controversées sur la protection conférée par le port du préservatif(3).

Les facteurs de risques d'acquisition de l'HPV sont l'immunodépression, l'augmentation du nombre de partenaire et les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes.

Dans plusieurs études la circoncision apparaît comme un facteur protecteur(4).

3. Epidémiologie :

Environ 660 millions de personnes à travers le monde seraient infectés par l'HPV soit **5 à 10% de la population mondiale** (5).

Selon l'InVS et santé Public France, en 2017 on estimait que le cancer du col de l'utérus touchait près de 3 000 femmes et causait environ 1 100 décès chaque année. Il est la 12^e cause de cancer féminin.

En 2015, on estime à plus de **6 300 le nombre de cancers potentiellement dus aux HPV**, soit près de **2 % des cancers incidents**. Les cancers du col de l'utérus constituent la majorité des cas

à hauteur de 44% ; celui de l'anus et de l'oropharynx représentent respectivement **24%** et 22% des cas.

Les 10% restant comprennent les cancers de la vulve, du vagin, du pénis, ou encore de la cavité orale et le larynx.

Les femmes sont les plus concernées par les cancers liés à HPV, mais plus d'un tiers de ces cancers touchent les hommes. (Figure 1)(6).

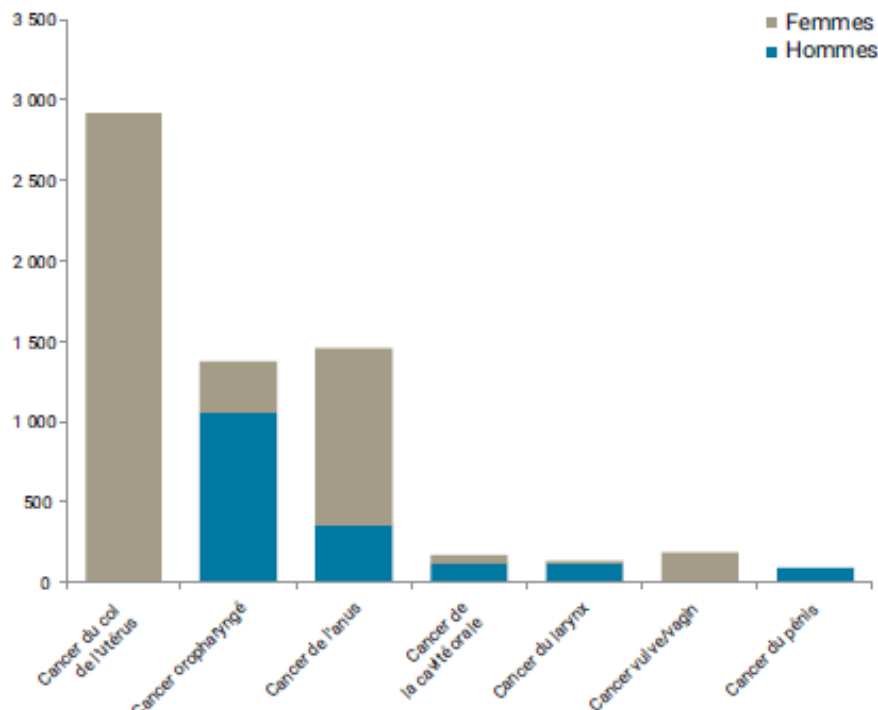


Figure 1: Nombre estimé de nouveaux cas de cancers liés aux HPV (France 2015)

Source: Traitement: Institut national du cancer, 2018.

B. LES HOMMES ET L'HPV :

Par soucis de clarté le mot « homme » désigne le sexe masculin.

Le fardeau des maladies liées à l'HPV pèse aussi sur l'homme : la prévalence mondiale des HPV génitaux chez l'homme est, selon la tranche d'âge, de **15 à 19%**, l'**HPV16 étant le plus fréquemment retrouvé**(4). Comme chez la femme, l'infection est le plus souvent inapparente, mais lorsqu'elle persiste elle peut être responsable de lésions bénignes telles que les condylomes ou verrues génitales ; mais aussi de lésions malignes précancéreuses ou cancéreuses.

Contrairement au rôle de l'HPV dans la cancérogénèse des cancers du col de l'utérus, qui lui est bien connu, son implication dans l'apparition d'autres cancers, dont certains atteignant l'homme, n'a été que récemment établi.

Effectivement la relation entre HPV16 et cancer pénien, anal et oral, chez l'homme a été reconnue par le centre international de recherche contre le cancer(4). On pense désormais que l'HPV est impliqué dans le cancer pénien, et on sait qu'il est pourvoyeur de cancers des voies aéro-digestives supérieures et tout particulièrement celui de l'oropharynx dans lequel on le retrouve dans jusqu'à 80% des cas. En Europe on estime, chez l'homme, à 329000 le nombre de nouveau cas de condylome, à 11600 celui de cancer ORL HPV induit, 1600 celui des cancers anaux et 1000 celui des cancers péniers lié à HPV 6, 11, 16 ou 18(7).

1. HSH et HPV :

L'infection à HPV est largement présente chez les HSH sexuellement actifs, en particulier chez les HSH séropositifs pour le VIH. Sa prévalence est plus élevée que dans la population hétérosexuelle. Plusieurs études montrent qu'il sont à risque d'infection dès le premier rapport sexuel, et que ce risque augmente avec le nombre de partenaires sexuels(4,8).

Nous avons retrouvé quelques études illustrant ces dires:

La première est une étude transversale menée en Angleterre sur la présence d'HPV chez les hommes, entre 16 et 40 ans, ayant eu des rapports sexuels anaux ou oraux avec des hommes dans les 5 années précédentes. Elle retrouve une prévalence de **72,2% d'HPV (contre 19% sans la population masculine générale)** avec une prévalence de **47,2% pour les HPV à haut risque ; l'HPV 16** étant le plus fréquemment retrouvé (13,5%).

La prévalence chez les HSH séropositifs est plus élevée que chez les séronégatifs: respectivement **92,6% vs 71,1%**(8).

Une deuxième étude, Américaine, retrouve des résultats similaires dans une population d'HSH comprenant des homosexuels, bisexuels et femmes transgenres : avec une prévalence de **l'HPV anal et oral à 73,5%** et une prédominance de portage HPV au niveau anal :

HPV au niveau anal 71,7%

HPV au niveau oral 9,4 %

HPV sur les deux sites 7,6%(9)

Enfin pour montrer une nouvelle fois le surrisque que présentent les HSH et particulièrement les HSH VIH+, une revue de littérature de 19 articles concernant l'HPV au niveau oral confirme une détection d'HPV oral chez les **HSH séropositif de 28,9%** contre **17,1% chez les HSH**

séronégatifs. A titre de comparaison, il est de **4,6% dans la population masculine globale**(10).

Ces études, comme d'autres, montrent donc que la prévalence des HPV à risque oncogène est importante chez les HSH, d'autant plus chez les séropositifs et expliquent donc le surrisque de dysplasie particulièrement anale dans la population des HSH, du fait de sa prédominance en ce site.

2. Cancer anal :

Le cancer anal est un cancer rare, deux fois plus fréquent chez la femme que chez l'homme, avec en France un taux d'incidence de 1,1/100 000 personnes-années chez la femme et 0,6/100 000 personnes-années chez l'homme ; cette dernière accusant au niveau mondial une augmentation d'environ 2% par an depuis les années 1970 ; avec une accélération depuis 2005(5,6).

Le papillomavirus est retrouvé dans la majorité des lésions anales à hauteur de **90 à 100% dans les néoplasies intra épithéliales anales (AIN)** et dans **90 à 97% des cancers épidermoïdes du canal anal (CECA)**, l' **HPV 16** étant encore une fois le plus représenté(2,5,6).

Certaines populations sont plus à risque de contracter un CECA, particulièrement les HSH et plus encore les HSH VIH+ : les principaux facteurs de risque étant le tabac, l'homosexualité masculine et l'immunodépression dont l'infection VIH.

Le risque de cancer anal **est 20 fois plus élevé chez les HSH** que chez les hétérosexuels, les HSH séropositifs pour le VIH étant encore plus à risque. Chez les homosexuels masculins, VIH positifs, on retrouve une augmentation du cancer anal estimée à 4,7 fois supérieure comparée aux sujets VIH négatif.

A noter que les traitements par trithérapie semblent avoir augmenté le risque de développer un cancer anal, qui serait multiplié par deux sous trithérapie. Cela s'explique assez logiquement : en effet, du fait du rallongement de la durée de vie et de l'augmentation du nombre de partenaire dans cette population, associé à une immunité restaurée mais dont la réponse spécifique CD4 anti HPV n'est pas rétablie, l'infection par HPV et sa persistance sont favorisés(2,4,5).

Enfin, contrairement au cancer du col de l'utérus dont l'incidence diminue, notamment grâce au dépistage généralisé par frottis cervico utérin, pour le cancer anal, malheureusement aucun dépistage généralisé n'existe. La prévention repose sur le dépistage et le traitement des néoplasies intraépithéliales anales (AIN) et de nombreux experts s'accordent sur l'intérêt de la

réalisation d'une cytologie par frottis anal annuel, dans les populations à haut risque. En France pour le moment, le suivi est réalisé par anoscopie standard(4,5).

3. Cancer des Voies aérodigestives supérieures (VADS).

Les cancers des VADS sont pour la majorité des carcinomes épidermoïdes et sont au 6eme rang des cancers les plus fréquents dans le monde. Ils comprennent les cancers de la cavité buccale, des sinus, du pharynx et l'oropharynx, et enfin du larynx. Le facteur de risque principale est l'intoxication alcool-tabagique.

Leur incidence est en augmentation particulièrement du fait de l'augmentation de la consommation tabagique, mais cette dernière ne peut pas expliquer à elle seule l'augmentation de l'incidence du cancer de l'oropharynx ; particulièrement des amygdales et de la base de langue.

Il est maintenant admis qu'il existe un lien de causalité entre les cancers des VADS et l'HPV.

En Europe du nord et en Amérique du nord il a même été retrouvé des prévalences de **80% dans les cancers amygdaliens.**

Une étude **française a elle retrouvé de l'HPV dans 46,5% des cancers de l'oropharynx et 10,5% des cancers de la cavité buccale.** Comme pour le cancer anal, c'est l'HPV 16 qui est le plus représenté(5,11).

4. Cancer Pénien et autres localisations :

a) Le cancer pénien :

Les carcinomes épidermoïdes du pénis sont rares. L'implication de l'HPV est très variable selon les données de la littérature et dépend des pays et des modes de détection de l'HPV.

On estime qu'entre un quart et la moitié des cancers du pénis seraient attribuables à l'infection par les HPV-HR(4,5).

b) Les autres localisations :

Plusieurs autres localisations ont été suspectées sans que le lien de causalité de l'HPV ne soit formellement admis comme le cancer de l'œsophage, de la vessie, du poumon ou encore du sein. La participation de l'HPV a aussi été discutée dans la survenue de cancers cutanés

particulièrement non-mélanome, mais l'implication de l'HPV dans le développement de carcinomes cutanés est très diverse, plurifactorielle et nécessite d'être clarifiée.

5. Les condylomes

Les HPV 6 et HPV 11 sont en cause dans plus de 90 % des condylomes acuminés, mais les génotypes 16 et 18 semblent aussi pouvoir y être associés dans près de 12% des cas.

Les condylomes sont des lésions fréquentes bénignes sans risque de transformation néoplasique, mais leur présence doit faire suspecter une exposition aux HPV de Haut risque. Bien que bénigne elles ont un retentissement important sur la vie du patient et un coût non négligeable pour la société : plus de 220 millions de dollars par an aux Etats-Unis, ainsi qu'un fort potentiel récidivant, particulièrement au niveau anal.

Ces lésions touchent indifféremment les hommes et les femmes et sont très contagieuses. Chez l'homme elles peuvent atteindre le scrotum, la verge et l'anus.

L'incidence et la prévalence des condylomes génitaux semblent comparables entre les HSH et les hommes hétérosexuels, cependant d'après l'étude CONDYDAV, l'atteinte de la sphère anale est plus fréquente chez les HSH.

L'infection par le VIH serait un facteur de risque de développer des condylomes chez les HSH puisqu'en Australie on estime que **20 % des HSH non infectés par le VIH** ont eu des condylomes anaux, **contre 46 % chez les HSH infectés par le VIH**(2,4,12).

C. LA VACCINATION ANTI-PAPILLOMAVIRUS :

1. Les vaccins :

Actuellement 3 vaccins sont disponibles en France :

- CERVARIX® du laboratoire GSK, bivalent, eux génotype PV 16 et 18
- GARDASIL® du laboratoire Merk, tétravalent dirigé contre HPV 6, 11, 16 et 18
- GARDASIL9® du laboratoire Merk, nonavalent dirigé contre HPV 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, et 58. Disponible depuis 2018, il permettrait d'augmenter la protection contre le cancer du col de l'utérus de 90 %.

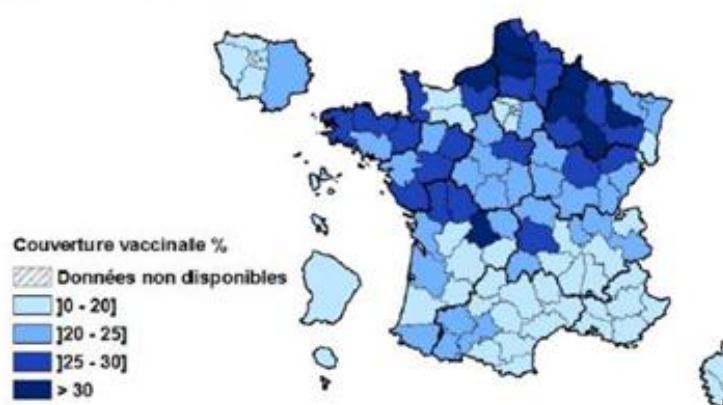
En France la vaccination est recommandée chez les jeunes filles de 11 à 14 ans avec un rattrapage possible jusqu'à 19 ans révolus selon un schéma de deux doses si la première injection a lieu avant 14 ans ou de trois doses après 14 ans.

Elle est aussi recommandée chez les immunodéprimés des deux sexes.

En 2016, le HCSP a indiqué la mise à disposition de la vaccination contre l'HPV des HSH de moins de 26 ans dans les CeGIDD ou les centres de vaccination pour réduire leur risque de condylomes et de lésions précancéreuses et cancers anaux selon un schéma de 3 doses (0, 2, 6 mois).

Ce vaccin fait face à de nombreuses controverses, sur son utilité et sa sécurité, et subit une mauvaise opinion publique. La couverture vaccinale en France est selon l'HAS, une des plus basse d'Europe avec environ 20% de la population cible vaccinée. Le Figure 2 ci-après montre la couverture vaccinale féminine estimée par département en 2001.

Figure 2: Couvertures vaccinales (%) départementales contre le papillomavirus humains. "schéma complet à 2 doses à 16ans", France, cohorte de fille, 2001.



Source : SNDS-DCIR. Traitement Santé publique France, mise à jour au 31/12/17

2. Pharmacovigilance :

Depuis 2006, plus de 270 millions de doses d'HPV ont été administrées dans le monde, plus de 60 millions de personnes ont été vaccinés et l'OMS n'a pas, à ce jour, observé d'effets indésirables graves. Les effets secondaires bénins les plus souvent reportés sont les douleurs au site d'injection, les céphalées...

Pour autant le GARDASIL® fait l'objet d'un suivi de pharmacovigilance renforcé en France par l'agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) et à l'étranger. Les analyses faites par l'ANSM sont plutôt rassurantes.

Premièrement, il n'y a pas eu de remise en cause du profil de sécurité du médicament au cours de la grossesse.

Ensuite, on note les résultats d'une grosse étude menée en France par l'ANSM, afin d'évaluer l'association entre le vaccin GARDASIL® et les maladies auto immunes (MAI).

Cette étude prospective, a été menée sur une cohorte de 2 256 716 filles d'âge moyen de 13,5 ans au début de leur suivi. Près de 33% des filles (n= 842 120) ont été vaccinées au cours du suivi (93% par GARDASIL® et 7% par CERVARIX®) et près de 1500000 étaient non vaccinées. Durant le suivi d'une durée moyenne de 19,8 mois pour le groupe vacciné, l'analyse n'a pas mis en évidence d'augmentation significative du risque de survenue d'une MAI : toutes MAI confondues (14 pathologies étudiées dont les MICI, le Syndrome de Guillain Barré, les pathologies démyélinisantes du SNC...) chez les jeunes filles vaccinées comparativement aux non vaccinés.

Ce résultat est cohérent avec d'autres données de la littérature notamment avec une étude de cas menée en France, surveillant l'apparition de maladies auto immunes dans les 6 ans et demi après le début de la vaccination en France(13).

Cependant, les analyses de l'ANSM, effectuées par pathologie, montre une association statistiquement significative entre le vaccin anti-HPV et les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI), dont l'association faible, devient non significative 3 mois après la première dose de vaccin. Les données de la littérature suggèrent que le résultat est dû au hasard ou à un biais de causalité.

Enfin, elle retrouve une association significative avec le syndrome de Guillain Barré, très marquée dans les premiers mois ($p < 0,001$) qui reste significative au cours du temps, et correspond à une augmentation de 1 à 2 cas de SGB/ 100000 patientes vaccinées (14).

Pourtant, plusieurs autres études ne corroborent pas cette association. C'est notamment le cas dans une série anglaise sur plus de 10 millions de doses administrées : la plus importante étude à ce jour pour évaluer le risque de SGB post vaccination contre l'HPV. Lors de cette étude, il a été retrouvé 101 Syndromes de Guillain barrés sur les 10 millions de doses et il a pu être exclu un

risque de l'ordre de 1/ 1000000 de dose. Il n'a pas été retrouvé de preuve de risque accru au cours des 12 premiers mois suivant l'injection ni même au cours des 3 premiers mois(15). Ces études concernent le vaccin bivalent (CERVARIX®) et quadrivalent (GARDASIL®).

Concernant le GARDASIL9®, l'évaluation des données internationales de pharmacovigilance sur la période d'une année de commercialisation dans le monde, a permis d'estimer un taux de notification d'événements indésirables de 29,6/100 000 doses vaccinales et de 0,6/100 000 pour les réactions secondaires ayant conduit à une hospitalisation. L'analyse des données de tolérance disponible à ce jour met en évidence un profil d'innocuité rassurant, quel que soit le sexe. Une surveillance renforcée sera assurée par l'ANSM (16).

Dans la population masculine l'analyse des données disponibles ne montre pas de différence significative concernant la fréquence des effets indésirables entre la population vaccinée et non vaccinée. L'étude de pharmacovigilance ayant fait suite à la distribution de plus de 127 millions de doses vendues dans le monde durant 7 ans, n'a pas révélé de risque potentiel ni même concernant les maladies auto immunes, mis à part un léger surrisque de diabète insulino-dépendant chez le garçon par rapport à la fille. En somme, la sécurité du vaccin chez les hommes n'est pas remise en cause(4).

Finalement, de nombreuses agences surveillent la sûreté du vaccin contre l'HPV, et toutes continuent à conclure que les vaccins contre l'HPV sont sûrs et efficaces et que les bénéfices sont nettement supérieurs aux risques.

3. L'Efficacité :

a) Données d'efficacité dans le cancer du col :

D'après l'étude menée par l'*European Medicine Agency* (EMA) et l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (ANSM), l'efficacité du vaccin GARDASIL® pour la prévention des lésions cervicales de haut grade liées aux HPV 16 et 18 est, avec quatre ans de recul dans les études combinées, de **98,2 % chez les femmes n'étant pas infectées** jusqu'à la 3e injection et de 51,8 % chez les femmes infectées dont celles ayant reçu qu'une dose de vaccin. Résultats confirmés par une revue de littérature récente publiée par la revue Cochrane portant sur 10 études randomisées, soit 73428 patientes, vaccinées contre placebo, sur 3 à 8 ans (17), ainsi que dans une large méta-analyse de 20 études, représentant 140 millions personnes années de suivi dans une population dont la couverture vaccinale bi ou quadrivalente est supérieure à 50%,

qui montre une baisse significative des infections à HPV 16 et 18 de 68 % et des verrues anogénitales de 61 % chez les filles de 13 à 19 ans. A noter, une importante réduction des verrues anogénitales a également été signalée chez les garçons de moins de 20 ans et chez les femmes plus âgées suggérant une immunité de groupe(18).

Son efficacité sur la réduction de l'incidence du cancer du col n'a pas encore pu être statistiquement démontrée mais les résultats sur les lésions précancéreuses laissent supposer une diminution des cancers du col de l'utérus dans l'avenir (17).

b) Efficacité dans la population masculine, particulièrement des HSH :

L'European medicine agency a menée une étude sur 4000 hommes (Hétérosexuels et HSH) de 16 à 26 ans. Cette étude de phase III contrôle contre placebo randomisée en double aveugle montre une efficacité du GARDASIL® sur les lésions génitales externes chez l'homme à 7 mois de la vaccination. Les résultats principaux sont résumés dans le tableau suivant :

| Critère d'évaluation | Gardasil | | Placebo | | % Efficacité (IC à 95%) |
|--|----------|---------------|---------|---------------|-------------------------|
| | N | Nombre de cas | N | Nombre de cas | |
| Lésions génitales externes associées aux HPV 6/11/16/18 | | | | | |
| Lésions génitales externes | 1394 | 3 | 1404 | 32 | 90,6 (70,1- 98,2) |
| Verrues génitales | 1394 | 3 | 1404 | 28 | 89,3 (65,3 - 97,9) |
| PIN1/2/3 | 1394 | 0 | 1404 | 4 | 100,0 (-52,1 -100,0) |

Efficacité en prévention des lésions génitales externes liées aux HPV 6, 11, 16 et 18 dans la population des hommes de 16-26 ans. Sources rapport du HCSP Vaccination des garçons contre les infections à papillomavirus

Cette étude a aussi démontré une efficacité de la vaccination GARDASIL® proche de **75% sur les AIN 2/3 chez les HSH entre 16 et 26 ans**. Il est impossible de ressortir des données concernant l'efficacité sur les cancers anaux, mais on peut penser que les résultats positifs sur les lésions précancéreuses soient transposables au cancer anal.

Les résultats sont exposés dans le tableau suivant :

| Critères d'évaluations | Gardasil | | Placebo | | % Efficacité (IC à 95%) |
|----------------------------|----------|---------------|---------|---------------|-------------------------|
| | N | Nombre de cas | N | Nombre de cas | |
| AIN liées à HPV 6/11/16/18 | 194 | 5 | 208 | 24 | 77,5 (39,9-93,3) |
| AIN 2 ou 3 | 194 | 3 | 208 | 13 | 74,9 (8,8-95,4) |
| Condylomes acuminés | 194 | 0 | 208 | 6 | 100 (8,2-100) |

Efficacité du vaccin gardasil en prévention des néoplasies intra-épithéliales anales (AIN) dans la population des HSH de 16 à 26 ans.

