HAL
open science

Élargissement de la vaccination anti-papillomavirus aux gar ons : acceptabilité par la population masculine et par les médecins libéraux

Berengère Chardon

To cite this version:

Berengère Chardon. Élargissement de la vaccination anti-papillomavirus aux gar ons : acceptabilité par la population masculine et par les médecins libéraux. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03127345

HAL Id: dumas-03127345

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03127345v1

Submitted on 1 Feb 2021

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.

U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2021 Thèse n° 3

ELARGISSEMENT DE LA VACCINATION ANTI-PAPILLOMAVIRUS AUX GARÇONS : ACCEPTABILITE PAR LA POPULATION MASCULINE ET PAR LES MEDECINS LIBERAUX

THESE POUR L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETAT

DE DOCTEUR EN MEDECINE

Spécialité : MEDECINE GENERALE

Présentée et soutenue publiquement le 11 janvier 2021

Par

Bérengère CHARDON

née le 22 décembre 1993 à Laxou (54)

PRESIDENT DU JURY :	Monsieur le Professeur Charles CAZANAVE
RAPPORTEUR :	Monsieur le Docteur Christophe ADAM
MEMBRES DU JURY :	Monsieur le Professeur Dominique DALLAY
	Monsieur le Docteur Yves MONTARIOL
	Monsieur le Docteur Amaury BARRET
DIRECTEUR DE THESE :	Monsieur le Professeur Jean-Luc BRUN

RESUME

Introduction : Les programmes de vaccination contre le papillomavirus mis en œuvre en France n'ont pas permis une amélioration de la couverture vaccinale des filles. La vaccination universelle pourrait à la fois avoir un impact sur celle-ci, et permettre la diminution de l'incidence des lésions pré-cancéreuses et cancéreuses de la sphère ano-génitale et pharyngée chez les hommes. Nous avons voulu connaître son acceptabilité auprès de la population masculine et des médecins.

Matériels et méthodes : L'étude se compose de deux parties. La première est une étude descriptive, transversale, menée auprès des garçons et jeunes hommes âgés de 12 à 26 ans sous la forme de questionnaires diffusés dans des structures de soins. La deuxième est une étude qualitative réalisée auprès des médecins par le biais d'entretiens semi-dirigés téléphoniques.

Résultats : 44 patients ont répondu au questionnaire. Plus de 80% déclaraient accepter la vaccination. L'argument prédominant en faveur de la vaccination était le fait de limiter la transmission, et celui en défaveur était le manque d'information. Onze entretiens ont été réalisés auprès des médecins, qui étaient globalement favorables à la vaccination. Seulement deux médecins (soit 18%) n'étaient pas certains de proposer le vaccin aux garçons. Les principaux freins étaient la méconnaissance du sujet, le fait d'aborder la sexualité en consultation, et le manque de recul.

Conclusion : L'acceptabilité de la vaccination HPV paraît bonne mais l'amélioration de la couverture vaccinale nécessite un effort d'information au grand public, une meilleure formation des professionnels de santé, et une éducation à la sexualité. Ayant de bons résultats à l'étranger, la vaccination en milieu scolaire semblerait être bénéfique.

Mots-clefs : vaccination anti-HPV, papillomavirus, acceptabilité

ABSTRACT

Introduction : The papillomavirus vaccination program implemented in France has not improved the immunization coverage of girls. Universal vaccination could have a positive impact on the previous point, and moreover reduce the incidence of anogenital and oropharyngeal pre-cancers and cancers. We estimated its acceptability among males and doctors.

Methods : The study is divided into two parts. The first is a descriptive, cross-sectional study carried out among boys and young men aged between 12 and 26, who answered questionnaires which were distributed in healthcare structures. The second is a qualitative study conducted with doctors through semi-structured telephone interviews.

Results : 44 patients completed the questionnaire. More than 80% accepted the idea of male vaccination. The predominant argument in favor of vaccination was to limit transmission, and the negative was the lack of information. 11 interviews were carried out with doctors. 9 of them were in favor to vaccinate boys and two were reluctant. The major obstacles were ignorance of the subject, difficulty to approach sexuality in consultation, and lack of perspective.

Conclusion : The acceptability of HPV vaccination seems good, but improving vaccination coverage requires an effort informing the population, better training of health professionals, and sexuality education. Having good results abroad, school vaccination appears to be beneficial.

REMERCIEMENTS

Aux membres de mon jury de thèse :

A Monsieur le Professeur Charles Cazanave, pour me faire l'honneur de présider ce jury de thèse et de porter de l'attention à ce travail.