(19)

Le vaccin a donc un intérêt dans la population des HSH de 16 à 26 ans, et des recherches prometteuses semblent aller vers la même constatation concernant une vaccination des HSH après l'âge de 26 ans :

- **Modélisation numérique pour prédire l'efficacité future :**

Une étude anglosaxonne a réalisé une estimation par modélisation mathématique de l'impact sanitaire et économique d'une vaccination contre l'HPV chez les HSH de 16 à 40 ans, dans les centres spécialisés dans les pathologies génitales. Ils estiment que cette vaccination permettrait d'obtenir une baisse rapide et significative de 35% de l'incidence des condylomes en cinq ans chez les patients HSH séronégatifs vaccinés entre 16 et 40 ans, et de 15% chez ceux séropositifs.

Ils pensent pouvoir atteindre une **réduction des cancers anaux de 55% pour les séronégatifs et de 40% pour les séropositifs à 100 ans** si tous les patients HSH entre 16 et 40ans étaient vaccinés par GARDASIL®.

Enfin ils ont pu calculer, qu'une telle campagne de vaccination par GARDASIL® ou GARDASIL9®, serait coût efficace en terme de santé publique, en acceptant que le prix du vaccin soit dans les tranches de prix retrouvées dans les pays à revenus élevés, soit entre 23,26 euros et 53,42 euros (20) alors que le prix de GARDASIL® et de GARDASIL9® en France, est respectivement de 105,12 euros et 131,58 euros par injection.

- **Le parallèle avec des résultats pratiques :**

Concernant l'efficacité après 26 ans

Chez les HSH de plus de 26 ans ayant ou non un antécédent de condylome, une étude rétrospective sur plus de 300 patients confirme une diminution des condylomes à hauteur de 54 % grâce à la vaccination même dans cette population plus exposée aux papillomavirus avant la première injection (21).

Outre l'efficacité du vaccin après 26 ans , il commence même à émerger l'hypothèse que la vaccination HPV pourrait diminuer le taux de récurrence de lésion intraépithéliale de haut grade, chez des patients récemment traités pour un HSIL anal ou vulvaire, non antérieurement vaccinés (22).

Concernant la population des HSH VIH+

Cette efficacité semble être plus importante dans la population des HSH séronégatifs par rapport au HSH infectés et plusieurs études récentes se sont intéressées à l'immunogénicité du vaccin GARDASIL® dans la population VIH+.

Même s'il existe une réponse immunitaire avec un taux d'anticorps plus faible que dans la population non infectée, cette dernière existe et son intensité semble dépendre du nombre de partenaire avant l'initiation de la vaccination, de l'adjuvant mais aussi du nombre de doses administrées(23). Chez les hommes de 6 à 46 ans VIH +, une 4eme dose permet l'augmentation du taux d'anticorps, ce dernier atteignant alors un taux similaire à ceux de la population VIH - ayant reçu 3 doses (24).

Il semble aussi que le CERVARIX® grâce à son adjuvant est plus efficace que le GARDASIL® et que celle-ci est d 'autant plus efficace qu'une trithérapie a été introduite tôt (23).

Concernant l'étude médico Economique :

Le HCSP, suite à une grande revue de la littérature, considère que la vaccination des HSH jusqu'à 26 ans, pour la prévention des verrues génitales et des cancers anaux est coût-efficace. Concernant la vaccination des hommes en général, elle considère celle-ci non pertinente si on ne prend en compte que les pathologies pour lesquelles l'AMM a été obtenue (4).

En somme, la plupart des études montrent que les HSH tireraient un bénéfice non négligeable de la vaccination GARDASIL® ou GARDASIL9® quelque soit leur statut par rapport au VIH ; premièrement sur la diminution des condylomes et des lésions génitales externes, ensuite sur les néoplasies intra épithéliales anales, et très probablement sur le risque de cancer épidermoïde du canal anal dans le futur.

4. La vaccination anti HPV à l'étranger

Les campagnes de vaccination contre l'HPV chez les filles sont actuellement en vigueur dans 82 pays. La vaccination universelle est déjà en place dans certains pays, comme au Canada aux États-Unis, en Australie ou en Autriche depuis 2013, en suisse depuis 2015 ou encore en Suède, Allemagne, Norvège et Italie plus récemment.

A noter qu'en quelques années, une baisse très significative de prévalence des verrues génitales a déjà été enregistrée chez les jeunes dans nombreux de ces pays.

Aux Etats-Unis

Les Etats Unis vaccinent les garçons et les hommes de 9 à 26 ans dans la prévention des cancers de l'anus, des Condylomes acuminés et des lésions précancéreuses anales de bas et de haut grade (AIN 1,2 et 3) dû à l'HPV. Le GARDASIL 9® a reçu l'autorisation de mise sur le marché américain en 2014.

La vaccination est également recommandée pour les HSH jusqu'à 26 ans et pour les personnes immunodéprimées.

Les données de couverture vaccinale chez les HSH ne sont pas nombreuses. Une estimation récente auprès de 3200 HSH âgés de 18 à 26 ans, montrait une adhésion (au moins 1 dose) de 4,9%.

Au Canada

Depuis 2012, le vaccin quadrivalent est recommandé chez les sujets de sexe masculin âgés de 9 à 26 ans. En 2013-2014, la couverture vaccinale des garçons est de 79 % contre 85 % chez les filles.

GARDASIL 9® est autorisé depuis février 2015 pour la prévention des cancers et lésions anogénitales chez les femmes de 9 à 45 ans, les garçons et les hommes de 9 à 26 ans.

En Australie

La vaccination HPV déjà recommandée chez les jeunes filles de 12-13 ans depuis 2007, a été complétée par la vaccination des garçons depuis 2013(4,16). Cette dernière est financée par un programme national chez les garçons âgés de 12-13 ans avec un rattrapage des 14-15 ans dans les écoles. Suite à cette campagne, les australiens atteignent une couverture vaccinale de **80% chez les filles et de 75% chez les jeunes garçons de 15 ans.**

L'Australie semble pionnière dans la prévention des pathologies HPV induites et montre déjà de bons résultats de cette campagne de vaccination universelle et gratuite. Effectivement le département de la santé australien, a réalisé une étude épidémiologique qui a montré que le nombre de femmes entre 18 et 24ans porteuses des deux principaux types de virus responsables du cancer du col de l'utérus est passé de 23 % à 1% en 10 ans. D'après des modélisations épidémiologiques, les australiens espèrent être en passe d'éradiquer la circulation du virus et donc le risque de nouveau cas de cancer (16).

5. Données d'adhésion :

• Dans la population HSH :

La majorité des données collectées sur l'acceptabilité de la vaccination anti HPV par les HSH sont américaines et vont dans le sens d'une forte acceptabilité avec des résultats hétérogènes, et révèlent que la majorité des HSH ont une connaissance du virus HPV mais qui semble être de faible niveau.

Il semblerait que les facteurs favorisant l'acceptabilité soient :

- Un haut niveau de connaissance de l'infection HPV, particulièrement en la considérant comme sévère ou pourvoyeuse de cancer.
- La connaissance du vaccin.
- L'efficacité du vaccin.
- La révélation de son homosexualité au professionnel de santé.
- La séropositivité VIH.
- Et la vaccination pour l'hépatite A et B.

Il apparaît aussi que la gratuité de la vaccination et la recommandation de celle-ci par le médecin rentrent dans les critères augmentant l'acceptabilité (4,25,26).

• Chez les médecins généralistes :

Plusieurs études montrent que les médecins généralistes Français ont globalement une opinion favorable vis-à-vis de la vaccination, mais celle-ci dépend du type de vaccin, et la vaccination anti HPV semble faire partie de celles qui posent le plus de questions(27,28). Une étude qualitative en focus groupe sur 36 médecins généralistes retrouve plusieurs raisons dont les suivantes: le manque de recul suffisant, une prévalence faible de la maladie dont le motif d'action en santé publique est critiquable et enfin le fait de devoir aborder un sujet tabou comme la sexualité(28).

Une étude norvégienne a elle cherché à comprendre l'attitude des infirmières en santé publique et des médecins généralistes par rapport à la vaccination HPV. Pour cela, elle a cherché à savoir s'ils étaient prêts à vacciner leur propre fille de 12 ans. Les résultats montrent une attitude majoritairement positive, mais là aussi, les médecins généralistes semblent être plus méfiants concernant les effets secondaires et les avantages attendus de la vaccination. Ils sont **environ 2/3** à vouloir vacciner leur fille de 12ans contre 92% chez les infirmières.(29)

D. PROBLEMATIQUE :

Le contexte :

L'incidence du cancer anal est en augmentation, rare dans la population générale, les HSH constituent une des populations particulièrement à risque et notamment ceux atteints par le VIH. La responsabilité de l'HPV dans le CECA n'est plus à démontrer, et l'efficacité de la vaccination anti HPV contre les condylomes et les lésions précancéreuses chez les HSH atteints ou non par le VIH, commence à être bien connu, d'autant plus que celle-ci intervient tôt dans la vie sexuelle. Celle-ci, nous permet d'espérer une bonne efficacité sur les CECA, cancer pour lequel aucune stratégie de dépistage n'existe, à ce jour, en France.

Les études étrangères laissent supposer une bonne acceptabilité de cette vaccination dans la population HSH, et le rapport coût efficacité est favorable dans les conditions de la recommandation.

Suite à ces constatations, dans un contexte de méfiance et de couverture vaccinale féminine médiocre en France, le HCSP estime que la protection des HSH est nécessaire ; d'autant plus qu'ils ne bénéficieraient pas de l'immunité de groupe engendrée par une couverture vaccinale féminine optimale, si celle-ci vient à être obtenue.

La recommandation :

Il recommande depuis 2016 qu'un accès au vaccin anti HPV soit proposé gratuitement dans les CeGIDD (centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic) et dans les centres de vaccination aux hommes jusqu'à l'âge de 26 ans qui ont ou ont eu des relations sexuelles avec un homme.

Et depuis 2017, par le GARDASIL 9® dont les indications sont la prévention des :

- Cancers de l'anus dus aux HPV 16,18,31,33,45,52,58
- Condylomes acuminés dus aux HPV 6,11
- Lésions précancéreuses anales de bas grade et de haut grade (AIN 1,2 et 3)

La problématique :

Premièrement, de notre expérience personnelle et professionnelle il nous paraît que cette recommandation est peu connue du grand public et des professionnels de santé. Et effectivement une étude réalisée sur 391 médecins du Pays de Loire en 2017 montre que **seulement 11% des médecins connaissent la recommandation** (30). Ensuite les campagnes d'information ne semblent pas avoir été assez présentes et toujours tournées vers la femme. Pour exemple, les

plaquettes d'information ou affiches distribuées par le laboratoire aux professionnels de santé ou aux patients, ne mentionnent pas expressément cette recommandation et reste très orientées sur la vaccination féminine. (Annexe 1)

Ensuite, alors que la vaccination féminine est déjà peu efficace, la population cible des HSH de moins de 27 ans nous paraît difficile à atteindre ; ce qui semble être un facteur limitant la vaccination (28).

Deux récentes études françaises ayant fait l'objet de publications : la thèse HOMOGEN et EGaLE-MG, ayant fait l'objet de publications, révèlent que les HSH et homosexuelles **ne parlent pas de leur orientation sexuelle à leur médecin dans près de la moitié des cas** et ceux d'autant plus que le patient ne consulte qu'un seul médecin généraliste (31,32).

De plus l'étude Egale-MG, montre aussi qu'un homme sur trois n'a pas conscience de l'existence de spécificité de santé liée à son homosexualité. Il insiste aussi sur la **méconnaissance par les HSH des vaccinations spécifiques les concernant** et s'interroge donc sur le point de vue du médecin généraliste sur les vaccinations spécifiques des HSH, parmi lesquelles, celle récemment proposée, contre l'HPV(24), infection pour laquelle les HSH semblent avoir un bas niveau de connaissance (25).

Du côté des médecins généralistes, ils semblent être favorables à cette vaccination chez les filles, mais cette dernière reste pour eux source d'interrogations sur son intérêt et ses effets secondaires.

Enfin il est important de préciser que d'après une étude de 2018 du Dr Sophie FLORENCE, responsable du CEGIDD du Figuière à Paris, tous les HSH ne consultent pas les CEGIDD et **tous le CEGIDD ne propose pas cette vaccination** (33).

Confortés par ces résultats, il nous a donc paru, intéressant de recueillir l'opinion des médecins généralistes sur la vaccination anti HPV des HSH, et sa mise en place en médecine libérale ; le médecin généraliste étant un acteur de première ligne en santé, et le garant de la prévention, particulièrement vaccinale puisque selon l'observatoire de médecine générale elle représente 1 acte sur 20 (28).

Il est également attendu comme objectif secondaire de recueillir le point de vue des médecins généralistes concernant la vaccination universelle anti HPV.

II. MATERIEL ET METHODE :

A. CHOIX DE LA METHODE :

Dans le but de comprendre l'opinion des médecins généralistes sur la vaccination anti HPV des HSH, nous avons réalisé une étude qualitative phénoménologique prospective « pertinente pour l'analyse qualitative en santé »(34) et une analyse par théorisation ancrée. Le choix de la méthode s'est porté sur la phénoménologie car cette dernière est centrée sur l'appréhension et la compréhension de l'expérience vécue par le sujet, par une attitude avant tout empreinte d'empathie. C'est une écoute de l'altérité, une ouverture au monde, le plus possible sans jugement hâtif et réducteur de ce qui s'exprime (35). C'est selon Depraz, ce que Husserl appelle l'*epochè* ou la mise entre parenthèse des aprioris, des préjugés ou des préconceptions afin de respecter au mieux les propos recueillis (36).

Cela nous a paru être la méthode la plus cohérente pour notre étude sur un sujet faisant appel au ressenti et au vécu personnel des médecins.

B. RECUEIL DES DONNEES

1. Recrutement de la population :

Il a été décidé d'interroger des médecins généralistes installés et d'exclure les médecins remplaçants. En effet, il nous semblait que les médecins installés étaient plus libres d'appliquer leur vision personnelle de la médecine et de proposer ou pas les vaccinations à leur patientèle selon leurs désirs, leurs opinions et leur manière d'exercer. Contrairement à eux, un remplaçant restant temporairement, doit parfois s'adapter aux habitudes de la patientèle rencontrée, sans pouvoir transmettre sa vision des choses, ni appliquer la vaccination comme il le souhaite. De plus, il nous a semblé important de prendre en compte l'impact de la position de médecin traitant, parfois de longue date, sur la relation médecin-patient et la consultation avec un patient HSH.

L'échantillonnage a tendu vers une variabilité maximale des interviewés. Initialement le but était de recruter des médecins généralistes d'âges différents, exerçant de manières diversifiées : en milieu rural, semi rural, urbain, cabinet de groupe, seul... et avec une sex-ratio acceptable entre les hommes et les femmes.

Ces derniers ont été contacté par téléphone ou par mail, les coordonnées ayant été obtenues grâce aux listes de remplacement, ou bien aux connaissances de l'enquêtrice.

2. Entretiens semi directifs :

L'entretien compréhensif selon Kaufmann (37) et semi directif permet de centrer le discours des personnes interrogées autour de différents thèmes définis au préalable par les enquêteurs et consignés dans un guide d'entretien. Le guide d'entretien est un memento, une trame à suivre, rédiger avant l'entretien. Il comporte des questions ouvertes, neutres et cohérentes, ainsi que des propositions de relances.

Le guide d'entretien a été élaboré avec l'aide d'un médecin expérimenté en recherche clinique. Il a d'abord été testé sur un premier médecin généraliste remplaçant, afin de s'assurer de la bonne compréhension des questions posées.

Après deux entretiens, il a été modifié, afin de le rendre plus approprié à une analyse phénoménologique et d'enrichir les entretiens de l'expérience des médecins. Ce dernier est présenté dans la figure 3 ci-après.

Après recrutement des médecins volontaires, et après leur avoir expliqué le but de l'étude et avoir assuré l'anonymisation des données, les entretiens ont été réalisés en face à face, dans un lieu calme, selon la disponibilité des interviewés et de l'enquêtrice. Ils ont été enregistrés, après recueil du consentement oral, par l'enregistreur vocal d'un Samsung S9®. Ces derniers ont été réalisés pour la première fois par une investigatrice ayant reçu une courte formation théorique.

Le recueil des données a été arrêté lorsque que le niveau de densité des catégories était tel qu'aucune nouvelle information ne pouvait venir les enrichir : c'est la saturation des données.

GUIDE D'ENTRETIEN

THEME 1 : Le HCSP recommande depuis 2016 de rendre disponible la vaccination anti-HPV pour les Hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes jusqu'à 26 ans.

Racontez-moi une fois où vous avez discuté ou proposé cette vaccination.

-Si réponse=OUI relancer sur racontez moi ce qui s'est passé avec le patient, qu'avez-vous ressenti ? dans quelles circonstances ?

-Si réponse= NON pourquoi ? Quelle est votre réaction à la prise de connaissance de cette recommandation ? Que pensez-vous de vacciner les HSH contre l'HPV ?

THEME 2 : Pourriez-vous me parler d'une des dernières consultations avec un patient HSH ?

Relances : Lorsque l'orientation sexuelle est ambiguë ?

Lorsque vous connaissez son orientation ?

Comment abordez-vous la sexualité avec ces hommes ?

THEME 3 : Quelle est votre attitude concernant les < 27ans , par rapport à la sexualité et à ce vaccin. Pourriez-vous me donner des exemples ?

Relances : Et en terme relationnel ? Selon vous, qu'est ce qui dans la relation médecin malade que vous entretenez avec vos patients, peut rendre le contact plus facile et la discussion plus accessible avec les jeunes patients. Caractéristiques inhérentes aux médecins ou aux patients ?

Rebondir sur l'âge si évoqué : définition de l'orientation sexuelle ou même de sexualité pour les jeunes ados et > 26ans ? <27ans ? à quel âge ?

Rebondir sur différences avec les filles si discutées par l'interviewé.

THEME 4 : Qu'est-ce qu'il en est de vos envies, sentiments concernant l'application de cette recommandation en médecine générale ?

THEME 5 : Dans quelles mesures notre discussion autour de la vaccination anti HPV des HSH peut modifier vos pratiques ?

Figure 3 : Guide d'entretien

3. L'analyse des données :

Nous avons choisi de réaliser une analyse par théorisation ancrée selon P. Paillé adaptation de la *Grounded theory* créée par Glaser et Strauss en 1967 et basée sur la méthode de comparaison constante des données.

L'analyse par théorisation ancrée est caractérisée par la simultanéité de la collecte et de l'analyse des données, cette dernière comportant six grandes étapes, explicitées ci-après, réalisées après retranscription fidèle mot pour mot des entretiens (Verbatims), en prenant en compte le langage verbale et non verbale (retranscrit entre parenthèses) :

-1) La codification : recherche des unités de sens

-2) La catégorisation : aboutir à une catégorisation conceptualisante c'est « une production textuelle se présentant sous la forme de brèves expressions et permettant de dénommer un phénomène perceptible à travers une lecture conceptuelle »(35)

-3) La mise en relation : trouver les liens entre chaque catégorie, par exemple par ressemblance, dépendance, fonctionnement ou hiérarchie.

-4) L'intégration : permet de délimiter précisément ceux sur quoi porte l'étude

-5) La modélisation : qui consiste à reproduire le plus fidèlement possible l'organisation des relations structurelles et fonctionnelles caractérisant le phénomène principal cerné au terme de l'opération d'intégration

-6) La théorisation : sert à saisir la complexité du phénomène tant au niveau conceptuel qu'au niveau empirique de ses mises en situation. Elle n' est jamais achevée, jamais complète (38,39).

4. Critères de validités :

Fiabilité : Elle est assurée par le respect des étapes de la démarche analytique de la théorisation ancrée expliquées dans le paragraphe 3, avec une transcription des enregistrements en mot pour mot (verbatim), et une importance donnée à la comparaison constante

Vraisemblance : La vraisemblance était liée au choix des interviewés : médecins généralistes en exercice, installés avec leur propre patientèle.

Plausibilité : Une recherche préalable dans la littérature a été effectuée.

Validité : La validité interne est assurée par l'intervention d'un chercheur expérimenté tout au long de la recherche.

Résistance : La résistance est vérifiée par la saturation empirique des données et la saturation théorique par la relecture d'un chercheur expérimenté avec vérification de la conceptualisation.

Cohérence : La cohérence était assurée par le souhait du chercheur, de respecter une rigueur méthodologique entre l'objectif de recherche centré sur l'expérience vécue, le guide d'entretien de perspective phénoménologique et le choix des méthodes d'analyse.

III. RESULTATS

A. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION :

Douze entretiens ont été menés dans le département de l'Isère, du 26 avril 2019 au 10 septembre 2019 ; au sein du cabinet ou du domicile des médecins. L'échantillon se compose donc de 12 médecins généralistes installés, âgés de 28 ans à 61 ans. Une des médecins travaillait au planning familial en plus de son activité de médecin généraliste et prend en charge des patients trans sexuels. Cette dernière a évoqué avoir des réticences sur la vaccination anti-papillomavirus. Trois médecins (V4, V8 et V9) travaillent dans des centres de santé qui sont aussi centres vaccinateurs : vaccin fourni par le conseil départemental ; et 2 médecins dans des zones urbaines sensibles avec une patientèle au niveau socioéconomique faible. V3 a participé à des consultations externes d'infectiologie post exposition en fin de son internat.

Les caractéristiques des participants et des conditions de réalisation des entretiens sont résumées dans le tableau ci-après ; chaque médecin étant représenté par un verbatim soit V1, V2 ...

V1 et V4 étaient connus de l'enquêtrice car celle-ci a pu remplacer dans leur cabinet.

V8 et V9 travaillent dans le même centre de santé.

Tableau récapitulatif : caractéristiques des participants et des entretiens :

| | Sexe | Age | Années d'installations | Mode d'exercice | Lieux d'exercice | Lieu de l'entretien | Lien avec enquêtrice | Durée de l'entretien |
|-----|----------|--------|------------------------|---|--------------------------------|---|----------------------|----------------------|
| V1 | Féminin | 58 ans | 26 ans | Cabinet de 2 médecins | Semi rural | cabinet (entre les consultations) | connu | 20 min |
| V2 | Féminin | 39 ans | 10 ans | Cabinet de 2 médecins | Semi rural | cabinet (avant les consultations) | non connu | 15 min 40 |
| V3 | Masculin | 28 ans | < 1 an | Cabinet de groupe | Semi rural | domicile | non connu | 59 min 33 |
| V4 | Masculin | 61 ans | 30 ans | Centre de santé, 10 médecins | Urbain (Zone urbaine sensible) | cabinet (en dehors des heures de consultations) | connu | 33 min 13 |
| V5 | Féminin | 38 ans | 4 ans | Cabinet de Groupe 3 médecins | Urbain | domicile (jour de repos) | non connu | 34 min 37 |
| V6 | Féminin | 35 ans | 6 ans | Cabinet de Groupe 3 médecins | Semi rural | cabinet médical (en dehors des heures de consultations) | non connu | 19 min 45sec |
| V7 | Féminin | 40 ans | 11ans | Centre de santé | Urbain (zone urbaine sensible) | planning familial (En dehors des heures de consultations) | connu | 28 min |
| | | | | Planning familial (prise en charge de patients transsexuels) + CIVG | Urbain | | | |
| V8 | Féminin | 50 ans | 16 ans | Centre de santé, 4 médecins, centre vaccinateur | Urbain | cabinet (en dehors des heures de consultations) | non connu | 34 min 23sec |
| V9 | Masculin | 48 ans | 17 ans | Centre de santé, 4 médecins, centre vaccinateur | Urbain | Cabinet (en dehors des heures de consultations) | non connu | 38 min 19 sec |
| V10 | Masculin | 44 ans | 10 ans | Cabinet de 2 médecins | Semi rural | Cabinet (avant les heures de consultations) | non connu | 17 min 30 sec |
| V11 | Féminin | 33 ans | 1 an et demi | Maison médicale (6 médecins+ para médicaux) | Rural | cabinet (en fin de consultations du matin) | non connu | 27 min 30 sec |
| V12 | Féminin | 50ans | 20ans | Cabinet de 3 médecins | Urbain | Cabinet pause de mi-journée | non connu | 25 min et 23 sec |

B. CATEGORIES EMERGENTES :

1. La recommandation était peu proposée par les médecins généralistes même s'ils y étaient globalement favorables et souhaitaient jouer leur rôle d'information et de prévention :

Les médecins étaient globalement favorables :

Les médecins étaient favorables à cette recommandation car elle peut être bénéfique pour la population des HSH : V9 « *j'étais tout à fait heureux qu'elle existe [...] moi j'étais favorable* » V3 « *je serai le premier à promouvoir la vaccination s'il y a un homme qui me pose des questions dessus* » V11 « *c'est mieux parce que c'est une population à risque* »

Cette vaccination n'a été que très rarement, ou même jamais discutée, ni proposée par les médecins généralistes car ils en avaient peu eu l'occasion (V4, V6, V8, V9)

V6 « *je n'ai jamais abordé la question en consultation parce que c'est difficile* »

V9 « *Alors je crois que je l'ai fait une fois [...] j'ai peu l'occasion d'en parler je le propose peu.* »

V8 « *Non, lui il a 32 ans, c'est compliqué, donc c'est pas bon. Donc lui il est trop vieux pour être vacciné. Je n'ai jamais été confronté pour l'instant à ce cas-là.* »

Seule, V10 parle de l'expérience d'une vaccination dans son cabinet : « *on a un patient dans le cabinet à qui cette vaccination-là, à qui on a proposé. Du coup c'est le docteur J.... (sa collègue) qui l'a proposée. (recherche le dossier du patient dans son logiciel) Donc Gardasil® 3ème injection, donc oui il a bien eu ses trois injections.* »

V7 est la seule à avouer une réticence quant à la vaccination anti-HPV qui rentre en compte dans son défaut de proposition « *Mais sinon je vaccine assez peu en fait. J'avoue aussi, par conviction personnelle parce que je suis toujours pas certaine de l'intérêt fondamental du vaccin.* »

Les médecins généralistes souhaitent pouvoir jouer leur rôle d'information et de prévention :

Les médecins restaient motivés pour jouer leur rôle de prévention, et d'information autour de cette vaccination afin de la rendre accessible aux HSH dans les meilleures conditions, et venir en renfort des CeGGID, d'autant plus que d'après V2 « *Pour qu'un homo aille dans un centre de vaccination faut déjà qu'il n'est pas de médecin ou enfin qu'il est un profil particulier* »

V1 « *C'est peut-être bien à notre niveau qu'on puisse déceler et trouver rapidement enfin étiqueter la population rapidement, après si je peux arriver à faire de la prévention à ce niveau-là je veux bien* »

V2 « *Bah déjà de le faire connaître parce que à la base c'est nous qui les avons [...] de leur faire bénéficier* »

V10 « *Après si c'est un endroit qu'il ne connaissent pas, s'ils ne connaissent pas la personne qui va les vacciner, ça peut peut-être parfois rebuter et donc avoir une incidence sur le taux de vaccination* » (en parlant du CEGIDD)

V5 « *Bas c'est un rôle d'information, prévention* »

2. La nécessité de connaître l'orientation sexuelle des jeunes hommes, freinait la proposition de la vaccination anti HPV chez les HSH de moins de 27 ans, par les médecins généralistes mal à l'aise pour l'aborder sans stigmatiser.

Le frein à la réalisation de cette recommandation vient principalement de la difficulté de cibler les HSH avant 27 ans. Car comme le ressent V7 c'est « *déjà un enjeu de dépistage des HSH quoi. C'est ça qui est compliqué* »

V6 « *je me dis c'est bien beau de les vacciner mais comment cibler ? comment cibler ?* »

Le corollaire est que les médecins généralistes ne connaissaient pas bien la population HSH au sein de leur patientèle comme l'a dit V10 « *Alors après on sait pas tout, si nos patients sont homosexuels* » et V11 « *J'arrive pas à savoir qui* »

V11 « *Et du coup voilà en fait pourquoi voilà je prescris pas, parce que j'en ai pas. Parce que je ne sais pas, voilà c'est vraiment ça la raison principale* »

L'orientation sexuelle, plus que la sexualité des jeunes garçons était un sujet sensible et tabou touchant l'intimité dont l'abord rare, mettait mal à l'aise les médecins généralistes.

Pour certains médecins parler de sexualité n'est pas si difficile comme V5 et V3 « *par contre de sexualité on en parle* », mais certains, parfois de manière contradictoire, évoquaient le fait que cela puisse faire partie et rester le « *jardin secret de chacun, on n'est pas obligé de tout savoir sur les gens* » (V9 ainsi que V3, V8). De plus comme pour V1 « *ce n'est pas systématique* » ni automatiquement facile avec les jeunes adolescents d'en parler car la sexualité reste un sujet tabou. V9 « *ça ne veut pas dire que c'est simple d'en parler parce que ça touche à la sexualité et la sexualité ça reste un tabou, on peut pas faire comme si... c'est de l'ordre de la grande intimité* ».

Les médecins s'accordaient tous sur le fait que questionner sur l'orientation sexuelle est délicat, de l'ordre de la grande intimité, et que cela pouvait les mettre mal à l'aise (V3, V4, V11, V9, V8..) et paraître une intrusion dans la vie privée du patient comme le montre la tournure familière utilisée par V11 « *alors qu'ils viennent complètement pour autre chose [...] c'est compliqué de dire bon ben sinon vous avez des relations sexuelles et vous coucher avec qui?*

(rire) avec des hommes ou avec des femmes ? [...] L'orientation sexuelle c'est quand même pas facile ».

V3 « moi je ne me sens pas à l'aise encore pour dire aux gens, ou flairer assez pour savoir aller dans le sens de poser la question sur leur identité sexuelle [...] c'est compliqué »

V4 « non, on n'est jamais forcément très à l'aise mais c'est toujours, c'est comme la vie intime des gens, ça demande de faire ça avec délicatesse quand même et tact »

Ils ne posaient pas la question dans leur pratique V8 « *après c'est pas une question que je pose, [...] c'est pas une question que je pose. Enfin que je pose pas d'emblée* » (V5, V8, V10).

Et comme V9, ils se questionnaient sur la manière de l'aborder de façon adaptée :

V9 « ça me questionne toujours dans ma pratique qui est cette difficulté à.... questionner de façon adaptée les jeunes hommes qui peuvent éventuellement avoir une orientation sexuelle homosexuelle »

V7 « ça m'a vachement questionné sur... la manière dont je m'adressais aux patients etc... »

A noter que V3, V5, V6, V7 et V10 ne ressentait pas forcément dans leur pratique, le besoin de parler de sexualité ou d'orientation sexuelle avec les adolescents de sexe masculin : V5 « *on s'en fiche pour tout le reste. Pour l'entorse, on s'en fiche qu'il soit homosexuel ou pas* » « *Mais à part ça après au niveau du suivi je ne pense pas que ça change grand-chose* »

V6 « je vois pas l'intérêt forcément de connaître l'orientation sexuelle de mes patients » « après pour moi c'est pas quelque chose de médical. »

V10 « parce que je dois pas y accorder une importance particulière, et du coup, ça ne va pas forcément modifier ma prise en charge du coup voilà »

L'orientation sexuelle du garçon est délicate à définir et à assumer particulièrement avant la majorité.

Particulièrement discutée par V8, la construction de l'identité sexuelle est un processus long, empreint d'épreuves et de souffrances, ne pouvant être aboutie avant la majorité.

V1 « c'est long le cheminement, souvent au départ je pense qu'ils se cherchent »

V4 « il y a une phase d'incertitude ou en général ces problèmes ne sont pas abordés par les patients »

V2 « l'homosexualité c'est quand même plus compliqué surtout à cet âge la voilà »

V8 « *c'est pas forcément arrêté [...] c'est des périodes de confusion, de mal être* » « *En général au collège, [...]il y a une période de chamboulement* » « *en fait l'identification sexuelle [...] c'était source de grande souffrance de flou...* »

Selon V2, V5 ou encore V8 qui elle, insistait sur le terme « *d'identité ressentie* » difficile à appréhender pour l'adolescent : la première étape pour le jeune garçon est déjà d'accepter son homosexualité par soi et pour soi ; pas encore envers les autres.

V5 « *Un jeune c'est peut-être plus compliqué je pense soit de faire le choix, soit de se sentir vraiment homosexuel, ou pas ou bi...* »

V8 « *souvent c'est même avant, mais de le ressentir vraiment...* »

Vient ensuite le travail menant à une identité sexuelle assumée, ce qui n'est pas atteint avant l'âge de 18 à 25 ans, entraînant nécessairement la méconnaissance de sa patientèle HSH avant 27 ans d'après V2 « *Mais les choper avant 25 ans j'é mets certains doutes* » « *Bah avant 25 ans pour moi c'est utopique, le mec il sort de son adolescence il a pas de boulot, il y en a encore qui vivent chez leurs parents s'assumer en temps qu'homo franchement...* »

V7 « *C'est vrai que le coming-out des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes est difficile.* »

V11 « *ce qui est compliqué c'est de savoir chez... c'est de savoir chez un jeune... un jeune ouais pfff...parce si tu dois vacciner, bon alors tu dois vacciner avant 26 ans, justement **en fait je pense qu'il n'ose pas, en fait te le dire...*** » tout comme V4, V5, V9.

Et enfin ce que V2 a évoqué « *mais ça n'empêche pas qu'à un moment de leur vie ils...voilà... donc eux* » ; V7 travaillant avec des patients trans sexuels l'a clairement rappelé : chaque individu peut changer ou expérimenter sa sexualité, elle peut se modifier au cours d'une vie, au fil des expériences, des rencontres et interactions sociales, et cela peut intervenir tard dans la vie. En plus certaines personnes ayant un ou des rapports sexuels avec des personnes du même sexe, ne se considèrent pas forcément comme homosexuels. Cela pouvant donc entraîner des défauts de vaccination au vu de la limite d'âge de 26 ans et une difficulté de définition des personnes HSH.

V7 « *les hommes peuvent avoir des relations sexuelles avec des hommes, que ça ne veut pas dire qu'ils se considèrent comme homosexuels pour autant, que ça peut être des histoires de rencontre sur internet[...] Et puis on ne sait pas en fait qu'elle va être sa sexualité à 17 ans, [...] Du coup il y a des gens qui ont des rapports plus tardifs avec, voilà qui **ont des variations dans leur sexualité, pas forcément jeune mais au contraire plutôt tardivement.*** »

V12 « *c'est pas parce qu'ils vont avoir des rapports avec un homme une fois que c'est leur orientation définitive* »

Le poids d'une société hétéronormée et de ses représentations de l'homosexualité rendant la recommandation stigmatisante.

Les médecins faisaient remarquer que même si notre société évolue vers plus d'ouverture d'esprit et de tolérance concernant l'homosexualité, l'ordre sociale dont les médecins sont inconsciemment une forme de « *garants* » (V9) reste hétéronormatif particulièrement dans certaines cultures comme en parle V7 « *dans le quartier [...] c'est peut-être un peu plus tabou* ».

V3 « *l'ouverture à l'homosexualité est en route [...] mais on n'y est pas encore. Et donc ça reste, je trouve encore un sujet sensible* »

V9 « *avec des tas de représentations fantasmatiques, historiques, familiales. Des tas de choses qui font que ça reste un sujet qui n'est pas un sujet comme un autre* »

On constate que certains médecins généralistes avaient du mal à s'éloigner des représentations inconscientes et de leurs propres valeurs, construites au sein de cette société, et qui leur font parler de l'homosexualité, comme d'une sexualité déviante de la norme qu'impose la société. (V1, V9, V3, V4).

V1 « *les gens s'ils sont homo, ils n'ont pas forcément d'autres **dérives*** » « *surtout que cela se voit **physiquement, enfin je n'aime pas dire ça mais...*** » « *un truc qui me dirait, là il y a un **risque.*** »

V9 « *mes propres barrières que j'ai moi, qui sont mon éducation, la société dans laquelle je vis, sur la façon d'évoquer de parler de l'homosexualité* » « *on a des gens [...] qui ont eu des parcours très différents qui **sont déviants** entre guillemets par rapport à ses normes sociales* »

V4 « *où en général ces **problèmes*** »

Tout cela participait aux malaises et aux tensions vécus par les médecins généralistes lors de l'abord de l'orientation sexuelle avec les patients, dès lors le risque pour les patients de recevoir cela comme une forme de violence comme l'explique V9 « *est-ce qu'il y a l'intégration [...] d'image que je projette [...] qui est que les questionner sur la possibilité qu'il puisse être homosexuel pourrait, pour un certain nombre de jeunes gens leur faire comme une forme de violence [...] psychique parce que dans leur représentation, l'homosexualité est quelque chose encore qui peut être vécu de façon compliquée ou négative* »

V3 « Euh... tout simplement parce que je connais pas le positionnement du patient sur les relations homosexuelles et hétérosexuel, [...] ça reste, je trouve encore un sujet sensible qui peut [...] faire que le patient va se braquer »

Ou encore comme un jugement voir même de la stigmatisation, choses que les médecins redoutaient et refusaient.

V7 « c'est de devoir **préjuger**, de devoir interroger... »

V9 « cette question de **non-jugement elle est fondamentale**, mais elle est compliquée » (V7, V1)

V11 « Après j'ai plus peur que le patient ait peur que je le juge »

V9 « **Déjà ne pas faire de discours moralisateur**" (V2)

V11 « **déjà ne pas stigmatiser** » (V1, V3)

Et c'est ce qu'ils reprochaient parfois à cette recommandation :

V1 « s'il fallait allait acheter son vaccin à la pharmacie du coin, ça serait très compliqué, car ils seraient du coup directement étiquetés comme HSH par les pharmaciens... »

V2 « parce que tu es homo donc on te vaccine, tu es plus à risque qu'un garçon qui fait avec les filles [...] Donc je trouve que ça rajoute une couche sur le fait de dire tu es différent, donc on te met un traitement de faveur »

V9 « ça montre qu'on est à nouveau non pas dans la norme, mais l'exception et le paranormal »

3. La discussion autour du sujet intime de l'orientation sexuelle, dépendait de la construction d'une relation médecin-patient collaborative. Pour les médecins, l'alliance était favorisée par le sexe masculin du médecin, un âge et un mode de vie proche de celui du patient.

Sujet intime et secret :

Comme la définition l'explique, on dit de quelque chose d'intime « qu'il est au plus profond de quelqu'un, de quelque chose, qu'il constitue l'essence de quelque chose et reste généralement caché, secret ». Déjà discuté plus haut, l'orientation sexuelle était pour les médecins généralistes de l'ordre de l'intimité du patient et leur appartient : V4 « C'est comme la vie intime des gens » « orientation sexuelle qui était la leur » V9 « c'est de l'ordre de la grande intimité ». De ce fait, ils souhaitaient respecter le rythme du patient quant à la révélation de cette dernière :

V4 « *oui j'ai les réponses qu'on peut me faire, sur ce qu'on veut me faire* »

V9 « *à ce moment-là et bah quand ils en auront besoin, enfin c'est ce que je pense, ils viendront en parler* »

V11 « *je n'ose pas le brusquer* »

Relation médecin-patient collaborative adulte/ adulte :

La révélation de l'orientation sexuelle était permise par la construction d'un lien de confiance entre le patient et le médecin, demandant parfois une relation de longue date.

V4 « *je pense c'est l'antériorité, le lien de confiance, le relationnel qui s'installe au fur et à mesure des consultations* » « *assez simple parce que lui il est, d'abord je le connais depuis longtemps donc il est très en confiance* »

V9 « *j'ai une pratique ancienne de ce patient on se connaît bien donc on a un niveau de dialogue qui est assez [...] simple parce que ça fait longtemps qu'on communique ensemble. Petit à petit j'ai pu entrer aussi dans des connaissances plus approfondies de son mode de vie et de sa vie, donc ça c'est des choses qui se sont fait progressivement* »

V12 « *Souvent les patients se confient facilement, enfin surtout quand ils me connaissent depuis longtemps* »

V8 « *il faut voir aussi, si on a la confiance de la personne* »

Certains évoquaient, paradoxalement les avantages d'un anonymat relatif avec le patient permettant parfois, sur des sujets délicats et intimes, de dépasser les barrières de la gêne : V11 « *quand c'est des patients que je connais pas [...] je demande alcool tabac et puis derrière quand on a nos antécédents, on a euh...gyyneco.. Et du coup en général c'est assez systématique quand c'est des nouveaux patients. Ce qui est toujours un petit peu délicat c'est quand c'est des patients connus par les autres collègues, que je vois de temps en temps [...] des fois j'ose pas.* ». Il peut permettre parfois d'instaurer un climat de confiance grâce à l'assurance du respect du secret médical au patient, lorsque le médecin suit toute sa famille, comme l'explique V9 avec l'exemple des relations extra-conjugales « *c'est pas forcément simple si on est le médecin traitant de la famille de venir à l'occasion d'un soucis lié à une aventure de pouvoir nous parler* » ou V7 « *Après il y a des patients qui ne vont pas oser peut-être me dire des choses parce **que je connais toute la famille** [...] alors après peut-être que il y a cette histoire de jugement. C'est la question qui peut se poser est-ce que **mon docteur** m'a jugé que j'allais être comme ci, que j'allais être comme ça* »

Ce lien de confiance impliquait souvent une relation collaborative adulte/adulte :

D'abord certains médecins pensaient que si le patient pouvait s'identifier à lui en termes de mode de vie, d'âge ou de sexe cela pouvait aider à la création de ce lien de confiance, dans une relation équilibrée et à libérer la parole.

Les paroles de V3, jeune médecin l'illustre très bien : « *Quand c'est quelqu'un qui a mon âge [...] Je pense qu'il peut s'identifier à moi, pas avoir l'impression d'être jugé par un vieux médecin, pouvoir raconter si c'est au cours d'une soirée parce que... j'imagine qu'il se doute que je suis jeune, que j'ai fait aussi des soirées. Il ne sait pas ce que je fais de ma vie privée, mais bon je pense que c'est plus facile pour lui de se confier à moi* »

Ou lorsqu'il expliquait devoir trouver sa place de médecin avec les patients plus âgés :

« *Bah ce respect que je dois avoir avec le fait qu'il est plus âgé que moi, qu'il ai une trentaine d'années de plus que moi et que je pourrais avoir l'âge de son fils [...] il faut que j'arrive à me mettre en tant que médecin et pas... à me détacher de mon âge, et le fait que c'est moi qui suis là pour le soigner et là ça peut être encore un peu difficile. [...] Parce que ça je pense que ça mettra plus de temps à ce qu'il comprenne que je suis là en tant que médecin.* »

V8 « *difficile parce que pour les jeunes ça fait partie de leur intimité et ils sont pas toujours prêts à raconter des tas de choses parce que si on les voit pour la première ou deuxième fois on reste une référence adulte* » (ado vs figure d'autorité)

V4 « *le fait que je sois un homme pour certains je pense que c'est plus facile pour d'autres ils s'en fiche je pense* »

V11 « *je pense que peut-être avec des collègues masculins ça serait peut-être plus facile pour eux d'en parler* »

Ensuite, il est apparu que pour les médecins généralistes, la réciprocité des échanges permettait de trouver une certaine liberté et facilité dans l'expression naturelle de l'intimité des patients.

-Réciprocité de l'échange intime :

V5 « *Le fait de bien connaître c'est parce qu'ils racontent..., moi je papote beaucoup alors il me raconte sa vie (rire)* » « *il y en a que j'ai su un peu par hasard à force d'en parler et oui on parle " ah bah oui avec mon compagnon j'ai fait ci, j'ai fait ça " en se racontant les vacances ou des choses comme ça* »

-Réciprocité d'aisance :

V4 « quand le patient lui est clair sur son discours, sur ce qu'il est [...], quand il a confiance en lui et que, et qu'il s'affiche de façon très simple et ben le praticien est lui aussi beaucoup plus à l'aise » « quand les gens sont clairs le soignant il l'est aussi. » « le médecin il se sent bien quand le patient il se sent bien »

- Respect et confiance réciproque :

V3 « On demande des informations après on se doit de faire confiance, il y a une relation médecin-patient donc je pose des questions, il donne une réponse je dois le prendre comme une vérité »

Libérations de la parole :

Les médecins généralistes souhaitaient et pensaient, par le biais de cette relation de confiance, faire de leur cabinet un lieu d'ouverture, d'empathie, et montrer à leurs patients qu'ils étaient prêts à recevoir toutes les demandes ou expressions sur leur intimité, afin de laisser l'opportunité ou « la porte ouverte » (V3, V8, V9) aux patients de révéler leurs pratiques sexuelles, s'ils le souhaitent et de la manière qu'ils le souhaitent.

V3 « Parce que je me rends compte [...] que c'est à moi de libérer les paroles, et que ça fait partie de mon rôle de prévention et que les gens ils viennent avec des attentes mais c'est à moi de libérer les non dits, des choses comme ça à mettre en confiance la personne »

V4 « En général, tous les patients HSH que je connais, c'est d'abord créer une relation de confiance et secondaire, c'est eux qui m'ont laissé entendre qu'il avait une orientation sexuelle, qui était la leur et dont il me parlait »

V7 « comme d'habitude j'ai dit **“votre ou vos partenaires”** [...] je me suis juste dit et ben j'ai bien fait de dire ça comme ça pour pas fermer la porte »

V8 « c'est eux qui l'amènent facilement parce qu'ils savent qu'on peut parler » « moi je laisse venir les gens là-dessus. »

4. Les médecins généralistes ne prenaient pas l'initiative de poser la question de l'orientation sexuelle et de la vaccination, chez les hommes jeunes et timides, qu'ils voyaient peu. Sauf s'ils venaient seuls, pour un problème génital, de MST, de conduite à risque, ou s'ils en faisaient la demande spontanément.