A Monsieur le Professeur Jean-Luc Brun, pour avoir encadré ce travail. Je vous remercie pour votre expertise et votre intérêt porté à ma thèse.

A Monsieur le Docteur Christophe Adam, rapporteur et membre du jury. Merci d'accepter de juger ce travail et d'apporter vos remarques pertinentes pour l'améliorer.

A Monsieur le Professeur Dominique Dallay, et Monsieur le Docteur Yves Montariol, pour m'honorer de votre présence comme membres du jury.

A Monsieur le Docteur Amaury Barret. Merci pour ton aide si précieuse pour ce travail, pour tes conseils avisés et ta bienveillance. Merci pour ton écoute et ta disponibilité.

Aux médecins ayant accepté de participer à ce projet. Merci de m'avoir accordé de votre temps. Au Professeur Salamon, et Benjamin, son interne, pour votre aide méthodologique.

A mes maîtres de stage et enseignants tout au long de mes années d'internat, et notamment aux Docteurs De Beaulieu et Godart, pour m'avoir fait faire mes premiers pas en médecine générale libérale ; aux gériatres de l'hôpital d'Arcachon, pour votre bienveillance. A mes maîtres de stage de dernier semestre pour m'avoir permis d'approfondir mes connaissances et ma capacité à prendre soin de mes patients : à Véronique et Guillaume, à Brigitte et Patrick, pour votre disponibilité et votre gentillesse. Et notamment merci à toi, Véronique, pour ton aide à réaliser mon projet de gynécologie, tes conseils, et tes encouragements à poursuivre cette voie.

Remerciements personnels

A toi, Maman, pour m'avoir donné goût à la médecine, pour m'avoir appris l'empathie et le bon soin de ses patients. Merci pour ton soutien indéfectible et ton amour constant.

A toi, Papa, que je sais si fier aujourd'hui. Merci pour ta présence à mes côtés et l'amour que tu me portes.

A mes sœurs, Clotilde et Anne-Solenne. Vous êtes ma plus grande force, votre soutien m'est indispensable.

A mes adorables neveux et nièce, Louise, Baptiste et Marcel, que j'aime de tout mon cœur.

A mes grands-parents, partis trop tôt, vous auriez été si fiers en ce jour. A toi, Mamie, qui me manque chaque jour même si je sais que tu veilles sur moi.

A Benoit, je te considèrerai toujours comme mon grand-frère.

A mes tantes, oncles, et mes cousin(e)s : Hubert, mon parrain, les Dubernay et les Thomas.

A ma marraine Myriam, et à Xavier pour votre accueil permanent et votre générosité sans faille. A mes cousin(e)s de cœur avec qui j'ai grandi : notamment à Paul, Luc, Marie-Cécile ; Clotilde, Blandine, Elisabeth. A la famille Maury, à Bon Papa et Bonne Maman pour votre accueil.

A toi, mon cœur, ma plus belle rencontre de cet internat. Merci pour ton soutien, ta patience, tes petites attentions au quotidien, et pour tout l'amour que tu me portes. Tu m'as pris la main, et la vie est plus simple à tes côtés. A nos projets à venir.

A Zoé, mon amie de toujours. La distance complique les choses mais 22 ans après tu es toujours à mes côtés. A mes amis de Nancy, Domanie-Eve, Constance, Léa, Clémence, Christelle, Florian, Rémi, Baptiste, Paul. Je ne vous oublie pas, malgré des chemins parfois différents. A nos projets de vie, je vous souhaite d'être heureux.

A mes amis de l'externat, à notre vie étudiante. A Marie, à nos joies et nos peines, à notre incroyable voyage à la Réunion, à notre projet de visiter le Pérou. A Erwan, une nouvelle vie commence et je suis fière de toi. A Victor et Nargess, à notre amitié au fil du temps. A Hélène, Romain et Mélanie, Jungling, à la team d'Epinal, malgré la distance, et à tous les autres.

A mes colocs et tellement plus, Lara, Elise, Béré et Naïs, devenues des amies si proches et indispensables à ma vie. Je n'aurais jamais osé espérer rencontrer des personnes comme vous en arrivant à Périgueux. A Rominou, coloc par intermittence. A Minouche bien sûr, comment ne pas la citer, fidèle compagnon (~~de travail~~) de chill les jours de pluie.