Les jeunes hommes représentent une population en bonne santé, peu suivie et peu habituée aux consultations de médecine générale :

V3, V6, V5, V11 expliquaient comme V7 que les jeunes hommes ou garçons « *on ne les voit pas toujours, ils sont en bonne santé [...] c'est la question c'est à quel moment, parce-que des fois les jeunes on les voit pas du tout à cette période-là* » donnant peu d'occasion à la discussion.

V5 « *Les jeunes on les voit pas très souvent* »

De surcroît, certains médecins (V1, V5, V10 et V11), considéraient que chez les garçons dans « *cette tranche là il y a beaucoup de gêne [...] ils n'osent pas se livrer complètement* »

V5 « *des fois les jeunes ils sont quand même plus timides* »

V11 « *pas à l'aise tout court avec le médecin en fait. Parce qu'ils ont pas l'habitude d'aller voir le médecin[...] donc pas à l'aise avec cela* »

Enfin pour V5 et V7 de toute manière, les préoccupations autour de la sexualité ne viennent que bien après l'âge des premières injections du vaccin contre l'HPV :

V5 « *je pense qu'ils sont pas encore trop dans le truc* » « *enfin que ce soit les filles ou les garçons ça leur passe un peu au-dessus à 11 ans ce qui est tout à fait logique* »

V7 « *ils sont un peu loin de tout ça* ».

Facteurs simplifiants : problème génitale, MST, conduite à risque, demande spontanée :

Parler de la vaccination anti-HPV était associée à la discussion autour de l'HPV et des MST et donc de sexualité, comme dans les discours suivants :

V5 « *je parle surtout des MST au passage, parce que ça reste une MST quand même le papilloma* »

V8 « *c'était la prévention des IST, en fait donc je l'ai inclus dedans !* »

V10 « *vu que c'est une MST on va le proposer dans ce sens-là mais à partir du moment où on discute sexualité avec les patients et qu'ils ont l'âge* »

Les médecins avaient souvent besoins d'une raison pour discuter de sexualité et se sentaient à l'aise lorsque le motif de consultation était en rapport : bilan MST, lésions annales... ce qui pouvait alors devenir un prétexte pour parler sexualité, de l'orientation sexuelle du patient, de l'HPV et de la vaccination.

V4 « *qui dit lésions génitales dit discussion sur la sexualité, dit pratiques sexuelles* »

-Pour parler de sexualité : V5 « *soit ils donnent des pistes, ils viennent pour un bouton, ou ils sont inquiets, donc là on va parler de sexualité, parce qu'il y a une accroche mais s'il n'y a pas d'accroche je ne leur en parle pas comme ça d'emblée sans points d'appel* »

-Pour parler de l'orientation sexuelle : V5 « *au début ça tournait en rond, ça tournait autour du pot. Il me parlait de problèmes anaux tout ça et au bout d'un moment il m'a expliqué qu'il avait eu des rapports anaux* »

-Pour parler de l'HPV et du vaccin: V3 « *Moi c'était mon moyen d'entrer dans la discussion parce qu'il y a le risque sexuel et je trouve que c'est plus facile, mais s'ils venaient par eux-mêmes parce qu'ils avaient une syphilis ou un chlamydia, bon bah voilà maintenant qu'on est dans le sujet, et que c'est une maladie sexuellement transmissible et que l'HPV est quand même relié aux relations sexuelles bah c'est plus facile d'en parler. Après si les gens n'ont pas pris de risque on n'a pas ouvert la case sexualité* »

Certains d'entre eux voyaient les consultations dans le cadre de la vaccination obligatoire ou de l'hépatite B, comme la possibilité d'informer sur la vaccination anti papillomavirus chez les HSH et d'interroger sur l'orientation sexuelle. V3 « *il faut parler de vaccination. Il y a deux choses : soient on a ouvert la case sexualité parce qu'il y a le risque sexuel, soit on a parlé de vaccination, là je peux parler.* »

V7 « *il faudrait interroger systématiquement à 25 ans quand il y a le vaccin rappel du DTP* »

D'autres expliquaient que la discussion venait surtout de la demande explicite du patient : V3 « *si on me tend des perches pour le faire, je me sens plus à l'aise* »

V4 disait « *donc j'en ai surtout parlé avec des gens qui me posaient la question [...] j'ai pas encore été proactif vis-à-vis de patients qui pourraient être concernés mais qui m'en n'ont pas fait la demande là-dessus* » Et pensait que de toute manière « *c'est plus opérant en termes de santé publique quand la question vient de patients qui ont une demande* »

Peu d'occasion pour le médecin d'en discuter :

Dans le discours des médecins généralistes, nous comprenions spontanément que sans les prétextes sus cités pour aborder la vaccination et l'orientation sexuelle, les médecins ne pensaient pas pouvoir proposer la vaccination : V1 « *Donc s'il n'y a pas une pathologie qui peut faire penser que...moi j'ai du mal à leur dire même si j'ai un petit sentiment quoi [...]s'il n'y pas une chose vraiment concrète j'ai du mal à aborder le truc.* »

V5 « *il faut introduire dans une consultation qui a absolument rien à voir avec la sexualité donc c'est ça qui je pense me semble un petit peu plus compliqué* »

V3 « *s'ils viennent pour une toux, une douleur abdo là je suis un peu pied et poing liés, même moi à ce moment-là je suis concentré sur mon diagnostique et c'est certainement pas là que je vais leur parler d'HPV* »

Or, comme précisé plus haut, les jeunes garçons sont peu vus par leur médecin et, les rares occasions pour lesquelles ils consultent, ne donnent pas l'opportunité pour les médecins de parler de sexualité et de dériver sur la vaccination (certificat de sport, angine...) :

V3 « *les garçons à cet âge-là je les vois pour un certificat de sport. Ils n'ont pas de problème* »

V1 « *s'ils viennent pour une angine si on leur saute dessus en leur demandant s'ils sont homos, je ne suis pas sûr que ce soit bien pris* »

V5« *poser des questions sur la sexualité alors qu'ils sont venus pour une entorse de cheville et après leur demander s'ils sont homosexuels ou pas et reparler encore de la vaccination derrière c'est vrai que c'est...* »

Contrairement aux filles qui au cours de leur adolescence présentent de multiples demandes gynécologiques ; particulièrement la contraception, permettant d'évoquer la sexualité. (V1, V3, V5, V6, V7, V8, V10, V11).

V5 « *mais du côté des hommes c'est vrai qu'ils ne viennent pas demander la pilule. Il y a moins le contexte, la pilule ça cerne un petit peu ce contexte quand même de sexualité.* »

V6 « *c'est vrai que les filles il y a la question de la pilule, des règles, etc...* »

V10 « *On a peut-être plus d'approche avec les filles* »

Facteurs compliquants : Vaccination controversée chez les filles, manque de temps, présence parentale :

Les médecins généralistes ne se sentaient pas en position idéale pour proposer cette vaccination dans le cadre de cette recommandation :

-Controverse des vaccins : Les médecins généralistes semblaient être embarrassés par le fait que la vaccination anti-HPV restait encore compliquée à proposer, rencontrant déjà des difficultés chez les adolescentes, dans un contexte de méfiance générale envers cette vaccination:
V1 « *Glisser ce truc* »

V6 « *C'est déjà un effort de proposer la vaccination aux filles, de convaincre les parents de faire le vaccin, parce qu'il y a beaucoup de réticences avec ce vaccin et que c'est déjà un gros travail* »

-Manque de temps : V3, V4, V5, V6 et V12 évoquaient le facteur temps et la disponibilité psychologique. Il était difficile de trouver le bon moment pour parler de la vaccination HPV surtout chez les jeunes HSH :

V3 « *c'est délicat de trouver le bon moment pour l'aborder* »

V11 « *mais il faut sentir je pense qu'il faut sentir le moment opportun un petit peu* ».

Sans consultation dédiée il était compliqué d'en discuter. V4 « *toi tu arrives et qu'entre les problèmes de santé tu dis « bah il faudrait vacciner contre l'HPV c'est bien » Je pense que la pertinence du message elle est moins bien reçue.* »

V12 « *parce je suis un peu débordée (rire) et que j'ai beaucoup de monde à voir et que parfois je fais peut-être pas assez de prévention dans mes consultations..* »

-Présence parentale pesante : Enfin à cette âge-là et jusqu'à la majorité, la présence des parents engendrait une difficulté supplémentaire dans la discussion autour du vaccin contre l'HPV, fortement en lien avec le tabou de la sexualité et surtout de l'homosexualité pour les parents, qui ne sont pas prêts à entendre cela. Les jeunes patients, eux, sont encore moins enclins à en parler si ces derniers sont présents, il faut donc les voir seuls, et faire sortir les parents. V11 « *Il faudrait que je fasse sortir les parents* »

V2 « *les parents ne sont pas dispos pour qu'on parle de ça* » « *passer le tabou qu'elles ont neuf ans mais qu'elles vont bientôt rentrer dans la vie sexuelle* » « *maintenant aborder l'homosexualité c'est quand même plus compliqué [...] donc à ces âges-là entre 9 et 11 honnêtement je ne pense pas que je l'aborderai* »

V10 « *ben le gamin il va pas se confier s'il y a un parent à côté de lui.* »

V8 a enrichi son propos en introduisant l'idée que tant qu'ils ont besoins d'être accompagnés par leurs parents, cela sous-entend qu'ils ne sont pas assez matures pour avoir des questionnements sur la sexualité : *« Parce que j'ai des jeunes de 17 ans ou même 18 ans qui viennent avec leur maman, du coup là ça n'a pas tellement de sens, enfin je trouve que ça n'a pas de sens. S'ils ont besoin de venir avec leur maman pour la consultation, c'est qu'ils ne sont pas prêts, enfin dans ma tête je trouve que c'est difficile d'aborder »*

V3 précisait qu'il était intéressant pour lui que *« les patients viennent seuls après leur majorité parce qu'ils ont pas forcément la même avis sur la vaccination que leurs parents, qui avaient fait le choix à leur place quand il était enfant, [...] trouve que c'est intéressant de rediscuter avec l'enfant qui est devenu adulte »*

Les médecins souhaitent trouver des solutions pour corriger ce défaut de proposition :

V3 : *« c'est passé à l'as et à la trappe, il va falloir trouver une solution »*

Certains aimeraient pour cela, une plus large campagne d'information auprès du grand public, en utilisant notamment des supports comme la télévision ou internet, afin d'informer les jeunes garçons pouvant bénéficier de cette vaccination et les mener à consulter d'eux même pour ce motif afin de faciliter la vaccination en ville.

V4 *« mais après je pense que ça mérite, ça mérite qu'il y a un message lancé au grand public »*

V6 *« les recommandations j'ai l'impression que ça pas été trop médiatisées » « peut-être s'il y avait plus une campagne d'information peut-être un peu plus large au niveau de la population. Si les patients venaient en consultation peut-être en abordant le sujet aussi peut-être que ça ouvrirait plus facilement la discussion »*

V3 *« il y a quand même l'éducation qui commence à parler autre que dans le cabinet médical [...] moi je suis là pour faire des piqûres de rappel. Le patient sait déjà, la moitié du chemin est déjà fait »*

V2 *« les motivations c'est peut être que le public soit plus au courant que cela existe et du coup « tiens j'ai entendu à la télé, je vais peut-être en parler à mon docteur [...] une accroche en dehors du cabinet pour qu'ils viennent en parler [...] S'il n'y a pas de spot télé ou radio internet je ne suis pas sûr qu'ils aient la notion qu'ils puissent en bénéficier[...] faudrait que ce soit plus largement diffusé voilà. »*

Ou encore, et dans la même optique, la possibilité d'une « accroche » en salle d'attente ou en consultation sous forme d'affiches ou de prospectus évoquant la recommandation et ayant un impact sur les patients visés par celle-ci V3, V7, V11 et V12 :

V12 « *en fait je pense que peut-être il faudrait [...] qu'on ait des affiches [...] c'est vrai que tout ce qui est vaccination, suivi, prévention c'est ... l'action des affiches est je trouve est...enfin facilite les choses parce que du coup ils vont pas forcément venir pour ça au départ, mais ça va leur faire dire « mais au fait, j'ai vu dans votre salle d'attente, je voudrai vous en parler. »*

A noter que V7 elle, réfléchissait aussi à la possibilité d'informer les jeunes garçons sur l'existence de nouveaux préservatifs remboursés pouvant ainsi ouvrir la discussion sur la sexualité... « *il faudrait que je leur dise que c'est remboursé et que du coup il peut venir pour ça si un jour ils veulent venir en parler. »*

5. Les MG aimeraient pouvoir parler de sexualité et de l'orientation sexuelle des jeunes hommes par le biais de la vaccination HPV recommandée.

Il est intéressant de noter qu'au cours de nos entretiens certains médecins ont finalement pris la problématique à l'envers en se disant que proposer la vaccination anti HPV chez les HSH permettrait d'ouvrir une porte aux jeunes patients pour leur permettre de parler de sexualité, et de corriger le déficit actuel sur ce sujet.

V1 « *Et puis peut être que, comme on le fait avec les filles quand on aborde ce truc-là, et ben si on avait à le proposer aux garçons aussi ce serait peut-être une porte d'entrée pour aborder les problèmes de l'orientation sexuelle aussi »*

V6 « *Le fait effectivement de parler du vaccin, voilà 11 ans on fait le Gardasil®, voilà ça permet de dériver peut-être sur les sujets de la sexualité. »*

V9 (en parlant des jeunes filles) « *Donc j'avais une façon nécessaire : la prescription Gardasil®, de parler de sexualité en présence des parents et de montrer que ici on allait pouvoir dans les années suivantes parler de sexualité tranquillement que c'était une chose qui se faisait simplement [...] ben je pense que je vais l'utiliser exactement de la même façon chez les hommes; [...] pour questionner la sexualité »*

V5 « *Et du coup la vaccination c'est un argument de plus un outil de plus. »*

D'autant plus que, pour V9 ainsi que pour V5 en parlant de la question sur l'orientation sexuelle « *il faut une bonne raison de le poser* »

Ils évoquaient l'idée de systématiser ce questionnement en le justifiant par l'indication de vaccination anti HPV : V5 « *peut-être de se poser la question, en effet, tout ceux de moins 26 ans qu'on voit, et leur dire qu'en effet il y a un vaccin qu'il faut faire chez les plus jeunes et demander s'ils ont des rapports homosexuels ou pas à ce moment-là* »

V9 « *est une façon de montrer que je questionne parce que derrière ce n'est pas pour une curiosité ou l'envie de les questionner sur leur intimité, [...] Oui oui tout à fait ce qu'il me manquait, [...] j'ai quelque chose à leur proposer si je leur pose la question c'est pour une raison précise* » (V6, V7)

6. La recommandation paraissait floue aux MG, ce qui empêchait sa mise en œuvre. Ils souhaitaient une meilleure information :

Les tenants et aboutissants de cette recommandation étaient peu connus

Les médecins généralistes semblaient tous avoir, comme V6 et V8 « *entendu parler* » de cette recommandation et ne la connaissent pas clairement V4 « *du fait des nouveautés* » V11 complètement hésitante « *avant 26 ans... ? c'est la reco ouais ? c'est ça...de toute façon j'ai lu la dernière...euh...Mais moi j'avais en tête que c'était dans la population générale?* »

Les médecins généralistes trouvaient cette recommandation encore mal cadrée et se questionnaient sur plusieurs aspects de cette dernière.

V4 « *Enfin pour moi il y a encore pas mal de choses assez floues* » « *parce qu'il n'y a pas de recommandations claires* »

V5 « *Ça permet de laisser avancer les choses au niveau des autorités et que ça s'éclaircisse* »

V9 « *ça fait un petit bout de temps que je me questionne sur ces indications,* »

Ils se questionnaient notamment sur comment cette limite d'âge se justifiait ou sur le remboursement en pharmacie.

V3 « *Parce que là, on parle de 26 ans, je ne sais pas comment ça a été déterminé 26 ans* »

V4 « *donc j'ai pas compris pourquoi, j'ai quelques idées sur le pourquoi du comment, mais pourquoi 26 ans* » ; « *j'avais pas les idées forcément très claires sur le remboursement sur les indications* »

Pour certains médecins, avec l'attention et les campagnes d'informations encore très tournées sur les femmes et le cancer du col, l'HPV restait inconsciemment l'apanage des femmes, et faisait que le rôle de l'HPV et sa vaccination chez les hommes était encore mal connue même chez les médecins.

V7 « *c'est un virus qui est sexiste* »

V1 « *C'est vrai que c'est nouveau cela [...] (elle réfléchit) ce n'est pas que je pensais pas qu'ils avaient aussi l'HPV mais euh comme bon on s'intéressait à traiter les filles, j'ai pas le raisonnement* »

V3 « *dans mon esprit pour l'instant c'est sûr que même moi en tant que médecin je n'associe pas encore la vaccination HPV pour hommes.* »

Demandeurs de plus de formation :

Les médecins généralistes étaient demandeurs de formations pour prendre en charge, au mieux leurs patients.

V4 « *il faut qu'on explique aux médecins pourquoi ?* »

V10 « *nous former parce que moi j'avoue que le Gardasil® pour l'instant je connaissais pas, enfin je le pratique surtout pour vacciner les gamines* »

Pas d'intégration de cette recommandation par les médecins généralistes

De ce fait, entre méconnaissance et flou sur les indications, la recommandation n'était pas intégrée pour la plupart des médecins ; qui en conséquence, n'y pensaient pas pendant leurs consultations.

V6 « *voilà j'y pense pas forcément [...] Parce que quand on en a parlé j'ai dit "bah oui c'est vrai, c'est vrai" mais je ne l'ai pas intégré vraiment dans ma pratique* » « *en fait je crois que c'est que je ne l'avais pas en tête. Soit je ne savais pas encore, soit je savais mais j'ai pas...* » « *pour l'instant je n'ai pas le réflexe* »

V7 « *j'ai pas complètement intégrer cette histoire de vaccination* »

V8 « *clairement...clairement.... je l'ai entendu mais je ne l'ai pas intégré je pense* »

V10 « *j'y pensais pas forcément pour vacciner les jeunes garçons homo.* »

Un flou générant un sentiment d'inconfort quant à sa prescription.

Et cela rendait sa prescription inconfortable pour certains d'entre eux.

V3 « *Au moins à en discuter, je me sens prêt à discuter plus facilement. Après j'attends quand même. Je pense que je pourrais en parler plus facilement mais de là à prescrire, peut-être que j'attends de voir comment ça évolue.* »

V4 « *c'est pas très confortable pour le praticien* »

7. Pour les MG cette recommandation n'était qu'une étape vers une vaccination universelle.

Bien que favorables à cette recommandation, certains d'entre eux nuançaient directement leur adhésion en précisant qu'ils attendaient plus : V6 « *c'est déjà bien mais que ça suffit pas* »

V12 « *ce qui me gêne c'est que ça soit que pour ces hommes-là et pas pour tous les jeunes hommes et tous les jeunes garçons, voilà moi je dirais que je préférerais proposer cette vaccination à tous les ados autant filles que garçons* »

Vaccination universelle logique :

Les médecins étaient persuadés qu'une vaccination sans distinction de sexe serait légitime et bénéfique pour la population générale en terme de réduction du risque, de par leurs connaissances sur : -La logique vaccinale :

V1 « *De toute façon c'est comme pour toutes les vaccinations si on vaccine le maximum de gens, on stop la prolifération et on arrive à enrayer quoi, oui je suis tout à fait pour même...* »

- La physiopathologie du virus :

V1 « *Ça pourrait apporter peut-être pas l'éradication mais diminuer le taux de la maladie, de complications* »

V2 « *je suis désolée les hommes hétéros ils sont aussi porteurs et ils contaminent leurs nanas et pour moi c'est tout le monde ou personne* »

V6 « *ça me paraît logique de vacciner tout le monde* »

V9 « *pour une maladie sexuellement transmissible, il est logique d'arrêter sa transmission, et comme ça se transmet entre les hommes et les femmes voilà tout simplement* »

V12 « *la contamination elle est dans les deux sens* »

-Les résultats à l'étranger : V3, V5 et V11 évoquaient les études à l'étranger pour justifier un élargissement de la vaccination :

V11 « *j'avais entendu parler d'une étude, en Australie ou en Nouvelle-Zélande je sais plus, que ça y est, l' HPV était complètement éradiqué, parce qu'ils avaient vacciné les garçons, tous les garçons et les hommes non homosexuel, et les filles et qu'il n'y avait plus d'HPV* »

Vaccination universelle plébiscitée par les médecins généralistes :

Les médecins s'attendaient à une évolution inévitable vers la vaccination universelle :

V3 « *les recommandations qui sont en cours, ça va évoluer* »

V8 « *pour moi c'est une deuxième étape, la première c'est la vaccination actuelle chez les jeunes filles, là c'est une deuxième étape de proposée effectivement aux jeunes homosexuels hommes, après, moi je dis une deuxième étape parce que l'étape d'après c'est de le proposer finalement à tout le monde ; y compris les jeunes garçons quelle que soit leur future orientation sexuelle* »

V6 « *J'imagine que le Gardasil® il va être proposé aux garçons bientôt maintenant, enfin j'espère* »

Plus encore de s'y attendre, ils la plébiscitaient

V6 « *Il faudrait vacciner tout le monde, tous les garçons* »

V7 « *Moi je pense qu'il faudrait l'appliquer à tous les hommes, sans distinction de son type de sexualité parce-que en fait du coup ça permettrait de ne pas faire de distinguo* »

Et certains en informaient déjà leurs patients.

V2 « *Je leur dit que plus tard sûrement dans un futur meilleur ça sera accepté par tout le monde et pour les garçons aussi* »

V5 « *j'aime mieux ouvrir en disant il y aura peut-être ça et leur expliquer pourquoi et puis si dans les 2 ans ça passe aussi pour tous les garçons au moins ce sera plus possible, facile aussi je pense à mettre en place, que de laisser passer encore une génération et de mettre en place pour les suivants, pour les garçons* »

V11 « *dès que je vois les filles en consultation et que je les vaccine, et là je leur dis qu'en fait maintenant on le fait aussi chez les garçons* »

Médecins plus libérés pour proposer la vaccination :

Comme déjà discuté plus haut, les médecins généralistes se sentaient bloqués par la difficulté de devoir cibler les patients HSH, ce qui rendait délicat sa proposition, dans le cadre de la recommandation actuelle. Le fait de supprimer la restriction à la population des HSH, et de

Nous avons donc tenté de formuler une théorisation pour comprendre la complexité des phénomènes répondant à notre problématique : La vaccination anti HPV chez les HSH de moins de 27 ans était peu proposée par les médecins généralistes même s'ils y étaient globalement favorables et souhaitaient jouer leur rôle d'information et de prévention. Le manque de clarté de cette recommandation et la nécessité de connaître l'orientation sexuelle des jeunes hommes, freinait la proposition de la vaccination par des médecins généralistes, mal à l'aise pour l'aborder sans stigmatiser. Ils ne prenaient pas l'initiative de poser la question de l'orientation sexuelle chez les hommes jeunes et timides qu'ils voyaient peu, sauf s'ils venaient pour un problème génital, de MST, de conduite à risque ou s'ils en faisaient la demande spontanément, loin de la présence parentale. La discussion autour du sujet intime de l'orientation sexuelle dépendait de la construction d'une relation médecin-patient collaborative. Pour les médecins généralistes, l'alliance était favorisée par le sexe masculin du médecin avec un âge et un mode de vie proche de celui du patient. Les médecins généralistes auraient aimé pouvoir aborder la sexualité et l'orientation sexuelle avec les jeunes hommes à l'aide d'une recommandation vaccinale plus claire, en attendant une vaccination universelle.

IV. DISCUSSION :

A. FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE :

- Les difficultés d'organisation :

La méthode de recueil des données initialement prévue en focus group, peut-être un peu plus appropriée a été abandonnée au profit d'entretiens individuels semi directifs. Malgré une recherche intensive sur plusieurs mois et la prise de contact avec de nombreux médecins généralistes, les contraintes de lieux et de temps inhérentes aux focus groups, n'ont pas permis de réunir le nombre adéquate de participant ainsi qu'un modérateur expérimenté pour cette technique.

Il a donc été décidé de réaliser des entretiens individuels. Bien que plus simples sur le plan organisationnel, le recrutement de médecins disponibles a demandé du temps et de la persévérance. L'enquêtrice avait pour but de faire varier au maximum l'échantillonnage, mais le caractère particulier et sensible de ce sujet, a peut-être conduit à recruter des médecins qui se sentaient au moins, un peu plus ouverts à ce sujet, et a pu entrainer une certaine gêne concernant les réponses données. De plus le mail ou message de recrutement comportait une information sur

le sujet, bien que la plus restreinte possible sur le sujet, ce qui a pu permettre à certains médecins de réfléchir au sujet en amont de l'entretien.

Nous avons cependant pu réaliser une majorité des entretiens en dehors des heures de consultations des médecins, ou même, pour certains, à leur domicile, permettant des conditions adéquates de calme et de disponibilité. Seul l'entretien de V10 a pu être influencé par le manque de temps puisque le médecin interviewé débutait ses consultations juste après.

- Une enquêtrice peu expérimentée :

La réalisation des entretiens semi directifs individuels est une technique demandant de l'expérience et une attention importante de l'investigateur afin de mener au mieux l'entretien sans orienter le médecin interviewé, et en faisant abstraction de ses a priori. Tout cela a demandé un effort particulier de l'investigatrice qui réalisait pour la première fois ce genre d'entretien, et a pu être la cause d'un biais d'investigation. Sa technique ainsi que le guide d'entretien ont été mieux maîtrisés au fil des entretiens.

De même l'analyse par théorisation ancrée demande un certain entraînement mais l'application de la chercheuse pour respecter la démarche analytique et l'intervention régulière d'un chercheur expérimenté a permis de valider les catégories.

B. COMPARAISON AVEC LES DONNEES DE LA LITTERATURE :

- Concernant la position des médecins généralistes sur cette vaccination :

Notre étude confirme l'hypothèse que cette recommandation est peu proposée par les médecins généralistes, pourtant favorables, du fait de la difficulté de cibler cette population et met en avant un questionnement et une méconnaissance de cette recommandation par les médecins généralistes, certains d'entre eux aimeraient être mieux formés et informés.

La thèse de Benoit Petit, réalisée à Grenoble, conclue à un manque de proposition du vaccin par les médecins généralistes, puisque seulement 9% des hommes de l'étude, concernés par la vaccination, se sont vus proposer la vaccination par leur médecin traitant (40).

Une seule étude française, quantitative, sur le point de vue des médecins généralistes sur la vaccination anti-papillomavirus a été retrouvée. La thèse de Guillaume Dufour conforte nos résultats et montre que la majorité des médecins généralistes était favorable à la vaccination des

HSH au cabinet médical (92,4%), mais qu'ils étaient une minorité à être bien informés (19%). Il retrouve par contre des résultats plus partagés concernant leur avis sur la vaccination universelle avec 55% d'entre eux pour et 45% contre (41).

A l'international, une étude anglaise, réalisée 1 an après la formulation de la recommandation par le « Joint Committee on Vaccination and Immunisation » en Angleterre, a montré que 84% des médecins généralistes interrogés ne connaissaient pas la nouvelle recommandation et que la majorité considéraient avoir un faible niveau ou aucune connaissance de cette vaccination (près de 79%). 92,11% ne pensaient pas avoir les compétences pour repérer les HSH susceptibles de bénéficier de cette vaccination et une majorité ne se sentaient pas en confiance pour la proposer aux HSH de moins de 24 ans et étaient demandeurs de formation(42).

Concernant le questionnement, particulièrement sur les conditions de remboursements, après avoir sondé plusieurs pharmaciens de régions différentes, ainsi que la CPAM, l'interrogation semble être la même pour tous ces intervenants en santé. Bien que le calendrier 2019 indique que la vaccination anti-HPV chez les HSH jusqu'à 26ans peut être proposée dans les CeGIDD et les centres publics de vaccination, après avoir échangé avec un médecin du CeGIDD de Grenoble, et un médecin généraliste ayant déjà vacciné un de ses patient HSH, le vaccin serait remboursé sur prescription du médecin généraliste. En pratique les expériences divergent et le doute persiste et nécessite donc un éclaircissement.

- Concernant le frein lié au rapport indissociable de cette vaccination avec la sexualité et l'orientation sexuelle :

Le plus grand frein semble effectivement être le rapport à la sexualité et plus particulièrement au questionnement sur l'orientation sexuelle : un sujet qui pour les médecins généralistes était encore sensible et tabou, les mettant mal à l'aise et qui reste peu abordé dans les consultations, ces derniers ne trouvant pas de « façon adroite de l'aborder »(31) particulièrement chez les adolescents(43). Selon l'étude DIVA (Déterminants des Intentions de Vaccinations), le rôle de prévention et d'information sur les vaccins est plus compliqué pour les médecins généralistes lorsque la discussion aborde un sujet tabou comme la sexualité et c'est un des freins identifiés de la vaccination anti HPV (28).

Les facteurs limitants la proposition du vaccin chez les HSH dans notre étude, sont sensiblement les mêmes que ceux retrouvés dans des études sur l'abord de la sexualité en médecine générale, particulièrement la thèse de Mlle LILLE Audrey sur « Comment les médecins généralistes

communiquent-ils sur la sexualité avec les adolescents ? » (43) ou encore l'étude Egale-MG sur les difficultés en santé des patients homosexuels.

Le type de relation :

L'abord du sujet intime de la sexualité et de l'orientation sexuelle chez l'adolescent, pour les médecins généralistes était favorisé par un climat et une relation de confiance souvent obtenus grâce à une relation collaborative, équilibrée, de type adulte/adulte comme l'explique Eric Berne dans « Que dites-vous juste après Bonjour ? »(44).

Etre intime avec quelqu'un, se rapporte à la notion de connaissance privilégiée de par la confiance établie avec lui, passant parfois par la réciprocité de l'échange intime selon Marie Paul Chevalérias ayant étudié Freud dans « intimité et lien intime » qui écrivait « la confiance attire la confiance »(45). La confiance était renforcée par certaines similitudes, par exemple d'âge ou de sexe, mais celle-ci pouvait aussi être obtenue dans une relation « anonyme »(43,46). Ceci est particulièrement vrai lorsqu'il y a une peur de rupture du secret médical, surtout pour les jeunes de moins de 25 ans, dont l'orientation sexuelle n'est pas connue ou acceptée de l'entourage parfois lui aussi suivi par le médecin (31).

C'est aussi la peur de paraître intrusif qui bloque les médecins généralistes pour qui la sphère intime des jeunes adolescent ne les regardaient pas(43,46).

Les facteurs relatifs à la consultation : facteur temps, Fille vs Garçons, motif de consultation :

Comme dans notre étude, les médecins déplorent aussi le manque de temps et de la disponibilité psychologique qu'ils estiment nécessaires pour aborder la sexualité et tout acte de prévention (43,46) et est pour eux un des principaux obstacles à la proposition de ce vaccin (28,42). Ensuite, de manière générale, il est plus habituel et aisé pour eux de discuter de sexualité avec les jeunes filles grâce à la contraception, et parce que les jeunes adolescents sont peu vus en consultation, ne parlent pas et ne sont pas à l'aise pour parler de sexualité dans le contexte médical notamment par rapport aux patients plus âgés (31,43). Elle est discutée plus facilement s'il y a déjà eu une prise en charge d'IST ou de conduite à risque (31,46) ou si le patient l'aborde, ou semble porter un intérêt sur le sujet (43,46). Enfin la présence fréquente de leurs parents rajoute une difficulté à aborder librement le sujet (43).

L'importance d'être un lieu ressource et d'échange sur les problématiques de sexualité :

Dans la littérature portant sur l'abord de la sexualité ou les difficultés des homosexuels en médecine de ville, les médecins interrogés s'accordent sur l'importance d'un discours ouvert, donnant l'opportunité aux patients de se confier, de parler s'ils en ont besoin; la volonté de faire du cabinet de médecine générale un lieu privilégié d'échange et un espace de dialogue (43,46). Pourtant, et à contrario, il apparaît assez fréquemment dans la littérature que certains médecins ne pensent pas qu'il soit important de parler de sexualité ou de l'orientation sexuelle.(31,43)

Le risque de stigmatisation :

Enfin, ce qui rend difficile le questionnement et le dépistage des jeunes HSH, est aussi en rapport avec la complexité de ce sujet dans la société, tout comme pour les jeunes hommes en recherche identitaire. Premièrement, les médecins généralistes percevaient un risque de stigmatisation à la proposition de cette vaccination et au questionnement sur l'orientation sexuelle(41). Ensuite, les médecins généralistes ont l'expérience que lorsque vient l'âge du questionnement sur la sexualité pour l'adolescent, rien n'est fixé. Ils savent que la construction de l'identité sexuelle est un cheminement difficile, source de mal être et de souffrance(43) , particulièrement celle de l'homosexualité, qui passe par plusieurs phases tel que le déni ou la clandestinité... comme l'explique Laura Méllini dans son article « Entre normalisation et hétéronormativité : la construction de l'identité sexuelle » dans notre société où « le contexte normatif demeure fortement hétérosexuel : l'omniprésence de la présomption d'hétérosexualité continue de rabattre l'homosexualité à une forme de sexualité déviante et dominée » engendrant les épreuves et souffrances vécues par les jeunes qui se découvrent homosexuels. Elle y déclare aussi que « Les identités sont multiples, mouvantes, chaque individu dispose de plusieurs identités, personne n'est uniquement homosexuel »(47). Les médecins ont donc peur de la réaction de leurs patients, de les gêner, ou de les discriminer, d'autant plus qu'ils considèrent que leur rôle est de soigner sans juger(46) ce qui limite le questionnement et repérage de cette population.

Pourtant, l'étude EGale-MG nous montre qu'il faudrait être plus efficace dans ce domaine, en nous apprenant que les personnes les moins susceptibles de dévoiler leur orientation sexuelle sont ceux qui ne s'identifient pas comme homosexuels, les personnes jeunes ou encore les célibataires. Il semble effectivement que les patients appréhendent souvent d'être discriminés à l'annonce de leur homosexualité et que vivre son homosexualité au grand jour est un facteur favorisant les actes d'homophobie (31). Les Homosexuels sont encore 20% à avoir eu le sentiment d'être discriminés par des professionnels de santé selon une enquête ifop de 2018(48).

Surmonter cette difficulté :

Les médecins généralistes cherchaient des solutions pour sursoir à ce malaise. Certains pensaient à systématiser le questionnement, ou corriger leur pratique en essayant d'y instaurer une consultation ciblée sur la santé sexuelle des adolescents(43) A ce sujet l'OMS en 2015, devant le constat de manque de formation et de connaissance, a émis des recommandations visant à la formation des « prestataires de soins en santé en les dotant de connaissances sur la santé sexuelle et de compétence en matière de Communication Brève relative à la Sexualité ou CBS » axées sur le « counselling » au besoin. Le « counselling » désignant les consultations systématiques organisées dans le cadre de soins de santé primaire et se caractérisant par sa continuité et l'établissement d'une relation de confiance.

Ils souhaitaient aussi pouvoir s'appuyer sur de meilleures campagnes de prévention nationales, des documents officiels à mettre à disposition des patients, les médias télévisuels pour sensibiliser les jeunes sur ce sujet et cette vaccination, afin qu'ils se sentent légitimes à venir en discuter au cabinet (46)

- Concernant l'extension de la vaccination aux garçons sans distinction d'orientation sexuelle :

Elle a aussi mis en lumière, l'attente des médecins généralistes pour une vaccination anti-HPV universelle, que l'on retrouve dans « l'appel des 50 » regroupant 50 académies, collèges, syndicats, dont l'académie nationale de médecine, ou encore de pharmacie ; qui soutiennent la ministre de la santé et demandent à la Haute autorité de santé d'évaluer la pertinence de la vaccination des filles et des garçons (49). Les spécialistes concernés par les pathologies HPV induites : gynécologues, pédiatres, ORL et Proctologues Français, se montrent eux aussi, favorables à cette extension (47).

C. IMPLICATION POUR LA PRATIQUE :

La stratégie actuelle de la vaccination anti HPV limitée aux HSH ne semble pas être applicable sereinement et de manière efficiente, actuellement, en médecine de ville, dans le but d'une protection de la population générale contre les cancers HPV induits ; et ceux, d'autant plus que les pouvoirs publics ne communiquent pas mieux auprès de la population, et des médecins généralistes avec des formations adaptées, afin de leur donner la possibilité d'aider les CeGIDD à optimiser la couverture vaccinale.

Il semble cependant que du point de vu des médecins généralistes, cela pourrait passer par une vaccination universelle applicable plus facilement en cabinet et sans peur de la stigmatisation. Les choses semblent évoluer dans ce sens, puisque l'assemblée nationale a adopté, en octobre 2018, un amendement (retrouvé en Annexe 2) visant à étendre, à titre d'expérimentation, la vaccination aux garçons, pour une durée de 3 ans, dans 2 régions : Auvergne-Rhône-Alpes et Grand Est(50), mais qui ne semble pas être mis en application. Pour finir, tout récemment, dans l'optique d'étendre la vaccination aux jeunes garçons, la Haute Autorité de Santé a mis en place une consultation publique ouverte jusqu'au 27 novembre 2019, pour recueillir l'avis des différents intervenants, avant la formulation d'une nouvelle recommandation(51).

BIBLIOGRAPHIE

1. santeubliquefrance. Infections à papillomavirus [Internet]. [cité 27 août 2019]. Disponible sur: <https://www.santeubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-a-prevention-vaccinale/infections-a-papillomavirus>
2. Monsonogo J. Cancer anal et papillomavirus humains : une pathologie en miroir de celle du cancer du col utérin. *Gynécologie Obstétrique Fertil*. 1 avr 2010;38(4):250-4.
3. Alain S, Hantz S, Denis F. Papillomavirus : les virus et la physiopathologie de l'infection. 2010;13:15.
4. HCSP. Recommandations vaccinales contre les infections à papillomavirus humains chez les hommes [Internet]. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2016 févr. Disponible sur: <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=552>
5. Badoual C, Tartour E, Roussel H, Bats AS, Pavie J, Pernot S, et al. Impact de l'HPV (Human Papilloma Virus) dans les carcinomes autres que gynécologiques. *Rev Médecine Interne*. 1 août 2015;36(8):540-7.
6. E-Cancer. Papillomavirus et cancer - Ref : FRPAPILLOMA18 [Internet]. [cité 5 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Papillomavirus-et-cancer>
7. Descamps P. A l'heure du mariage pour tous, peut-on refuser la vaccination HPV pour tous ? [Httpwwwem-Premiumcomwwwwezpbui-Montpellierfrdatarevues03682315v42i5S0368231513002007](http://www.em-premium.com) [Internet]. 7 août 2013 [cité 17 avr 2018]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com.www.ezp.biu-montpellier.fr/article/827006/resultatrecherche/109>
8. King EM, Gilson R, Beddows S, Soldan K, Panwar K, Young C, et al. Human papillomavirus DNA in men who have sex with men: type-specific prevalence, risk factors and implications for vaccination strategies. *Br J Cancer*. 28 avr 2015;112(9):1585-93.
9. Meites E, Gorbach PM, Gratz B, Panicker G, Steinau M, Collins T, et al. Monitoring for Human Papillomavirus Vaccine Impact Among Gay, Bisexual, and Other Men Who Have Sex With Men-United States, 2012-2014. *J Infect Dis*. 1 sept 2016;214(5):689-96.
10. Oral Human Papillomavirus Infection in Men Who Have Sex with Men: A Systematic Review and Meta-Analysis [Internet]. [cité 2 avr 2018]. Disponible sur: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0157976>
11. Badoual C, Roussel H, Péré H, Naderi S, Tartour E, Mohamed AS. Le papillomavirus n'attaque pas que les femmes. [Httpwwwem-Premiumcomwwwwezpbui-Montpellierfrdatarevues1773035X0043449bis50](http://www.em-premium.com) [Internet]. 4 févr 2013 [cité 17 avr 2018]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com.www.ezp.biu-montpellier.fr/article/785441/resultatrecherche/111>
12. Chanal J, Fouéré S, Yassir-Oria F, Spenatto N, Bouscarat F, Picot E, et al. CONDYDAV : étude observationnelle multicentrique des patients présentant des condylomes dans les dispensaires antivénéériens en France. [Httpwwwem-Premiumcomwwwwezpbui-Montpellierfrdatarevues01519638v143i11S0151963816303465](http://www.em-premium.com) [Internet]. 15 nov 2016 [cité 17 avr 2018]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com.www.ezp.biu-montpellier.fr/article/1095164/resultatrecherche/25>

13. Grimaldi-Bensouda L, Rossignol M, Koné-Paut I, Krivitzky A, Lebrun-Frenay C, Clet J, et al. Risk of autoimmune diseases and human papilloma virus (HPV) vaccines: Six years of case-referent surveillance. *J Autoimmun.* mai 2017;79:84-90.
14. GARDASIL - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. [cité 21 juill 2019]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/Activites/Surveillance-des-medicaments/Medicaments-faisant-l-objet-d-un-plan-de-gestion-des-risques/Medicaments-faisant-l-objet-d-un-Plan-de-Gestion-des-Risques-PGR2/GARDASIL>
15. 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.
16. HCSP. Avis du Haut conseil de santé publique Place du vaccin Gardasil 9® dans la prévention des infections à papillomavirus humains. 2017 fevrier.
17. Arbyn M, Xu L, Simoens C, Martin-Hirsch PP. Prophylactic vaccination against human papillomaviruses to prevent cervical cancer and its precursors. *Cochrane Gynaecological, Neuro-oncology and Orphan Cancer Group*, éditeur. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 9 mai 2018 [cité 31 mai 2018]; Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD009069.pub3>
18. Drolet M, Bénard É, Boily M-C, Ali H, Baandrup L, Bauer H, et al. Population-level impact and herd effects following human papillomavirus vaccination programmes: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis.* mai 2015;15(5):565-80.
19. European Medicines Agency. Gardasil [Internet]. 2018 [cité 20 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/gardasil>
20. Lin A, Ong KJ, Hobbelen P, King E, Meshel D, Edmunds WJ, et al. Impact and Cost-effectiveness of Selective Human Papillomavirus Vaccination of Men Who Have Sex With Men. *Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am.* 01 2017;64(5):580-8.
21. Swedish KA, Goldstone SE. Prevention of anal condyloma with quadrivalent human papillomavirus vaccination of older men who have sex with men. *PloS One.* 2014;9(4):e93393.
22. Stankiewicz Karita HC, Hauge K, Magaret A, Mao C, Schouten J, Grieco V, et al. Effect of Human Papillomavirus Vaccine to Interrupt Recurrence of Vulvar and Anal Neoplasia (VIVA). *JAMA Netw Open* [Internet]. 12 avr 2019 [cité 26 juill 2019];2(4). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6481452/>
23. Lacey CJN. HPV vaccination in HIV infection. *Papillomavirus Res.* 1 déc 2019;8:100174.
24. A delayed dose of quadrivalent human papillomavirus vaccine demonstrates immune memory in HIV-1-infected men | Elsevier Enhanced Reader [Internet]. [cité 26 juill 2019]. Disponible sur: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S2405852118300077?token=3DA0DFAFABC19408BB1036A509D67AE902BED789D4C0D947BA0A856FB019E16FC4CD210275815AC68256A02C3B11D05B>
25. Reiter PL, Brewer NT, McRee A-L, Gilbert P, Smith JS. Acceptability of HPV vaccine among a national sample of gay and bisexual men. *Sex Transm Dis.* mars 2010;37(3):197-203.
26. Cummings T, Kasting ML, Rosenberger JG, Rosenthal SL, Zimet GD, Stupiansky NW. Catching Up or Missing Out? Human Papillomavirus Vaccine Acceptability Among 18- to 26-year-old Men Who Have Sex With Men in a Us National Sample. *Sex Transm Dis.* 1 nov 2015;42(11):601-6.

27. HOUDJAL L. Approche des représentations des médecins généralistes sur la vaccination anti-HPV à l'aide d'un modèle évaluant les opinions, les pratiques et les informations délivrées aux patients. [Paris]: UNIVERSITE PIERRE ET MARIE CURIE (PARIS 6); 2017.
28. Martinez L, Tugaut B, Raineri F, Arnould B, Seyler D, Arnould P, et al. L'engagement des médecins généralistes français dans la vaccination : l'étude DIVA (Déterminants des Intentions de Vaccination). *Sante Publique (Bucur)*. 22 avr 2016;Vol. 28(1):19-32.
29. Nilsen K, Aasland OG, Klouman E. The HPV vaccine: knowledge and attitudes among public health nurses and general practitioners in Northern Norway after introduction of the vaccine in the school-based vaccination programme. *Scand J Prim Health Care*. 2 oct 2017;35(4):387-95.
30. JACQUES-NATALI L. Mémoire pour l'obtention du Diplôme Inter Universitaire de Vaccinologie Les recommandations vaccinales particulières pour les Hommes ayant des rapports Sexuels avec des Hommes. 2017.
31. Thibaut J. EGalé-MG. État des lieux des difficultés rencontrées par les homosexuels face à leurs spécificités de santé en médecine générale en France Réflexions sur le contexte et les données actuelles, l'histoire et les subjectivités gays et lesbiennes. 2016;383.
32. Potherat G, Tassel J, Epaulard O. De la vaccination au dépistage : étude des liens entre les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et leur généraliste (étude HomoGen). *Médecine Mal Infect*. 1 juin 2018;48(4, Supplement):S98.
33. FLORENCE S. Où en est-on de la vaccination anti-HPV des HSH en CeGIDD ? [Internet]. Disponible sur: <http://www.infectiologie.com/UserFiles/File/reunion/2018-prep-ist/2018-prep-ist-florence.pdf>
34. Oude-engberink A, Lognos B, Clary B, David M, Bourrel G. La méthode phénoméno-pragmatique: une méthode pertinente pour l'analyse qualitative en santé. 2013;24(105):4-11.
35. PAILLE P. MUCCHIELLI A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. 4^{eme}. Armand Colin; 2016. 430 p. (U Collection).
36. OUDE ENGBERINK A. , AMOUYAL M. , DAVID M. et BOURREL G. Etude qualitative du sentiment « d'être prêt à exercer » la médecine générale chez des internes et de jeunes médecins généralistes. 2012;(12):199-212.
37. Kaufmann J C. L'entretien compréhensif - 4e éd. ARMAND COLLIN; 96 p. (128 tout savoir).
38. Paillé P. L'analyse par théorisation ancrée. *Cah Rech Sociol*. 1994;(23):147.
39. Méliani V. Choisir l'analyse par théorisation ancrée : illustration des apports et des limites de la méthode. :18.
40. Petit B. Faible couverture vaccinale contre les papillomavirus chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes: un manque de proposition du vaccin par les médecins. :56.
41. Dufour PG. Vaccination anti papillomavirus des homosexuels en cabinet de médecine générale. :63.
42. Merriel SWD, Flannagan C, Kesten JM, Shapiro GK, Nadarzynski T, Prue G. Knowledge and Attitudes of General Practitioners and Sexual Health Care Professionals Regarding Human Papillomavirus Vaccination for Young Men Who Have Sex with Men. *Int J Environ Res Public Health*. 18 2018;15(1).