A ma Dudu, pour la limpidité de tes sms et pour nos après-midis en suites de couche. Je sais que je peux compter sur toi.

A mes co-internes et compagnons de galère. A notre belle équipe des urgences, et notamment à Oury et Adrien ; à mes co-internes de gygy. A ma team Pédiagen, Auriane, Barbiche, Clara, Flavito, Val, et Marie, et à nos tisanes du vendredi matin. A Estelle, Deguin et Béa, nos collègues gynécologues, pour les staffs du pôle mère-enfant sur le terrain de pétanque. A tous les autres agenais, en particulier à Etienne, Gigi et Pierric.

A tous les fratés de Périgueux, et en particulier à Bobo, Sese, Steven. A Diane et Maxence et votre petite princesse. Merci d'avoir rendu ce premier semestre mémorable.

A la famille Marlien, pour votre accueil et votre gentillesse à mon égard.

Et à tous ceux que j'oublie, une liste exhaustive prendrait 10 pages…

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS **8**

INTRODUCTION **9**

PREMIERE PARTIE : ETAT DES CONNAISSANCES **10**

1. LE PAPILLOMAVIRUS HUMAIN **10**

1.1 Le virus 10

1.2 Mode de transmission 10

2. HISTOIRE NATURELLE DE L'INFECTION A PAPILLOMAVIRUS HUMAIN ET RISQUE DE NEOPLASIES INTRAEPITHELIALES **11**

2.1 Clairance des infections à HPV 11

2.2 Persistance des infections à HPV 11

2.3 Lésions bénignes 11

2.4 Lésions pré-cancéreuses induites par le papillomavirus 12

3. CANCER DU COL DE L'UTERUS **13**

3.1 Epidémiologie du cancer du col de l'utérus 13

3.2 Dépistage des lésions pré-cancéreuses du cancer du col de l'utérus en prévention secondaire .. 14

3.3 Vaccination 16

3.3.1 *Généralités sur la vaccination* 16

3.3.2 *Recommandations vaccinales* 17

3.3.3 *Justification de l'extension vaccinale* 17

4. AUTRES CANCERS INDUITS PAR LES HPV A HAUT RISQUE **20**

4.1 Cancers ano-génitaux 20

4.2 Cancers de la sphère ORL 20

5. JUSTIFICATION DE L'ETUDE **21**

DEUXIEME PARTIE : L'ETUDE **22**

1. MATERIEL ET METHODES **22**

1.1 Première partie de l'étude : acceptabilité par la population masculine *22*

1.1.1 Objectif de l'étude *22*

1.1.2 Type d'étude *22*

1.1.3 Population de l'étude *22*

1.1.4 Mode de recrutement et recueil des données *23*

1.1.5 Elaboration du questionnaire *23*

1.2 Deuxième partie de l'étude : acceptabilité par les médecins libéraux 24

1.2.1 Objectif de l'étude *24*
1.2.2 Type d'étude *24*
1.2.3 Choix de la méthode qualitative *24*
1.2.4 Population de l'étude et échantillonnage *25*
1.2.5 Mode de recueil des données *25*
1.2.6 Guide d'entretien *26*
2. RESULTATS **27**
2.1 Première partie de l'étude : acceptabilité par la population masculine *27*
2.2 Deuxième partie de l'étude : acceptabilité par les médecins libéraux *33*
3. DISCUSSION **41**
3.1 Principaux résultats *41*
3.2 Discussion des résultats *41*
3.2.1 *Connaissance de l'infection par le papillomavirus et du vaccin* 41
3.2.2 *La vaccination en consultation* 42
3.2.3 *Acceptabilité de la vaccination contre le papillomavirus* 44
3.3 Discussion sur la méthodologie *48*
3.3.1 *Limites et biais de l'étude* 48
3.3.2 *Forces de l'étude* 50
3.3.3 *Validité interne* 51
3.3.4 *Validité externe* 51
3.4 Pistes pour améliorer la couverture vaccinale ? 52
CONCLUSION **54**
BIBLIOGRAPHIE **55**
ANNEXES **60**
Annexe 1 : Le questionnaire patient ***60***
Annexe 2 : Le guide d'entretien ***64***
Annexe 3 : Entretiens ***65***
SERMENT D'HIPPOCRATE **77**

LISTE DES ABREVIATIONS

HAS : Haute Autorité de Santé

HPV : Human papillomavirus

ADN : Acide désoxyribonucléique

ORL : Oto-rhino-laryngologique

HLA : Human leukocyte antigen

CIN : Cervical Intra epithelial Neoplasia

LSIL : Low-Grade Squamous Intraepithelial Lesion

HSIL : High-Grade Squamous Intraepithelial Lesion

VIN : Vulvar Intra epithelial Neoplasia

AIN : Anal Intra epithelial Neoplasia

PIN : Penil Intra epithelial Neoplasia

VaIN : Vaginal Intra epithelial Neoplasis

OMS : Organisation mondiale de la santé

FCU : Frottis cervico-utérin

ASCUS : Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance

ASC-H : Atypical squamous cells – cannot exclude HSIL

AGC : Atypical glandular cells

INCa : Institut national du cancer

HCSP : Haut conseil de santé publique

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

HSH : Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes

INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

IST : Infection sexuellement transmissible

INTRODUCTION

Chaque année, en France, 3000 nouveaux cas de cancer du col de l'utérus sont recensés. Bien que l'incidence et la mortalité aient tendance à diminuer, ces chiffres placent le cancer du col au quatrième rang des cancers féminins dans le monde en termes d'incidence et de mortalité, et au huitième rang tous sexes confondus. Cette tendance à la baisse est liée au moins en partie au dépistage par un frottis cervico-utérin qui permet de détecter et de prendre en charge précocement les lésions cervicales. De plus, il s'agit du seul cancer qui puisse être prévenu par la vaccination, bien que celle-ci ne cible que certains génotypes du papillomavirus, et qu'elle ne dispense pas du dépistage.

La couverture vaccinale en France chez les jeunes filles est bien au-dessous des objectifs fixés par le Plan Cancer 2014 - 2019 car elle n'atteint que 24% en 2018 pour un schéma vaccinal complet, contre les 60% attendus.

Le cancer du col de l'utérus est donc un enjeu de santé publique, à la fois par son incidence et sa mortalité élevées, mais également en raison des opportunités de prévention et de dépistage qui s'offrent à nous. C'est dans ce contexte que la Haute Autorité de Santé (HAS) a émis de nouvelles recommandations en décembre 2019 en élargissant la vaccination aux garçons et jeunes hommes. Des études d'acceptabilité de la vaccination dans la population masculine ont été réalisées notamment aux Etats-Unis et semblaient plutôt favorables.

Le médecin généraliste est en première ligne pour proposer cette vaccination et constitue donc un levier essentiel pour diminuer l'incidence du cancer du col de l'utérus. C'est dans cet objectif que s'inscrit mon projet de thèse : évaluer l'acceptabilité de l'extension vaccinale auprès des principaux intéressés, c'est-à-dire les patients mais aussi les médecins libéraux.

PREMIERE PARTIE : ETAT DES CONNAISSANCES

1. LE PAPILLOMAVIRUS HUMAIN

1.1 Le virus

Les HPV appartiennent à la famille des *Papillomaviridae* (1,2). Ce sont des virus de petite taille (de 45 à 55 nanomètres de diamètre). Le génome viral, composé d'environ 8000 paires de bases, se présente sous la forme d'ADN dont seul un brin est codant. Ces virus possèdent une spécificité d'hôte très étroite.

A ce jour, plus de 120 génotypes sont connus chez l'être humain, caractérisés entre autres par leur tropisme cutané ou muqueux. Certains d'entre eux ont un potentiel oncogène à haut risque, et sont responsables de néoplasies et cancers du col utérin, mais également de cancers de l'anus, de la sphère ORL et de la vulve. Il existe 8 types fréquemment responsables de néoplasies et cancers du col de l'utérus quelles que soient les régions du globe : ce sont les types HPV 16, 18, 31, 33, 35, 45, 52 et 58. L'HPV 16 est le plus fréquemment retrouvé.

1.2 Mode de transmission

Le papillomavirus se transmet par voie sexuelle. Il s'agit de l'infection virale sexuellement transmissible la plus fréquente. L'infection est possible, même en l'absence de pénétration. Le préservatif constitue une méthode de protection partielle.

Le facteur principal de cette infection est le nombre de partenaires sexuels. Les autres facteurs sont la précocité des rapports et le tabagisme. Il est également décrit une transmission maternofœtale et manuportée, mais ces modes de transmission sont très peu fréquents.