43. LILLE A. Comment les médecins généralistes communiquent ils sur la sexualité avec les adolescents? [Internet]. [Angers]: Faculté de santé, Université d'Angers; 2018. Disponible sur: <http://dune.univ-angers.fr>
44. Berne E. Que dites vous après avoir dit bonjour? Tchou. 371 pages. (Le corps a vivre).
45. Chevalérias M-P. Intimité et lien intime. Divan Fam. 2003;N° 11(2):11-23.
46. BELLATON N. ,CHAMBOST A. Quelles sont les difficultés à aborder le sujet de la sexualité en médecine générale ? Etat des lieux en 2017. Etude qualitative du point de vue des médecins et des patients. [Lyon]: l'Université Claude Bernard Lyon 1; 2018.
47. Mellini L. Entre normalisation et hétéronormativité : la construction de l'identité homosexuelle. Deviance Soc. 5 mars 2009;Vol. 33(1):3-26.
48. Observatoire LGBT+ [Internet]. IFOP. [cité 31 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.ifop.com/publication/observatoire-lgbt/>
49. Dalmat Y-M. HPV: appel des 50 pour le dépistage et la vaccination universelle. Option/Bio. 2019;29(599-600):10-10.
50. La recommandation du vaccin HPV étendue aux garçons dans deux régions [Internet]. Public Senat. 2018 [cité 5 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.publicsenat.fr/article/parlementaire/la-recommandation-du-vaccin-anti-hpv-etendue-aux-garcons-dans-deux-regions>
51. Evrard N. La HAS, favorable au vaccin HPV pour les garçons, lance une concertation [Internet]. Le Généraliste. 2019 [cité 31 oct 2019]. Disponible sur: https://www.legeneraliste.fr/actualites/article/2019/10/30/la-has-favorable-au-vaccin-hpv-pour-les-garcons-lance-une-concertation_320232

ANNEXES et ENTRETIENS :

ANNEXE 1 : Les plaquettes d'informations Françaises vs Australienne

Dépliant d'information : Stop HPV Mars 2018 :

Chaque année en France, le HPV c'est :
31 000 lésions précancéreuses,
3 000 nouveaux cas de cancer,
1 100 décès.

Cancer du col de l'utérus

STOP!

HPV

Vaccinez vos filles !

www.stophpv.fr

Campagne départementale d'information et de prévention contre les Papillomavirus humains (HPV)

isère
LE DÉPARTEMENT

En chiffres
Avec une surveillance internationale rigoureuse, le vaccin HPV depuis 10 ans c'est :

de 6 millions de vaccins réalisés en France

de 35 millions de vaccins réalisés en Europe

de 200 millions de vaccins réalisés dans le monde

La vaccination est une protection efficace contre les virus HPV !
Parlez-en à votre médecin.

www.stophpv.fr

isère
LE DÉPARTEMENT

Département de l'Isère - 386 Communauté d'Agglomération - Photos : iStockphoto

Pourquoi faire vacciner vos filles contre les PAPILOMAVIRUS HUMAINS (HPV) ?

La vaccination est une protection efficace contre les principaux virus HPV responsables des lésions précancéreuses ou cancéreuses du col de l'utérus.

Les infections à papillomavirus humains (HPV) sont très fréquentes. Environ **8 femmes sur 10** sont exposées à ces virus au cours de leur vie. L'infection a lieu le plus souvent dans les premières années de la vie sexuelle.

8 femmes sur 10 sont exposées au virus HPV

En général, le corps parvient à les éliminer, mais **il arrive que l'infection persiste** chez certaines femmes, elle peut alors provoquer des anomalies (lésions) au niveau du col de l'utérus.

Ces lésions peuvent évoluer vers un cancer des années plus tard. Leur traitement peut avoir des conséquences sur le déroulement d'une grossesse.

La vaccination **protège contre plus de 70 % des papillomavirus** responsables du cancer du col de l'utérus.

La protection n'étant pas complète, le **dépistage** reste indispensable en complément de la vaccination. Entre 25 ans et 65 ans, toutes les femmes doivent réaliser un frottis de dépistage **tous les trois ans**, qu'elles soient vaccinées ou non.

Les virus HPV sont la principale cause de cancer du col de l'utérus.
En France ce sont chaque année :

31 000 lésions précancéreuses du col de l'utérus dont la prise en charge impose la réalisation d'interventions chirurgicales

3 000 nouveaux cas diagnostiqués

1 100 décès

LA TRANSMISSION DES VIRUS HPV
Les virus HPV se transmettent par simple contact au niveau des parties génitales. La transmission intervient principalement au cours des contacts sexuels même s'il n'y a pas pénétration. L'usage du préservatif ne protège donc que partiellement contre les virus HPV.

La vaccination contre les virus HPV en 6 questions :

Quand vacciner ?
Entre 11 ans et 13 ans (et dans certains cas possible jusqu'à 19 ans inclus).

Comment vacciner ?
2 ou 3 injections sont nécessaires en fonction du vaccin utilisé et de l'âge.

Qui vaccine ?
Un médecin ou une sage-femme, un infirmier sur prescription d'un médecin ou d'une sage-femme.

Où se faire vacciner ?
Dans les cabinets libéraux, les centres de vaccination municipaux ou départementaux, les centres de santé et les centres de planification.

Combien ça coûte ?
Le coût de chaque dose de vaccin est pris en charge à 65 % par votre caisse d'assurance maladie. Le reste est généralement remboursé par les organismes complémentaires. La vaccination peut être gratuite dans certains centres de vaccination, municipaux ou départementaux.
Pour les personnes qui bénéficient de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), la prise en charge est à 100 % et sans avance de frais.

Y a-t-il des risques à être vacciné contre les virus HPV ?
Comme pour tous les vaccins, **les autorités de santé** françaises, européennes et mondiales **réalisent un suivi régulier des vaccins** contre les virus HPV. Ce suivi **confirme leur sécurité**.
Les éventuels effets secondaires sont des réactions au point d'injection, parfois de la fièvre. Comme pour tout médicament, il est important de faire part à votre médecin de tout effet indésirable que vous pourriez constater.



GARDASIL® 9
UNE PROTECTION
HPV 9-VALENTE

NOUVEAU

INDICATIONS
GARDASIL® 9 est indiqué pour l'immunisation active des individus à partir de 9 ans contre les maladies dues aux HPV suivantes :

- Lésions précancéreuses et cancers du col de l'utérus, de la vulve, du vagin et de l'anus dus aux types d'HPV contenus dans le vaccin.
- Verrues génitales (condylomes acuminés) dues à des types d'HPV spécifiques.¹

GARDASIL® 9 doit être utilisé selon les recommandations officielles.¹

RECOMMANDATIONS
DES AUTORITÉS SANITAIRES
En France, la vaccination contre les papillomavirus humains est recommandée pour les filles immunocompétentes âgées de 11 ans à 14 ans et en rattrapage jusqu'à l'âge de 19 ans révolus comme un moyen de prévention du cancer du col de l'utérus en complément au dépistage par cytologie cervico-utérine, recommandé chez les femmes de 25 ans à 65 ans.²

MSD
Vaccins

GARDASIL.9
Vaccin Papillomavirus Humain 9-valent
(Recombinant, adsorbé)

Dépliant australien :

How effective is the vaccine?

HPV vaccination is a safe and reliable way to protect young people from getting a range of HPV related cancers and diseases. Females should also participate in cervical screening for best protection against cervical cancer. Almost all HPV infections that cause abnormal cells and cancer can be prevented by the HPV vaccine. Studies have shown that the vaccine is proving very effective in Australia. There has been a big decrease in HPV infections, pre-cancers of the cervix and genital warts. The vaccine works best when given at a younger age and before exposure to HPV.

How safe is the vaccine?

HPV vaccines used in Australia are very safe. All HPV vaccines available in Australia have been thoroughly tested and 270 million doses have been given around the world. The vaccine has been provided through school based programs in Australia since 2007 for females and 2013 for males. In Australia and in other countries, there is ongoing monitoring of vaccine safety. Some people might experience mild side effects from the vaccine. These can include:

- soreness, swelling and redness at the injection site
- mild temperature
- feeling faint and feinting.

Like other vaccines, a very small number of people can have an allergic reaction shortly after getting the vaccine. Vaccination providers are prepared to manage these types of reactions. See your GP if you are worried about your child's reaction.

You can learn more about the safety of the HPV vaccine at the Therapeutic Goods Administration website tga.gov.au

Preventing human papillomavirus (HPV) cancers and diseases by vaccination

Helping to protect young people from a range of cancers and diseases caused by the human papillomavirus (HPV)

health.gov.au/immunisation

ASSEMBLÉE NATIONALE
19 octobre 2018

PLFSS POUR 2019 - (N° 1297)

| |
|--------------|
| Commission |
| Gouvernement |

Adopté

AMENDEMENT

présenté par

M. Touraine, Mme Cariou, M. Berra, M. Bois, Mme Brugnera, Mme Brunet, Mme Cazarian, M. Chahumau, M. Daniel, Mme Dégois, Mme Dufieu Schubert, M. Elhachimi, M. Fugit, Mme Gailliot, Mme Grandjean, Mme Guarel, M. Julien-Laferrère, Mme Khedher, Mme Le Meur, M. Marin, M. Mbaye, M. Mis, Mme Rixain, M. Rodrigoz, M. Simian, Mme Tamarelle-Verhaeghe et M. Testé

ARTICLE ADDITIONNEL

APRÈS L'ARTICLE 39, insérer l'article suivant:

I. - L'Etat peut autoriser, pour une durée de trois ans, dans les deux régions Grand Est et Auvergne-Rhône-Alpes, à titre expérimental, le financement, par le Fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-3 du code de la santé publique, des frais occasionnés par l'amélioration des pratiques des professionnels et établissements de santé pour le développement de la vaccination contre les infections liées aux papillomavirus humains chez les jeunes filles et garçons.

II. - Un décret en Conseil d'Etat précise les modalités de mise en oeuvre de ces expérimentations, notamment les caractéristiques du projet à présenter dans chaque région, ainsi que les conditions d'évaluation de l'expérimentation. Le contenu de chaque projet d'expérimentation régional est défini par rapport à un cahier des charges arrêté par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la liste des territoires concernés au sein des deux agences régionales de santé Grand Est et Auvergne-Rhône-Alpes pour participer à l'expérimentation et après avis des agences régionales de santé concernées.

III. - Un rapport d'évaluation est réalisé au terme de l'expérimentation et fait l'objet d'une transmission au Parlement par le Gouvernement.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Le présent amendement vise à mettre en place l'expérimentation sur trois ans d'un dispositif d'accompagnement non pérenne dans plusieurs régions sanitaires. Serait éprouvé un mécanisme de

soutien à tous les professionnels de santé pouvant intervenir dans la prise en charge sanitaire des jeunes filles et garçons de 11 à 14 ans.

Le présent amendement est un amendement de repli de ceux déposés en commission des affaires sociales afin d'obtenir un autre levier en faveur d'une meilleure vaccination des jeunes filles contre les infections liées aux HPV. Il propose également d'étendre celle-ci aux jeunes garçons afin de renforcer la couverture vaccinale globale contre ces infections.

Les amendements présentés en commission constituaient une charge au titre de l'article 40 de la Constitution.

Pour rappel, le caractère cancérogène de ces virus a été mis en évidence, en particulier chez les femmes dans le cas du cancer du col de l'utérus. Les HPV sont le principal facteur de risques de ces cancers avec 3 000 nouveaux cas par an, qui entraînent environ 1 100 décès chaque année. Mais les HPV peuvent aussi être à l'origine de cancers de l'anus, de cancers ORL, voire de cancers du pénis. En France, la vaccination contre les HPV est recommandée chez les jeunes filles (entre 11 et 14 ans, avec rattrapage possible entre 15 et 19 ans), ainsi que chez les jeunes hommes ayant des relations avec d'autres hommes. Mais la couverture vaccinale reste bien trop faible puisque environ 20 % des jeunes filles sont vaccinées, alors même que le Plan Cancer 2014-2019 fixait un objectif de 60 %. En Australie, une vaste campagne de prévention et de vaccination gratuite a permis d'établir la couverture vaccinale à 80 % des jeunes filles et à 75 % des garçons de moins de 15 ans, permettant d'entrevoir l'éradication des cancers liés aux HPV dans un horizon particulièrement proche.

Depuis quelques mois, de nombreux spécialistes estiment qu'il faudrait amplifier les campagnes de vaccination en France et élargir les recommandations aux garçons afin d'accroître l'acceptabilité du vaccin et de prévenir, chez les hommes aussi, diverses maladies. Par ailleurs, selon un essai clinique mené en Suède, la vaccination des garçons ajoutée à celles des filles améliore de façon significative la protection globale de la population féminine contre l'ensemble des papillomavirus, y compris avec une couverture vaccinale modérée.

Cet amendement s'appuie donc sur les recommandations du Haut conseil pour la santé publique (HCSHP) qui constate que « les données de pharmacovigilance internationales et nationales, avec un recul de plus de sept ans, ne permettent pas de remettre en question l'existence d'un lien de causalité entre cette vaccination et les événements indésirables graves qui ont été attribués en France »

ENTRETIENS V5 ET V7 : (la totalité des entretiens est présente dans le CD-ROM joint)

ENTRETIEN V5 34min 37sec

Interviewer : I

Médecin : M

I : Bonjour, je suis Mlle LOPEZ RUIZ Mathilde, merci de me recevoir juste en préambule, la thèse, le but est de comprendre l'opinion le point de vue du médecin généraliste sur la vaccination anti HPV chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Les connaissances théoriques ne m'intéresse pas ce qui m'intéresse c'est plus ton ressenti ton sentiment, les expériences que tu as pu vivre donc il ne faut pas hésiter à se livrer s'il y a eu des expériences vécues là-dessus.

M : D'accord

I : Alors le haut conseil de santé publique a proposé en 2016 de rendre disponible la vaccination Gardasil pour les HSH jusqu'à 26 ans. Est-ce que tu pourrais me raconter une consultation où tu en aurais déjà discuté ou proposé à quelqu'un dans ce contexte.

M : Dans ce contexte non

I : Jamais ? Et pourquoi ?

M : Et ben et ben... pourquoi ? je ne sais pas tiens ?

Euhhh. alors les patients homosexuelles que je connais ont plus de 26 ans ; enfin qui le revendiquent en tout cas... et les autres, les autres... j'en ai pas parlé.

I : Et pourquoi pas parlé ?

M : Je l'ai pas abordé parce que ouais certainement ils consultaient pour pleins d'autres choses, il était déjà vacciné de tous, donc je ne me souviens pas avoir parlé de vaccination chez des personnes que je connaissais homosexuelle et après c'est les autres, je suis en train de réfléchir à des cas particuliers... (rires). J'essaie de... parce que voilà quand on parle du Gardasil® c'est en effet souvent les adolescents vers 12-13 ans et on commence à en parler, ou alors lors du rappel des 11-12 ans, du DT Polio, on dit le prochain ça sera ça; et là j'en parle aux garçons comme aux filles par contre. En expliquant que, voilà pour les garçons ce n'était pas encore bien clair, s'il fallait le proposer ou pas le proposer, parce que pour moi ça allait pas vraiment, bon pour les filles j'en parle et c'est un peu plus clair, mais justement les parents en général ils posent des questions pourquoi que les filles, pourquoi aux hommes souvent, et après voilà en expliquant ils comprennent...

I : Et pourquoi tu parles aux garçons ça du coup ?

M : Bah parce qu'aux états unis ils vaccinent les garçons. Il me semble en Angleterre je sais plus, en Norvège aussi en Suède. Enfin les études que j'avais vu, c'était garçons compris dans la diminution du risque. Donc j'en parlais aussi en ciblant les femmes en disant qu'ils ne seraient pas porteur du coup et que ça cible aussi plus de femmes et que pour eux également il y a un intérêt aussi selon les rapports qu'ils auront plus tard.

I : Est-ce que tu peux me raconter une consultation où tu l'as proposé, un exemple de consultation dont tu te souviens ?

M : Bah c'est souvent des consultations en famille, souvent les gens ils viennent en famille; et du coup on en vaccine un, je sais plus si c'était la fille ou le garçon, j'en vaccinai un pour le DT Polio et du coup je disais que le prochain serait à 25 ans, donc en général ils sont tous contents en se disant ok c'est bon on est libéré jusqu'à 25 ans, et là je leur dis " ah attends" autour des 13 ans il y aura la vaccination Gardasil autre mais il y aura le vaccin du papillomavirus et souvent on en parle presque plus avec la mère parce que j'ai l'impression, enfin que ce soit les filles ou les garçons ça leur passe un peu au-dessus à 11 ans, ce qui est tout à fait logique, et c'est souvent avec les parents qu'on en parlait. Garçon ou pas garçon voilà je leur ai expliqué que dans des pays on vaccine les filles et les garçons, en France pour l'instant c'est quand même plus ciblé sur les filles pour le tout-venant après il fallait cibler mais que c'était quand même pas évident pour parler de la sexualité des patients et autant avec certains ça se fait bien facilement, autant avec d'autres soit la consultation s'y prête pas soit on sent qu'ils ne veulent pas en parler. donc voilà, ouais voilà c'était surtout dans ces moments-là que j'en parle, c'est parce que ça va être quand même pas loin derrière, donc c'est souvent à la vaccination de 11 ans.

I : Et ça se passe bien quand tu en parles, tu ne ressens pas de difficulté à parler même à des garçons ?

M : Ouais alors là c'était plutôt de manière assez générale pour cibler les garçons mais quand c'est vraiment que des garçons, je leur dis qu'on sait pas trop que peut-être ça va venir, parce que c'est compliqué la vaccination en ce moment. Donc j'aime mieux ouvrir en disant il y aura peut-être ça et leur expliquer pourquoi et puis si dans les 2 ans ça passe aussi pour tous les garçons au moins ce sera plus facile aussi je pense à mettre en place, que de laisser passer encore une génération et de mettre en place pour les suivants, pour les garçons. Et pour les filles il y en a quand même pas mal qui le font et en général les ados elles ont bien envie, sauf les piqûres je leur dis pas que ça fait mal, même s'il brûle (rire), mais à part celles qui craignent un petit peu les piqûres, les autres elles ont plutôt envie et c'est plutôt les mamans des fois qui sont réticentes.

I : Et pourquoi tu as dit que à cet âge-là 12 ans, parler de sexualité ça leur passe un peu au-dessus aux enfants d'après toi?

M : Ben je pense qu'ils sont pas encore trop dans le truc, je sais pas.... moi j'en parle souvent et puis je vois beaucoup d'ados tout seul donc j'en profite pour en parler mais souvent c'est un peu

plus tard quand même c'est vers 13 14 ans. donc voilà la 11 12 ans on donne des messages de prévention, pareil quand on leur parle du Gardasil autant pour les filles ,on dit il y aura quand même les frottis à faire, et puis de toute façon voilà on parle MST il faudra quand même mettre les préservatifs... on parle voilà un petit peu de... mais ils font assez enfants quand même, mais bon après ça sera une première, une première approche. Après souvent les mamans elles en profitent, elles me disent, est-ce qu'il pourrait venir tout seul la prochaine fois, c'est un peu l'accroche aussi de dire oui à partir de maintenant de temps en temps il peut venir tout seul et puis ils ont besoin de parler d'autres choses. Et quand ils sont tout seul de parler de toute façon d'autres choses à chaque fois, enfin de prévention MST...

I : Et toi quand ils sont tout seuls la consultation elle se passe comment par rapport à quand il y a les parents ?

M : Bien. Alors ça dépend de l'enfant, soit il est plutôt timide et on sent que ce n'est pas trop leur souci pour l'instant ou en tout cas qu'ils sont loin, qu'ils n'ont pas de petit copain, petite copine, et alors on pose deux trois questions et on parle un peu du préservatif, des MST de manière générale. Ou soit on sent qu'ils ont déjà testé certaines choses, et là ils ont une liste de questions impossible et c'est toujours celle à laquelle on ne s'attend pas, en général assez drôle, et du coup-là on se dit que ça a servi à quelque chose au moins (en riant); mais ouais ça dépend des âges, mais souvent c'est un petit peu après quand même.

I : Mais pourquoi c'est drôle ?

M : Bah c'est, quel est le mode d'emploi pour faire une fellation ? (rire) qu'est-ce qu'ils m'ont dit d'autre ?... c'est souvent des modes d'emploi. pourquoi il faut faire tout bien ?

I : Et toi avec ça particulièrement chez les jeunes tu te sens comment quand il faut parler de ça ?

M : Moi je suis assez à l'aise quand il faut parler de ça. En tout cas comme c'est moi qui l'aborde, il faut l'être aussi parce que en général ils sont assez gênés donc, ils ont surtout souvent beaucoup de questions sur leur corps, est-ce que je suis bien normal ? Est-ce que c'est bien normal qu'il y a un petit grain de beauté là ? est-ce que là il y a un pli c'est normal ? là il y a un bouton est-ce que c'est grave ? c'est souvent centré sur leur corp en général à cet âge-là, il y en a pas mal.

I : et du coup cette recommandation tu en avais déjà entendu parler ?

M : Ouais

I : Et qu'est-ce que tu en penses ?