2. HISTOIRE NATURELLE DE L'INFECTION A PAPILLOMAVIRUS HUMAIN ET RISQUE DE NEOPLASIES INTRAEPITHELIALES

2.1 Clairance des infections à HPV

La clairance virale est la résorption spontanée de l'infection en l'absence de traitement. Elle permet donc l'élimination du virus. Dans le cas du papillomavirus, elle est variable selon les types d'HPV : elle est moindre chez les HPV à haut risque, et notamment chez les HPV 16, 18, 31 et 33, pour qui les durées d'élimination sont les plus longues. La clairance virale est maximale au début de l'infection et diminue avec le temps, quel que soit le type d'HPV.

2.2 Persistance des infections à HPV

Seules les infections persistantes à papillomavirus sont responsables de lésions pré-cancéreuses. L'infection par l'HPV 16 présente le plus fort taux de persistance, et cette dernière serait plus élevée en cas de co-infection par plusieurs types d'HPV.

La définition de la persistance de l'infection est difficile à établir en raison de la méconnaissance du moment exact de contamination par le virus. Plusieurs facteurs interagissent avec les mécanismes par lesquels le virus persiste et induit des lésions : des facteurs liés au virus lui-même (types, variants, charge virale etc.), des facteurs liés à l'hôte (âge, groupe HLA, etc.), et des cofacteurs (le tabagisme, l'immunodéficience acquise, la co-infection à *Chlamydia trachomatis*, l'utilisation de contraceptifs oraux au long cours etc.).

2.3 Lésions bénignes

2.3.1 Les lésions cutanées

Il s'agit des verrues plantaires, vulgaires et planes communes, qui sont liées à des HPV à bas risque. L'épidermodysplasie verruciforme est une maladie rare caractérisée par une susceptibilité à l'infection par des HPV spécifiques.

2.3.2 Les lésions muqueuses

- Les condylomes acuminés : ils constituent la plus fréquente infection sexuellement transmissible.
- Les condylomes plans : mieux visualisés après application d'acide acétique.

2.4 Lésions pré-cancéreuses induites par le papillomavirus

2.4.1 Epidémiologie des lésions pré-cancéreuses et pathogénicité du virus

Les néoplasies intraépithéliales cervicales (CIN) sont des lésions asymptomatiques. Les CIN 1 correspondent à des dysplasies minimes, et régressent spontanément dans la plupart des cas. Elles correspondent, selon la classification de Bethesda, aux lésions malpighiennes de bas grade (LSIL). Ce sont les lésions les plus fréquentes de la femme jeune. Les CIN 2 et 3 regroupent les lésions malpighiennes de haut grade (HSIL). Leur prévalence augmente avec l'âge des patientes, et le risque d'évolution vers des lésions de haut grade est maximal avec le virus HPV 16. Ces lésions sont souvent découvertes dans les 2 à 3 ans qui suivent un frottis normal. Les données épidémiologiques récentes suggèrent une augmentation de l'incidence et de la prévalence des CIN et une diminution de la moyenne d'âge des patientes porteuses de la lésion. Une cohorte de 49 655 femmes vivant à Manchester entre 1988 et 1993 retrouvait une incidence de CIN3 maximale entre 25 et 29 ans (4% femmes par an) avec une baisse jusqu'à un taux inférieur à 1% après 45 ans. La régression de la lésion était plus rare que pour les néoplasies moins sévères (3). En Angleterre, il existe une augmentation du taux des CIN3 de 7% en quinze ans (entre 1989 et 2004) (4).

2.4.2 Néoplasies intraépithéliales

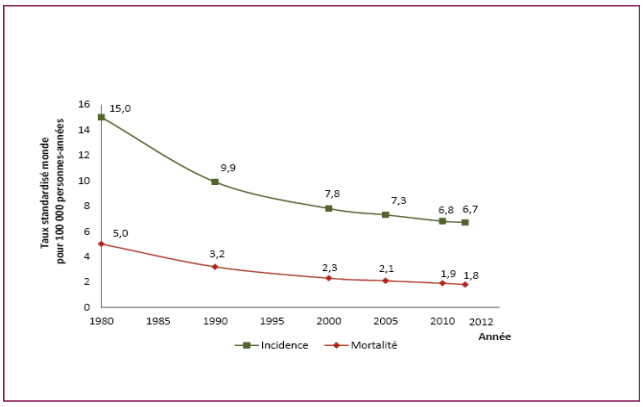
Ce terme regroupe l'ensemble des lésions précancéreuses cutanées ou muqueuses associées aux infections HPV (en incluant la maladie de Bowen et l'érythroplasie de Queyrat au niveau génital). Il existe les néoplasies intraépithéliales cervicales (CIN), mais aussi vulvaires (VIN), anales (AIN), du pénis (PIN) ou du vagin (VaIN).

3. CANCER DU COL DE L'UTERUS

3.1 Epidémiologie du cancer du col de l'utérus

Le cancer du col de l'utérus touche chaque année environ 3000 femmes en France métropolitaine. L'Institut National du Cancer publie annuellement un rapport « Les Cancers en France » ainsi que, tous les 5 ans, un rapport « Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine », en partenariat avec Santé Publique France, le réseau Francim des registres des cancers ainsi que le service de Biostatistique-Bioinformatique des Hospices Civils de Lyon (5–8).

Selon ce rapport, 2 920 nouveaux cas ont été recensés en 2018. L'incidence du cancer du col de l'utérus a diminué depuis 1980, avec toutefois un ralentissement de cette baisse depuis 2000. L'introduction du dépistage par frottis cervico-utérin dans les années 1960 permet d'expliquer, au moins en partie, cette tendance. Entre 2005 et 2012, nous pouvons observer une baisse de 1,2% du taux d'incidence en France métropolitaine. De la même façon, le taux de mortalité sur cette même période a baissé de 2%, avec 1 117 décès recensés en 2018. La prévalence partielle à 5 ans du cancer du col de l'utérus (c'est-à-dire les personnes diagnostiquées lors des cinq dernières années, qu'elles soient en rémission complète, ou guéries, ou en cours de surveillance) est estimée en 2008 à 12 374 femmes.



Evolution des taux d'incidence et de mortalité par cancer du col de l'utérus de 1980 à 2012 en France métropolitaine

Source :PartenariatFrancim/HCL/SantépubliqueFrance/INCa(Binder-FoucardF,2013).Traitement :INCa2016

En ce qui concerne les données internationales, selon l'OMS, 527 624 nouveaux cas ont été estimés dans le monde en 2012, dont 11,1% en Europe, ce qui place le cancer du col au quatrième rang des cancers féminins dans le monde (en termes d'incidence et de mortalité), après les cancers du sein, colorectal et du poumon, et à la 8ème place tous sexes confondus (en terme d'incidence)(9,10). En Europe, le taux d'incidence standardisée à la population européenne varie de 3,6 (Suisse) à 28,6 pour 100 000 (Roumanie). La France, avec un taux de 6,8 pour 100 000, se situe en dessous de la moyenne des pays d'Europe.

En termes de mortalité, 265 672 décès sont estimés en 2012, soit 7,5% de la mortalité féminine par cancer, dont 9% des cancers survenant en Europe. La France présente un faible taux de mortalité (1,9/100 000) parmi les autres pays européens.

Les survies nettes à 5 et à 10 ans (pour les femmes diagnostiquées entre 2005 et 2010) diminuent nettement avec l'âge, passant de 85% chez les 15-44 ans (78% pour la survie à 10 ans), à 31% chez les 75 ans et plus (22% pour la survie à 10 ans).

3.2 Dépistage des lésions pré-cancéreuses du cancer du col de l'utérus en prévention secondaire

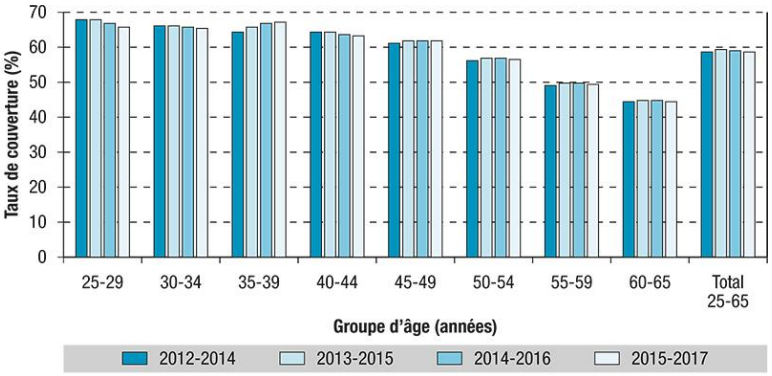
3.2.1 *Généralités*

Ainsi, le cancer du col de l'utérus est un véritable enjeu de santé publique. Il s'intègre dans le plan cancer 2014-2019, avec mise en place du Programme national de dépistage organisé, en cours de déploiement depuis 2018. Jusqu'alors, il reposait sur la réalisation d'une cytologie (frottis cervico-utérin) tous les 3 ans de 25 à 65 ans, après deux frottis normaux à un an d'intervalle. En juillet 2019, la Haute Autorité de Santé a publié de nouvelles recommandations pour les femmes âgées de plus de 30 ans, avec la réalisation d'un test HPV en première intention : celui-ci sera à réaliser 3 ans après le dernier frottis cervico-utérin, puis tous les 5 ans en cas de résultat normal. Ce test permettrait également une meilleure participation au dépistage car il peut être fait en auto-prélèvement (11).