M : Ben je pense que c'est bien, dans le principe je suis plutôt pro vaccination donc je pense que après de temps en temps je lis prescrire, bon ils sont contre tous donc c'est un peu simple, mais je voyais même que ce soit fille ou garçon qu'ils étaient contre parce que ça n'avait pas encore apporté le chiffre probant, mais après, je pense qu'on a quand même des chiffres probants, pour les femmes en tout cas. Après pour les hommes je suis pas sûr, j'ai jamais rien vu, en tout cas pour les hommes, mais pour les femmes je suis assez convaincu, que ça peut baisser le nombre de lésions précancéreuses et de cancers, et puis il y a pas que le cancer non plus, tous les condylomes et autres. Des conisations on en voit quand même pas mal des conisations, j'ai pas mal de patientes qui en ont eu des conisations donc après je verrai plus tard quand elles voudront des grossesses, mais bon il y a quand même après un peu plus de fausse couche. Donc non, moi je suis assez convaincu de l'intérêt de la vaccination pour les femmes et aussi pour les hommes, et puis par l'intermédiaire des hommes pour couvrir plus de femmes et d'hommes aussi, mais couvrir plus de population.

I : Et le fait que là se soit dans la population des HSH, des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes de moins de 26 ans qu'est-ce que ?

M : Ouais bah des moins de 26 ans il n'y en a pas beaucoup à moi qui m'en parle. Il y en a un mais il est schizophrène. Et puis en fait il a pas moins de 26 ans je suis en train de me dire... donc lui il me raconte tout mais il est très particulier. Chez les plus jeunes puis c'est aussi des populations qu'on voit pas beaucoup, entre les 15-25 ans on les voit peu sauf pour des certif de sport, c'est vrai que lors du certificat de sport... alors des fois si quand on leur demande ce qu'il y a besoin d'autre chose des fois il nous demande un bilan MST alors je leur demande toujours pourquoi s'il pense qu'il y a un rapport à risque et pour voir si c'est juste un dépistage voir s'il faudrait pas refaire un peu plus tard à contrôler. En général c'est assez souvent quand ils veulent arrêter le préservatif avec leurs copines et que... mais j'en ai pas eu qui m'a dit que c'était avec un compagnon. Donc c'est ça je pense que j'ai pas eu l'occasion, peut-être que je n'ai pas posé les bonnes questions, où ils l'ont masqué ils ont dit que c'était une copine, que c'était une fille mais c'était peut-être un garçon. Des jeunes non j'en vois pas, j'ai plus vieux, qui s'assume complètement homosexuel ou bisexuelle; mais ils sont beaucoup plus vieux.

I : Est-ce que tu pourrais me raconter une consultation avec un homme ayant des rapports sexuels avec des hommes quel que soit l'âge une des dernières qui a pu se passer ?

M : Alors c'est surtout des problèmes psychologiques pour le coup, suite à une rupture donc que ce soit un homme ou une femme ça ne change pas grand-chose, c'était le gros chagrin d'amour suite à la rupture, plus un gros harcèlement au travail, mais ça n'avait rien à voir avec le côté homosexuel mais une grosse pression au travail en tout cas qu'il avait du mal à supporter. Donc c'était surtout un suivi psychologique, là je ne l'ai pas revu depuis un moment donc soit il va bien, il avait peut-être envie de déménager, donc soit il a déménagé sans forcément nous dire. euhh... ouais c'était surtout chagrin d'amour parce que c'est un couple de longue date...

I : Et comment ça s'est passé ?

M : Bah lui il a directement dit qu'il était homosexuel, qu'il venait de se séparer de son compagnon de longue date ; ça faisait 15 ans je crois qu'ils étaient ensemble, il était extrêmement triste, il pensait à se balancer, il a fallu que je récupère le flingue parce qu'il était douanier, c'est toujours pratique, on sait pas quoi en faire après c'est agréable, un métier plein de surprises, donc ça va soulever plus de questions de ce côté-là que du côté vraiment, vraiment de sa sexualité elle-même c'était plus vraiment gros chagrin d'amour.

Après les autres, sont plus en couple installé, donc... et c'est vrai que j'ai pas pensé à leur proposer, enfin bon il était hors, ils ont bien plus de 26 ans ils ont plutôt la cinquantaine, les trois que je suis. Et voilà, ils sont installés dans un couple alors sauf lui qui a rompu quoi...

I : Et dans leur prise en charge, dans les consultations comment ça se passe ?

M : Ils consultent pas souvent, Après si avec celui qui a rompu, parce que du coup à force de se voir un peu régulièrement il me parlait d'autre chose il était assez investi dans les dépistage minutes, pour le SIDA donc il m'avait dit qu'il fallait que je me renseigne pour m'en procurer. Je lui avais promis que je le ferai et je ne l'ai pas fait par manque de temps je pense. Et autrement alors il y en a que j'ai su un peu par hasard à force d'en parler et oui on parle « ah bah oui avec mon compagnon j'ai fait si j'ai fait ça »; en se racontant les vacances ou des choses comme ça; et après les consultations n'avait rien à voir avec la sexualité donc; c'est vrai que c'est pas des gens que je vois très souvent ils ont pas de suivi, ils n'ont pas de traitement de fond donc ils viennent quand ils se font mal mais c'est tout quoi.

I : Et ça se passe bien ?

M : Oui-Oui. mais après ils sont vraiment assumé et tout ; c'est pas je pense comme un jeune où c'est un peu plus compliqué, où il peut se poser des questions. Ils sont vraiment assumés, ils revendiquent clairement qu'ils sont homosexuels devant tout le monde, ils assument leur compagnon même par rapport à leur famille. Un jeune c'est peut-être plus compliqué je pense de faire le choix, de se sentir vraiment homosexuel, ou pas ou bi...

I : Et du coup dans la consultation pour toi ça change quelque chose?

M : Bah non, c'est l'occasion d'en parler mais j'ai pas trop eu l'occasion. Non mais je me dis qu'il m'en parle peut-être moins parce que... Ouais par rapport à ça, peut-être qu'ils s'assument moins. Ou alors ils ont peut-être moins de questions, où ils assument moins les choses. Ou on se raconte moins les vacances aussi, qu'avec les plus vieux ou des fois on parle un peu plus, des fois les jeunes ils sont quand même plus timide en consultation en règle générale.

I : Et est-ce qu'il y a eu une consultation avec laquelle il y a eu un homme pour lequel tu supposais qu'il avait des rapports homosexuels ou bi, et tu pourrais me raconter, me dire comment tu as mené la consultation?

M : Euh écoutes, est-ce que... je suis en train de réfléchir ... (blanc) euh avec le schizophrène au début ça tournait en rond, ça tournait autour du pot. Il me parlait de problème anaux tout ça et au bout d'un moment il m'a expliqué qu'il avait eu des rapports anaux, donc là ça a tourné un peu autour du pot, c'est quand même plus compliqué parce lui dans sa manière de s'exprimer c'est quand même pas évident. Mais après j'ai pas vraiment d'autres souvenirs. Peut-être, les premières fois où j'ai suspecté un truc enfin qu'il étaient homo le patient en question ; peut-être que la première fois je me suis posé la question mais j'ai pas vraiment le souvenir ou alors il avait déjà un compagnon : souvent ils disent "mon compagnon".

I : Toi tu n'as jamais eu à poser la question ou ressenti le besoin ?

M : Non, ça ne change pas grand-chose j'ai l'impression mais après...

I : Pourquoi tu as l'impression que ça ne change pas grand-chose ?

M : Après soit ils viennent vraiment avec des problèmes liés à leur sexualité donc là en effet, je poserai peut-être la question mais autrement... souvent ils viennent rarement quand même pour ça... donc après pour tout le reste... Ouai on leur demande le mode de vie, s'ils sont en couple pas en couple... après je ne creuse pas trop s'ils sont en couple je ne demande pas trop si c'est femme ou garçon. Et après est-ce que ça changerait vraiment quelque chose, je sais pas...

I : Tout à l'heure tu as parlé un peu plus de parler de sexualité avec des jeunes, toi est-ce que tu peux un peu plus détailler comment tu te comportes chez un jeune de moins de 26 ans, par rapport à sa sexualité et à ce vaccin sans forcément savoir s'il a des rapports sexuels avec des hommes.

M : Quand on fait le vaccin chez les jeunes... je leur explique à quoi il sert ce vaccin avant de le faire de toute façon, on en parle. Je leur explique le principe des lésions précancéreuses, des cellules qui s'abîment en gros et qui deviennent plus tard un cancer sur plusieurs années mais pas là tout de suite maintenant, préparer l'avenir et faire de la prévention. Pour le vaccin en gros je dis ça... et puis je parle surtout des MST au passage, parce que ça reste une MST quand même le papilloma. Donc expliquer qu'il y a des choses contre lesquelles on peut lutter plus facilement en mettant le préservatif. On parle toujours du sida, des hépatites et que le papilloma c'est quand même plus compliqué. Et du coup la vaccination c'est un argument de plus un outil de plus...Euuuuh et puis après ça dépend quel âge ils ont, s'ils ont 11 - 12 ans on parle un peu plus de la puberté, les jeunes filles elles demandent quand est-ce qu'elles auront leurs règles, le garçon ça va être les boutons les poils... voilà donc j'explique un peu comment ça va se passer quand elles ont 15-16 ans je parle plus de prévention MST, et puis savoir les rapports s'il y en a eu, s'il y a pas eu de problème. Mais c'est plutôt chez les filles des soucis de douleur, des soucis qui persistent, les garçons en général... ou alors je suis une fille alors ils veulent peut-être un peu moins d'en parler. Et puis chez les plus grands on parle un peu moins je suis peut-être un peu plus accès ados. Après c'est surtout cela que je vaccine après à partir de 20 ans il est

vraiment plus pour des soucis autre, donc c'est vrai que, que je pense peut-être moins à proposer la vaccination.

I : Et parler de sexualité ?

M : Bah ça arrive alors les renouvellements de pilule chez les filles... les garçons bah moins du coup.

I : Pourquoi ?

M : Et ben il y a peut-être moins la.... Ouais s'ils viennent pour un certificat sportif, pour autre chose, c'est pas toujours évident d'aborder le sujet de but en blanc, alors soit ils donnent des pistes, ils viennent pour un bouton, ou ils sont inquiets, donc là on va parler de sexualité, parce qu'il y a une accroche mais s'il n'y a pas d'accroche je ne leur en parle pas comme ça d'emblé sans point d'appel.

I : Et pourquoi pas ?

M : bah parce qu'ils viennent pour un certificat de hand et que tout va bien, et que je lance toujours un peu des choses ouvertes, des questions ouvertes, est-ce que tu vas bien voilà l'école les études des choses très ouvertes, mais après non je pose pas la question en systématique.

I : Quelle question tu ne poses pas en systématique ?

M : De savoir si tout va bien du côté de la sexualité.

I : D'accord. Tu n'as jamais demandé s'il était homo ou hétéro il n'y en a jamais un qui est venu te parler de ça ?

M : Je ne crois pas, je suis en train de réfléchir au passage mais non, non non non il n'y en a jamais qui m'ont trop... (blanc réfléchi). Non je suis en train de réfléchir parce que j'avais un autre patient qui avait un petit bouton,

I : un jeune qui avait des petits boutons ?

M : Ouais ouais, sur la quéquette, à chaque fois ils viennent tous nous montrer en nous expliquant (en riant) mon dieu: " j'ai eu un rapport, et c'était avec une femme", enfin la oui, il m'a raconté, je leur demande de m'expliquer, ben comment s'est passé le rapport s'il y a eu des soucis, s'il y a eu préservatif ou pas, s'il y a eu des soucis de préservatif, des choses comme ça quoi... C'est les premières questions si des fois c'est un petit peu gênant puis après une fois qu'il voit qu'il vaut mieux tout dire ...

I : Les premières questions c'est gênant pour toi ou pour le patient ?

M : Pour eux je pense. il n'ose pas trop dire... après je leur dis écoutez il vaut mieux dire, il vaut mieux savoir s'il y a eu rapport ou pas, si c'est un bouton qui peut être lié à un rapport ou absolument pas, mais après non.

I : Toi tu es à l'aise avec ça ?

M : Oui je pense ouai.

I : Pourquoi pense ?

M : Oui ouais, si je suis à l'aise vraiment. Ouais ouais non mais vraiment, j'en parle pas mal de la sexualité, j'ai l'impression d'en parler pas mal de sexualité, mais c'est vrai que je demande pas forcément si c'est avec une femme ou un homme.

I : Est-ce que tu penses qu'il y a des choses dans ta relation avec le patient ou avec l'adolescent qui peuvent faire que ces choses-là sont plus facile à aborder ou plus difficile, est-ce que toi tu as déjà senti des difficultés avec certaines personnes?

M : Après moi j'étais la plus jeune du cabinet, alors souvent les mamans m'emmenent les ados parce que j'étais la plus jeune. Par contre a contrario j'ai l'impression que parfois ça bloque peut-être; il y avait des hommes qui osaient pas en parler, plus mûrs; de troubles de l'érection et d'autres, les plus de 60 ans on va dire, et maintenant je leur pose la question pour le coup, quand je renouvelle les traitements et ça se passe plutôt bien ils sont plutôt contents qu' on en ait parlé.

I : Et tu poses quelle question ?

M : S'il y a des troubles de l'érection. Directement. Si ça se passe bien avec leur femme s'il y a des troubles de l'érection. S'ils peuvent avoir des rapports de bonne qualité.

I : Pourquoi tu fais maintenant tu le faisais pas avant ?

M : Parce que j'en ai eu plusieurs qui m'ont demandé viagra ou autre, et du coup je m'étais dit qu'il faudrait peut-être que je pose la question quand même parce que mine de rien il y en a de plus en plus qui en réclame, donc... et puis je pense que les séniors ils vivent aussi de plus en plus longtemps en bonne santé donc ça en fait parti.

I : Et pour ça tu as eu du mal à...(interrompu)

M : Bah au début j'y pensais pas, c'est pareil je faisais le renouvellement de bêta-bloquant et autre, sans me poser trop de questions, s'il y avait des effets secondaires où liées au vieillissement aussi, et puis à force qu'il y en a eu quand même plusieurs qui m'en parle ou qui allait directement chez l'urologue ; je me suis dit "bah pourquoi il va voir son urologue il pourrait m'en parler". Donc maintenant j'en parle, et il y en a qui me bloque en disant non non le jour où je voudrais en parler j'irai voir l'urologue ou un de vos confrères, mais c'est assez rare finalement. La plupart sont un petit peu gênés au départ quand je leur pose la question, et puis après ils sont bien contents de pouvoir venir réclamer leur viagra ou...le Cialis ou...Et c'est un sujet de conversation entre eux parce que c'est: " ah mon copain il m'a dit que le Cialis ça marche mieux que le Viagra,"(en imitant le patient et en rigolant) enfin voilà c'est, C'est assez rigolo.

I : Toi c'est des choses qui sont pas compliquées pour toi à faire ?

M : Non non. Ca dépend des antécédents mais voilà on en parle et puis je leur dis qu'on en essaie un et qu'on verra bien ce que ça donne et du coup on en reparle le coup d'après...

I : Et qu'est-ce qui te fait penser que peut-être au début les hommes un peu plus matures par rapport aux plus jeunes il était moins à l'aise à parler de ça avec toi?

M : Bah parce qu'ils allaient voir l'urologue, ou... c'est suite à ce que plusieurs me réclament quand même, que je me suis mise à demander un petit peu plus à tous, à leur poser la question. Mais c'est vrai que moi j'attendais aussi qu'ils m'en parlent en me disant, que s'il y a un soucis ils me le diraient peut-être, et je pense qu'ils ne le faisaient pas parce que finalement quand on pose la question; bah oui il y a en effet des soucis et des fois ils sont bien contents du fait d'avoir un traitement.

I : Et pourquoi il t'a fallu ce temps-là pour poser la question ?

M : Ah non moi j'y pensais pas. je m'étais dit voilà, c'est un motif de consultation comme un autre et ils m'en parleront s'il y a besoin. Si on tend la perche on se rend compte que en effet ils en parlent plus facilement.

I : Et du coup chez les plus jeunes toi tu évoques ça facilement, tu as mis du temps ?

M : Bah chez les ados non, c'est... enfin j'essaie de le faire assez, en gros c'est assez fluide on va dire. mais je me rends compte qu'après 20 ans je pense moins, sauf renouvellement pilule chez les filles, parce que ça me semble important là je leur demande si ça se passe bien s'il n'y a pas de douleur. Mais là aussi j'ai été étonné des réponses en fait. Donc ça c'est suite à des questions. Pour des jeunes filles auxquelles je renouvelais la pilule depuis presque 2 ans, elles me disaient est-ce que c'est normal que ça me fasse encore mal et là on se dit : ah ?? Donc après et au final je trouve que c'est assez fréquent quand même. Donc du côté des filles mais du côté des hommes c'est vrai qu'ils ne viennent pas demander la pilule. Il y a moins le contexte la pilule ça

cerne un petit peu ce contexte quand même de sexualité. C'est vrai qu'ils viennent pas, les jeunes en tout cas ils ne viennent pas demander ni du viagra ni la pilule et du coup j'aborde moins la question avec les hommes jeunes.

I : Et pour toi pourquoi le contexte a facilité ?

M : Ben c'est quand on fait le tour un petit peu de la question. De la pilule est-ce qu'il y a pas des oublis, est-ce que tout se passe bien au niveau des rapports est-ce qu'il n'y a pas de soucis particulier. Alors que ouais quand ils viennent pour un certificat médical pour le hand, je vais leur demander s'ils ont pas mal quand ils font du sport, s'ils ne sont pas essoufflés de manière inhabituelle, voilà, mais peut-être moins, est-ce que les rapports sexuels se passent bien. (rire)

I : Et pourquoi pas ?

M : Ben oui pourquoi pas il faudrait que je pense (rires francs)

I : Quelque chose l'empêche ?

M : Non non c'est juste que je n'y pensais pas. Après ça dépend des patients aussi c'est selon comment on les connaît ou pas. mais euh... Non après c'est souvent quand ils viennent pour un bilan de MST en effet la du coup on creuse un petit peu, après c'est vrai que souvent... Les jeunes on les voit pas très souvent, c'est pour une entorse c'est pour un problème donc on s'occupe surtout du problème en question on élargit un peu moins.

I : Et quand tu dis c'est surtout selon comment on les connaît ?

M : Mais parce que des fois ils nous racontent un peu leur vie quand on les connaît bien, donc tiens " ça y est j'ai rencontré une copine, je vais m'installer avec.." Voilà là des fois on dit, est-ce que ça se passe bien ? les rapports aussi? c'est là où on propose aussi les bilan MST au passage, ou alors s'il nous dit « ma copine a une mycose il faut que je me traite aussi » bon bah là on en parle aussi. Et voilà, là c'est eux qui ouvrent un peu plus la porte aussi pour en parler.

I : D'accord.

M : Le fait de bien connaître c'est parce qu'ils racontent..., moi je papote beaucoup alors il me raconte sa vie (rire)

I : Et du coup après tout ce qu'on vient de dire par rapport aux questions que j'ai posé, qu'est-ce que tu penses, quels sont tes envies ou tes sentiments par rapport à la mise en jusqu'à 26 ans en médecine générale?

M : Moi je trouve que c'est quand même pas évident de questionner sur... alors moi poser la question c'est pas un soucis mais est-ce que vraiment on arrive à cibler ? voilà c'est ça c'est qu'ils arrivent pas, les filles elles viennent pour la pilule, elles viennent pour d'autres, pour des mycoses ; les hommes on les voit quand même rarement ou de temps en temps un bouton sur la quèque. Mais après, à part ça on les voit quand même assez rarement, et du coup il faut introduire dans une consultation qui a absolument rien à voir avec la sexualité donc c'est ça qui je pense me semble un petit peu plus compliqué en effet, mais après pourquoi pas. Il faut voir comment tourner la conversation, vu que ça papote. Et après ben oui proposer la vaccination s'il y a homosexualité ou bisexualité, dire que... expliquer que la vaccination elle ne protège pas seulement contre le cancer de l'utérus.

I : Pourquoi c'est difficile à cibler du coup, si on creuse un petit peu plus?

M : Parce qu'ils ne viennent pas pour ça. Donc après s'ils veulent bien en parler et que... poser des questions sur la sexualité alors qu'ils sont venus pour une entorse de cheville et après leur demander s'ils sont homosexuels ou pas et reparler encore de la vaccination derrière c'est vrai que c'est, c'est pas un motif de départ on va dire, c'est surtout ça je pense qui peut coïncider

I : Qu'est-ce qui fait que demander s'ils sont homosexuels ou pas ça peut coïncider ?

M : Ben moi il me semble qu'il faut un motif, parce que... le motif ça peut être la vaccination en effet... ouais ça peut être un motif (en réfléchissant). Parce que voilà il faut une bonne raison de le poser autrement... on s'en fiche pour tout le reste. Pour l'entorse, on s'en fiche qu'il soit homosexuel ou pas donc c'est ça.

Non mais peut-être qu'en effet, je suis en train de réfléchir en même temps, peut-être de se poser la question en effet tous ceux de moins 26 ans qu'on voit, et leur dire qu'en effet il y a un vaccin qu'il faut faire chez les plus jeunes et demander s'ils ont des rapports homosexuels ou pas à ce moment-là, et voir après.

I : Tu penses que ça c'est réalisable ?

M : Ouais peut-être, ça dépend des consultations aussi. Quand c'est entre deux qu'on rajoute vite fait parce qu'il y a une entorse il y a le facteur temps aussi donc, il y a tellement de choses à aborder dans tous les sens que voilà il n'y a pas que ça.

On parle de la cigarette on parle de l'alcool, on parle de tout ce qui est prévention, donc c'est sûr qu'on abordera pas tout, donc à voir selon le contexte si on est pas trop pressé, qu'on prend le temps, qu'on parle un peu... moi je pense que c'est réalisable sans problème; et si c'est la consultation entre deux qu'on a rajoutée, qu'on est crevé ou que c'est le soir, voilà je pense que le contexte joue beaucoup. C'est dans tout ce qui est en prévention en général, parce que éteindre les feux on fait, prévention on fait plus quand on a le temps. C'est un peu dommage mais...

I : Et par rapport aux patients tu penses que c'est réalisable ?

M : Oui je pense. Vu qu'en même temps c'est les mêmes que j'aurais enquiné avec les préservatifs quelques années avant (rires) je pense ouais.

Je pose les questions de manière assez anodine d'ailleurs et après ...

I : Quel rôle toi tu te vois jouer dans cette recommandation ?

M : Bas c'est un rôle d'information je pense surtout. information et de prévention. Et oui d'information, dire en effet qu'il y a cette vaccination-là qui existe qu'on peut la faire, qu'on la fera peut être de plus en plus dans les prochaines années, ou pas... Donc ouais faut la, c'est la conversation ouverte et comme ça, ça permet d'en reparler lors d'une autre consultation aussi. Des fois les gens on leur pose la question sur le coup on a l'impression que... et puis des fois ça chemine et c'est eux qui nous en reparlent le coup d'après. Pour d'autres sujets ça fait souvent ça, donc là pourquoi pas. Ça permet de laisser avancer les choses au niveau des autorités et que ça s'éclaircisse des fois (en riant)

I : Et pour finir un petit peu, est-ce que la discussion qu'on vient d'avoir sur le Gardasil chez les HSH ça va modifier un petit peu ta pratique... (interrompu)

M : Ouais j'essaierai peut-être plus, d'essayer de poser peut-être plus la question de la sexualité des jeunes.

I : Et pourquoi du coup?

M : Bah pour les informer sur la vaccination derrière, leur proposer le vaccin. Oui parce qu'après le reste, alors sauf s'ils me disent, qu'ils m'expliquent qu'ils font un grand n'importe quoi. Mais à part ça après au niveau du suivi je ne pense pas que ça change grand chose, donc voilà

I : Merci

ENTRETIEN V7 27min 30 sec

I : intervieweur

M : médecin

I : Bonjour je suis Mlle LOPEZ RUIZ Mathilde merci beaucoup de me recevoir. Au cours de cet entretien ce qui m'intéresse vraiment c'est plutôt ton ressenti pas du tout les connaissances théoriques. je vais donc parfois un peu insister sur le ressenti.

Le conseil de santé publique a émis un rapport en 2016, il fallait rendre disponible le vaccin contre le papillomavirus pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes jusqu'à 26 ans dans les CeGIDD et les centres de vaccination.

Est-ce que tu pourrais me raconter une consultation durant laquelle tu as pu en discuter ou le proposer à un patient?

M: Alors non j'ai jamais eu l'occasion d'en discuter, de proposer. C'est vrai que le coming-out des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes au centre où je travaille est difficile. C'est comme c'est vraiment, très tabou je pense par rapport à un public comme centre de planif, où on va avoir du coup qui vont venir nous parler assez ouvertement voilà. Alors peut-être que je suis aussi conditionné c'est possible mais j'ai l'impression que... du coup ça s'est pas présenté. Déjà c'est un peu ou pas toujours très simple pour les femmes. Ouais après c'est un truc auquel je réfléchis, je me dis que je suis peut-être pas assez, pourtant il me semble que je suis plutôt un médecin assez avisé autour de la question, que je suis pas assez ouverte sur cette question là parce que je pense que dans le quartier il y a autant d'hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes que dans les autres quartiers, même si c'est peut-être un petit peu plus tabou. Donc non j'ai pas eu l'occasion de proposer.

I: Et qu'est-ce que tu entends par le fait que tu penses être un médecin plutôt avisé?

M : Je pense que je suis un médecin avisé parce que c'est quelque chose que j'ai en tête que les hommes peuvent avoir des relations sexuelles avec des hommes, que ça veut pas dire qu'ils se considèrent comme homosexuels pour autant, que ça peut être des histoires de rencontre sur internet, que c'est pas forcément défini comme quelque chose de gay. Que je pense que j'emets pas trop de jugement par rapport à la sexualité des gens en général. Que j'ai déjà eu des formations ou en tout cas des discussions avec ou autour de la prise en charge de personnes lesbiennes, de personnes gays; du coup je pense que par rapport à une certaine, enfin peut-être que c'est hautain ce que je dis (rire), que par rapport à un médecin qui va pas forcément travailler dans la santé sexuelle, voilà c'est, c'est que j'ai une expérience dans la santé sexuelle, que du coup voilà je suis pas bonne en traumatologie donc on peut pas forcément être bon partout du coup je serai pas faire un plâtre, mais la santé sexuelle je pense que j'ai certaines compétences maintenant.

I : D'accord. Et tu disais en centre de santé c'est peut-être un petit peu plus tabou chez les patients par rapport au planning pourquoi qu'est-ce qu'il y a de différent quand tu reçois les patients?

M : (réfléchie) qu'est-ce qui est différent? ... ouais c'est une bonne question. (blanc) En fait j'ai fait une fois un impair donc je me suis rendu compte. J'ai eu une expérience où je me suis rendu compte que j'avais considéré que ça allait de soit que la personne était hétérosexuelle ou elle était homosexuelle, et elle se trouvait dans une situation où elle a jamais osé me le dire du coup ça m'a vachement questionné sur... la manière dont je m'adresse aux patients etc., et en fait j'ai aucun patient qui m'a parlé du fait qu'il avait des rapports sexuels avec des hommes, et je pense pas avoir aucun patient, enfin statistiquement, qui a des rapports sexuels avec des hommes.

Alors moi j'ai beaucoup de famille. Je suis médecin famille, alors j'ai beaucoup de parents et d'enfants en consultation après au niveau culturel je pense que, peut-être il a aussi une différence. C'est-à-dire que dans les quartiers, il y a quand même parfois une homophobie sous-jacente qui est présente, et par contre parfois il y en a qui viennent en planning familial, revendiquer leur homosexualité du coup Je prend en charge plein de personnes trans au planning et du coup c'est pas parce qu'on est trans qu'on a hétéro ou homo, enfin voilà on peut être... il peut y avoir pleins de variations dans ses choix sexuels ce qui n'a rien à voir avec son identité du coup voilà. Après je sais pas je me trouve pas voilà... Autant j'ai certaines compétences sur certaines choses, autant je pense que là-dessus je peux m'améliorer encore.

I : Et du coup cette recommandation tu en avais quand même entendue parler et qu'est-ce que tu en penses ?

M : Moi je pense qu'il faudrait l'appliquer à tous les hommes, sans distinction de son type de sexualité parce-que en fait du coup ça permettrait de pas ne pas faire de distingo. Et puis on sait pas en fait qu'elle va être sa sexualité et puis on ne sait pas qu'elle va être sa sexualité à 17 ans, on peut pas forcément savoir à 30 ans si ça se trouve en aura des rapports sexuels avec des hommes. Du coup il y a des gens qui ont des rapports plus tardifs avec, voilà qui ont des variations dans leur sexualité, pas forcément jeune mais au contraire plutôt tardivement. C'est quelque chose qui est déjà appliqué en Australie depuis longtemps ça je sais, et puis en plus, comme dit souvent à un gynéco avec lequel je bosse, c'est un virus qui est sexiste, du coup ça permettrait aussi de protéger les femmes. Après ce qui est compliqué en France c'est que ce qu'on met en avant pour la vaccination c'est que c'est la protection personnelle en plus de la protection collective, et ce qui permet pas mal aux patients d'adhérer à la vaccination. Mais là dire à des jeunes et à des parents... en tout cas ce que je trouve bien c'est que ce soit jusqu'à 24 ans c'est ça ?

I : 26 ans

M : 26 ans (en se corrigeant) Parce que du coup on peut en parler en dehors du moment où il y a les parents. Parce que c'est ce qui est compliqué avec les ados, les jeunes filles. On leur dit parfois de parler de sexualité dans des conditions très traditionnelles : pas de rapport sexuel avant mariage, d'une seule personne du coup avec qui on aura des rapports sexuels toute la vie, ça peut être un peu compliqué, alors si les parents sont passés par ces histoires de cancers, que ce soit cancer du sein ou cancer de l'utérus, ou quoi que ce soit et bah en général il y a une grosse demande de vaccination. Mais sinon je vaccine assez peu en fait. J'avoue aussi, par conviction personnelle parce que je suis toujours pas certaine de l'intérêt fondamental du vaccin ; mais ça c'est encore une autre question. Et du coup moi je pense que ça serait, c'est une très bonne chose que ce soit enfin disponible pour les hommes mais ce serait mieux que ce soit pour tout le monde. Ça serait plus simple.

I : Est ce que tu as en tête une consultation avec un homme qui a des rapports sexuels avec des hommes ?

M : ouais le dernier, il y a 15 jours.

I : Est-ce que tu peux me décrire ?

M : Alors en fait c'est une conseillère (conseillère conjugale et familiale) qui est venue me chercher, la dernière consult, pour une histoire de dépistage des IST. Et puis bah du coup je me suis présentée, voilà il avait des questions sur une histoire de chlamydia je crois. Et du coup moi je savais pas, ça se voit jamais sur la tête des gens quelle est leur orientation sexuelle, du coup comme d'habitude j'ai dit "votre ou vos partenaires" et puis en fait c'est au décours de la conversation qu'il a fini par dire: "oui parce que mon copain "etc. Et du coup voilà c'est là ou... du coup le discours change peu.

I : Lui il avait environ quel âge?

M : C'était un jeune, il devait avoir environ, je sais pas, autour entre 17 et 19ans je dirais.

I : Et toi comment tu t'es sentie pendant cette consultation?

M : Assez à l'aise je crois. Et je crois que lui il parlait assez facilement de sa sexualité et puis... et puis oui non il n'y a pas eu de.... je me suis juste dit et ben j'ai bien fait de dire ça comme ça pour pas fermer la porte et puis voilà.

I : Et tu dis qu'il n'y a pas facilement de coming out, mais est-ce que toi ça t'es déjà arrivée d'avoir une consultation où tu supposais, pour toi qu'il y avait ambiguïté sur l'orientation sexuelle d'un patient que tu avais en face de toi? Qui t'a marqué que tu pourrais me raconter?

M : Bah du coup ouais. Un patient qui est célibataire qui a 45/50 ans qui me demandait un dépistage des IST et du coup pareil "vous et vos ou votre partenaire..." (interrompu par le téléphone qui sonne quelques sonneries) et ...et du coup j'ai eu cette réaction: "ah non non mais moi les hommes pas du tout" donc bon voilà je me suis trompée. C'est vraiment cette histoire c'est trouver une formulation quand on interroge sur les violences comme quand on interroge, je pense que c'est des choses qui se peaufine, comme quand on interroge sur les drogues quoi. De savoir est-ce que ça se voit sur la tête des gens ou pas. Du coup il était un petit peu "ben non ben moi docteur jamais!!!" (en imitant le mouvement de recul du patient) je lui ai dit: "ah oui mais ça se voit pas sur la tête des gens"

I : Et toi quand il t'a fait cette réaction là pas de panique mais j'ai l'impression que le mimic un peu comme ça. comment tu réagis? Comment tu te sens?

M : Non mais en fait moi j'explique généralement que ça ne se voit pas sur la tête des gens et que, et qu'on peut pas savoir. J'ai pas eu de réaction trop trop violente, non jamais.

I : De la part du patient ?

M : Patient j'ai pas eu.

I : Pourquoi tu dis que tu t'interroges un petit peu sur cette manière d'aborder les choses donc ce genre de réaction ça te fait quoi? tu intériorises comment les choses?

M : (refléchi) Après je pense que, les choses.... En fait tu vois je pense que le truc fondamentalement différent entre le planning et le centre de santé c'est que je suis médecin traitant depuis de nombreuses années. Ça fait maintenant 11 ans que je suis installée au centre de santé et je suis médecin traitant, et je suis aussi médecin de famille dans le sens vraiment typique du médecin de famille. C'est-à-dire que je suis des grand-mères, des parents, des petits-enfants, des fois je suis 4 générations de patients. Du coup, voilà je pense que c'est ça qui me plaît dans ce boulot et du coup ce truc là je sais pas s'il y a aussi des choses que les patients vont dire au fur et à mesure, qu'ils ne vont pas dire forcément au début et qu'ils vont pouvoir me dire. Après il y a des patients qui ne vont pas oser peut-être me dire des choses parce que je connais toute la famille, ça aussi c'est possible, et puis sinon bah, oui alors après peut-être qu'il y a cette histoire de jugement. C'est la question qui peut se poser est-ce que mon docteur m'a jugé que j'allais être comme si que j'allais être comme ça. Mais je pense que ça moi, je sais assez bien le relativiser, je leur dis. " oh bah non.." voilà comme quand je les interroge" est-ce que vous fumez du cannabis" il y a quand même énormément de population sur le quartier qui fume du cannabis" oh bah non docteur" je leur dis" ben oui mais bon ça se voit pas, il y a 1 700000 personnes qui fument du cannabis en France on peut pas savoir du coup"...

I : Donc toi tu te sens à l'aise pour gérer ça?

M : Si je suis pas si bonne que ça au centre de santé c'est que je dois pas être si à l'aise que ça, je dois avoir des freins un petit peu je suppose, parce que sinon je pense qu'on aurait... autant la première fois que j'ai pris en charge quelqu'un de trans en coming-out c'était au centre de santé c'était pas au planning. Autant je me dis, j'ai l'affiche maintenant du planning dans mon bureau, sur la prise en charge gynéco des lesbiennes alors je me dis peut-être qu'il va y avoir plus de gens qui vont dire les choses tranquillement.

I : Parce que tu penses que ça peut être un moyen pour les libérer ?

M : Oui d'avoir des trucs, bien sûr si on a une affiche prévention sur les violences. Par exemple j'ai sorti un truc de l'Inps sur la prévention des attaques sexuelles, enfin des agressions sexuelles vers les mineurs, et on le photocopie et on leur sort régulièrement on le laisse sur notre bureau avec ma collègue. On fait beaucoup de pédiatrie aussi, et bah les parents ils s'en saisissent, ils en prennent, ils le regardent. Ça nous permet d'ouvrir la question là dessus et il le ramène chez eux, à la maison pour en parler avec leurs enfants. Si j'avais pas ça, bah ça serait peut-être plus compliqué de je parlais de, de faire la prévention, d'en parler. Donc moi je pense que si on a des trucs, après c'est compliqué parce qu'il faudrait avoir pleins de choses dans son bureau et dans sa salle d'attente, mais je pense que ça peut aider, clairement.

I : Est-ce que tu as un exemple de consultation chez un ado ou un homme de moins de 26 ans avec lequel tu aurais parlé de sexualité, du vaccin?

M : Oui oui ça ça m'arrive assez bien. Maintenant que les préservatifs on les prescrit, du coup c'est aussi un bon moyen de parler contra et... j'ai un peu pesté le début sur cette histoire de remboursement de préservatifs, ça peut paraître un peu idiot mais parce que, (réfléché) je me disais que ça pouvait être quand même mieux s'ils pouvaient être disponibles gratos directement en pharmacie, qu'il y avait pas forcément besoin d'une consultation pour ça, et que ça restreignait du coup l'accès. En fait c'était ça, je me disais il suffit juste que les préservatifs gratuits soient plus faciles d'accès, ça serait plus simple. Bon c'est pas parfait mais c'est déjà bien qu'on puisse les prescrire. Mais je pense que s'il était gratuits et disponibles partout ça serait encore mieux enfin perso. Et du coup, là j'ai, en tête un jeune avec qui j'ai discuté, il était hyper content de savoir que c'était remboursé. On parlait de sexualité tranquillement, il y avait pas de soucis. Moi je fais partie de la commission santé des femmes au centre de santé, on a fait l'enquête contraception. Enfin moi parler de sexualité avec les jeunes ça va mais faut vraiment faire sortir les parents quand ils viennent accompagnés.

I : Et avec les jeunes garçons?

M : Alors c'est plus facile avec les filles parce qu'effectivement on peut attraper le truc contraception. Moi je vois avec mes jeunes patientes, c'est un truc que j'avais hyper facilement et effectivement j'ai un peu plus de mal avec les garçons. Tu vois, tu viens de me faire dire qu'il faudrait que je leur dise que c'est remboursé et que du coup il peut venir pour ça si un jour ils veulent venir en parler.

I : Le préservatif ?

M : Ouais ça peut être un bon moyen de.... parce qu'il faut trouver un mode d'accès qui ne les choque pas les ados, c'est pas la même chose que des adultes un peu plus grand. Quand ils sont un peu loin de tout ça on peut avoir autant des jeunes à 14 ans ils peuvent autant avoir des premiers rapports que encore jouer aux billes et à la poupée, enfin voilà assez varié donc il y en a qui peuvent se dire” mais elle est complètement folle de me parler de ça maintenant” et d'autres qui peuvent dirent “ah ouais d'accord et ben je saurais, j'y suis déjà allé...” “d'ailleurs en interrogeant comme ça de manière systématique une jeune fille, je lui ai permis de prendre la pilule du lendemain d'aller au planning, d'éviter une grossesse donc c'est important.

I : En fait tu as interrogé la patiente sur sa contraception?

M : Bah dans la consultation systématique : “ comment tu vas na na na, na na na... tu fumes, tu bois ton sommeil est de bonne qualité, tu sais que tu peux venir pour la contraception etc...” et elle m'avait dit ça ouais.

De systématiser c'est bien. Et tu vois du coup grâce à toi j'ai une manière, parce que c'est ce que je dis c'est en ça qu'on améliore ses compétences en fait, il faut trouver la manière de formuler, moi c'est la seule chose que j'apprend aux internes, c'est comment est-ce qu'on se comporte en consult et la manière de formuler les choses, la médecine ils le savent mieux que moi en général après l'internat...

I : Et après avoir discuté de tout ça qu'est-ce que tu penses et comment tu ressens le fait de mettre en place cette vaccination en médecine libérale dans ce contexte des HSH de moins de 26 ans?

M : (blanc) Bah ça serait un vrai enjeu je dirais dans ma patientèle.

I : Pourquoi un enjeu ?

M : Bah déjà un enjeu de dépistage des HSH quoi. C'est ça qui est compliqué. C'est de préjuger et de devoir interroger les personnes sur l'orientation sexuelle. Les gens n'ont pas forcément envie d'en parler, parce qu'ils ont pas forcément envie... Enfin je pense qu'à mon avis ils préfèrent pouvoir le dire à leur médecin si c'est possible, mais après c'est le frein vraiment que je vois

I : C'est marrant parce que tu as le thème de préjuger, c'est intéressant?

M : Pas de préjuger, mais de devoir, enfin... tu vois c'est-à-dire qu'il faut déjà interroger pour savoir quelle est l'orientation sexuelle, donc la connaître donc effectivement poser la question à tout le monde mais du coup, ça fait une double étape. Déjà il y a des freins à la vaccination en général je trouve et du coup ça fait une double étape qui est compliquée. C'est surtout ça. Et puis en fait il y a aussi un autre truc c'est qu'on les voit pas toujours, ils sont en bonne santé et c'est pas un âge, il faudrait interroger systématiquement à 25 ans quand il y a le vaccin rappel du DTP, c'est la question c'est à quel moment, parce-que des fois les jeunes on les voit pas du tout à cette période-là, moi je trouve, ils viennent rarement vous voir pour un rhume, sauf ceux qui font du sport pour le dépistage du sport, mais il y en a qui font pas de sport. Du coup je trouve que c'est une période de la vie, à part ceux qui ont des problèmes de santé et que du coup on connaît bien... du coup c'est pas évident.

I : Et mise à part le fait qu'on les voit pas beaucoup si on creuse vraiment qu'est-ce qui rend les choses difficiles dans la barre de cette sexualité chez ces jeunes?

M :(longue pause). En fait, moi c'est vrai que je la base plus sur la nécessité ou pas d'avoir un dépistage est-ce que vous avez besoin d'un dépistage des infections sexuellement transmissibles, j'ai pas complètement intégrer cette histoire de vaccination alors, parce que en me bornant à ça c'est un truc que je fais assez systématiquement, c'est pas forcément à questionner sur l'orientation sexuelle, parce que ça met un petit peu égal du coup ça n'a pas forcément de... mais c'est vrai que là du coup il faudrait que je creuse autrement. Parce que je

pourrais très bien dire, est-ce que vous avez besoin que je vous prescrive le préservatif, sans forcément aborder la question de l'orientation sexuelle. Comment l'aborder. Ouais au moment de la vaccination à 25 ans et pour les gens qui ont des rapports sexuels avec les hommes, ouai un peu systématiquement peut-être comme ça, ça pourrait être pas mal.

I : Et enfin pour faire une petite conclusion dans quelle mesure la même discussion qu'on vient d'avoir, notre entretien pourra peut-être changer un peu tes pratiques ou même juste éveiller quelques curiosité?

M : Ben sûr ce qu'on vient de dire à quel moment on peut poser la question. Enfin parler du vaccin là c'est juste ça. Avec du coup un argumentaire. J'avoue je suis déjà pas ultra convaincu de la vaccination du Gardasil® chez les femmes, c'est peut-être pour ça que j'ai pas, je ne me suis pas penchée non plus chez les hommes, c'est peut-être...

I : Juste pour comprendre un petit peu qu'est-ce qui peut interagir avec cet accident chez les hommes pourquoi tu es convaincu?

M : bah c'est qu'on est pas, on n'a pas vraiment énormément de recul sur la prévalence du recul des cancers, vraiment des cancers, que le risque de Guillain-Barré il est quand même, il est faible mais il existe, et donc faire prendre un risque faible mais dramatique pour une incertitude par rapport à une autre maladie grave je sais pas si dans la balance bénéfice-risque c'est forcément bien. Et si, après c'est peut-être entraîner, j'ai l'impression que j'ai un abord de la gynéco assez simple et que du coup voilà j'arrive à ce que mes patientes et un dépistage assez régulier quand même de frottis, on en parle assez facilement exetera. Après, en plus là ils vont bientôt changer les reco sur le dépistage, sur les frottis etc., ça va plus être tous les 3 ans mais tous les 5 ans ou juste on va chercher un HPV, du coup ça va être encore plus simple pour les femmes, du coup je sais pas, pour l'instant tu vois je suis pas sûr de vacciner mes filles.

Peut-être que c'est scientifiquement invalide ce que je dis mais même Prescrire.... enfin voilà je sais pas.

I : ok merci

SERMENT D'HYPPOCRATE

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*
- *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*
- *Admis (e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*
- *Respectueux (se) et reconnaissant (e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*
- *Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.*

RESUME :

Contexte : Devant l'augmentation de l'incidence du cancer anal causé par l'HPV, le HCSP propose depuis 2016 de rendre disponible la vaccination anti HPV pour les HSH jusqu'à 26 ans dans les CeGIDD et les centres publics de vaccination. Certaines études révélant que tous les CeGIDD ne la proposent pas, il nous a semblé opportun de nous intéresser au point de vue des médecins généralistes, acteurs privilégiés de la prévention vaccinale.

L'objectif : Recueillir l'opinion des médecins généralistes concernant la vaccination anti HPV des HSH jusqu'à 26 ans et son applicabilité en médecine générale.

Méthode : Etude qualitative par entretiens individuels semi dirigés, avec un échantillonnage tendant vers la variabilité maximale et analyse phénoménologique par théorisation ancrée jusqu'à saturation des données.

Résultats : Les médecins, pourtant favorables, ne proposaient pas la vaccination anti HPV. Il ne se sentaient pas à l'aise avec la nécessité de connaître l'orientation sexuelle de leurs jeunes patients, au début de l'expérimentation de leur vie sexuelle, au risque de les stigmatiser. L'abord de ce sujet intime, nécessitait du temps et de la confiance, alors que les jeunes hommes consultaient peu. Ils la trouvaient peu claire, et ne l'avaient pas intégrée ; pour eux, elle n'était qu'une étape vers la vaccination Universelle.

Conclusion : Notre travail met en lumière les limites de l'application de cette recommandation liée aux difficultés ressenties par les médecins généralistes pour cibler une population sur une caractéristique sexuelle stigmatisante, chez des jeunes ; ainsi qu'à un manque de clarté et d'information.

MOTS CLES : Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, HSH, Vaccination anti HPV, HPV, médecins généralistes.