3.2.2 *Taux de couverture*

Dans le Bulletin épidémiologique hebdomadaire traitant de la prévention du cancer du col de l'utérus, Santé Publique France présentait une étude sur la couverture du dépistage en France entre 2012 et 2017. Dans cette étude, le taux de couverture du dépistage avait été calculé à partir de données fournies par l'Assurance maladie, et y étaient inclues 17,8 millions de femmes entre 25 et 65 ans, résidant en France. Elles avaient été classées par tranches d'âge quinquennales, pour la France entière et par région et département. Au total, 10,4 millions de femmes avaient réalisé un frottis cervico-utérin au cours de la période 2015-2017, soit un taux de couverture national de 58,7%. Celui-ci diminuait de manière importante avec l'âge.

Figure 2 : Taux de couverture du dépistage triennal du cancer du col de l'utérus par groupe d'âge, par période glissante, France, 2012-2017



Note : Les taux pour la population cible « Total 25-65 » sont des taux standardisés.

Extrait de l'article : Couverture du dépistage du cancer du col de l'utérus en France, 2012-2017, n°22-23, 17 septembre 2019

L'amélioration de la couverture de dépistage, entre autres, fait du cancer du col de l'utérus un enjeu de santé publique. En effet, nous possédons des armes efficaces contre ce cancer : le dépistage organisé, et la vaccination contre le papillomavirus.

3.2.3 *Classification de Bethesda*

Le frottis cervico-utérin peut être fait selon la méthode conventionnelle, qui consiste en un étalement sur lame et fixation du prélèvement ; ou, le plus souvent, par cytologie en milieu liquide à l'aide d'une brosse qui recueille des cellules situées à la jonction entre l'endocol et l'exocol.

La classification de Bethesda est une classification cytologique. Les différentes catégories de frottis sont les suivantes :

- ASCUS : cytologie avec cellules malpighiennes atypiques de signification indéterminée
- ASC-H : cytologie avec cellules malpighiennes atypiques ne permettant pas d'exclure une lésion de haut grade
- LSIL : lésion épithéliale de bas grade
- HSIL : lésion épithéliale de haut grade
- AGC : frottis avec atypies glandulaires

Des arbres décisionnels concernant la prise en charge des différentes anomalies du frottis ont été réalisées par l'INCa (12).

3.3 Vaccination

3.3.1 *Généralités sur la vaccination*

La vaccination contre le papillomavirus a été introduite en France en 2007 chez les jeunes filles. Il existe à ce jour trois vaccins commercialisés dans l'Union Européenne contre les infections humaines à papillomavirus : Cervarix®, Gardasil® et Gardasil 9®. Ils se distinguent par le nombre de génotypes qu'ils visent, ainsi que par la nature et la quantité d'adjuvants. (13–15)

Le vaccin Gardasil® a été le premier à être commercialisé, et cible les HPV 6 et 11, responsables de lésions bénignes, et 16 et 18, à haut potentiel oncogène. Le vaccin Cervarix® cible les HPV 16 et 18. Le vaccin Gardasil 9®, arrivé sur le marché le 10 juin 2015, est indiqué pour l'immunisation active des individus à partir de 9 ans contre les lésions précancéreuses et cancers du col de l'utérus, du vagin, de la vulve et de l'anus dus aux sérotypes HPV 16, 18, 31, 33, 45, 52 et 58 ainsi que les condylomes acuminés dus aux types d'HPV 6 et 11. En effet, cinq génotypes ont été ajoutés dans ce dernier par rapport au Gardasil® car ces 9 génotypes sont à l'origine de 90% des cancers du col, 80% des lésions malpighiennes de haut grade, 70% des cancers du vagin, 40% des cancers de la vulve, 85% des cancers de l'anus et 60% des cancers du pénis.

3.3.2 *Recommandations vaccinales*

Avant décembre 2019, les recommandations vaccinales du Haut Conseil de santé publique étaient les suivantes :

- Pour les jeunes filles : entre les âges de 11 et 14 ans, et que toute opportunité, y compris le rendez-vous vaccinal de 11-14 ans, soit mise à profit pour initier la vaccination ou pour compléter un schéma vaccinal incomplet. Age de rattrapage limité à 20 ans (i.e. 19 ans révolus), car la vaccination est d'autant plus efficace que les jeunes filles n'ont pas encore été exposées au risque de l'infection HPV.
- Pour les hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes : avant l'âge de 26 ans, dans le but de réduire l'incidence des lésions précancéreuses et des cancers anaux ainsi que des condylomes.

En décembre 2019, la Haute Autorité de Santé a émis une nouvelle recommandation vaccinale fondée sur l'avis du HCSP (15,16). Ainsi, elle recommande l'élargissement de la vaccination anti-HPV par Gardasil 9® à tous les garçons âgés de 11 à 14 ans, avec un rattrapage possible entre 15 et 19 ans.

3.3.3 *Justification de l'extension vaccinale*

3.3.3.1 Le faible taux de couverture vaccinale

Le plan Cancer 2014 – 2019 fixait un objectif de 60% de couverture vaccinale chez les jeunes filles (17). La réalité est que celle-ci n'atteint pas cet objectif, avec seulement 29% en 2018 en France pour un schéma à une dose, et 24% pour un schéma complet.

En Belgique, la couverture vaccinale est faible puisqu'elle n'atteint que 30% chez les filles et est anecdotique chez les garçons. Depuis 2017, la vaccination a été élargie à la population masculine (18). Au Portugal et au Royaume-Uni, la couverture vaccinale est aux alentours de 85% (19).

3.3.3.2 Epidémiologie des infections à papillomavirus

Un quart de tous les cancers HPV-induits surviennent chez l'homme (16,20). Les plus fréquents sont les cancers oropharyngés, suivis des cancers de l'anus et du pénis. L'efficacité

du vaccin vis-à-vis des lésions précancéreuses de l'anus a été démontrée chez les HSH. Concernant les cancers de la sphère ORL et du pénis, les données sont en faveur d'une possible efficacité, sans que celle-ci ne soit encore démontrée.

3.3.3.3 Acceptabilité

Dans les enquêtes d'acceptabilité, la vaccination semble bien perçue à la fois par les patients, leurs parents et les médecins généralistes. L'hésitation vaccinale représente encore une grande proportion et serait liée au manque d'informations concernant ce vaccin, à l'absence de proposition par le médecin ainsi qu'à des doutes sur la sécurité du vaccin (21). Une étude Canadienne a cherché à évaluer l'acceptabilité des hommes entre 18 et 26 ans. Dans cette étude, il a été démontré que celle-ci était corrélée à la méconnaissance de la vaccination anti-HPV, et notamment à la vaccination des hommes, à un défaut d'information par un professionnel de santé, aux normes sociales, et au fait d'être ou non en couple (22).

Dans une étude d'acceptabilité réalisée chez 39 hommes résidant à Hong-Kong, les principaux obstacles à la vaccination retrouvés ont été les suivants : le manque de connaissances sur l'infection à HPV et ses conséquences, la difficulté à obtenir des informations fiables sur celle-ci, une mauvaise perception du risque d'infection par le virus. Ces facteurs étaient également liés à l'environnement socio-culturel et aux habitudes concernant la sexualité (23).

Une méta-analyse portant sur 15 études a classé les facteurs en quatre catégories : individuels (connaissance, sensibilisation), relations interpersonnelles (parents, professionnels de santé), sociétal (devoir parental de protéger son enfant), et à plus large échelle (prévention sur la vaccination HPV). En dehors de ceux évoqués plus haut, les obstacles retrouvés étaient les faibles avantages perçus de cette vaccination, le nombre d'injections, la stigmatisation et les informations mitigées délivrées sur la vaccination (24).

3.3.3.4 Efficacité du vaccin dans les pays à couverture vaccinale élevée

Dans les pays ayant une couverture vaccinale élevée, il a été retrouvé une réduction importante des infections génitales liées aux HPV, des verrues génitales ainsi que des lésions précancéreuses. Cette vaccination a également profité aux garçons par immunité de groupe. En

France, le faible taux de couverture ne permet pas d'estimer l'impact sur les lésions précancéreuses.

Concernant la nécessité de vacciner les garçons dans une population où la couverture vaccinale est élevée, les résultats des études divergent.

Une étude de modélisation réalisée en 2011 a montré qu'améliorer la couverture vaccinale des filles est une stratégie plus efficace pour la réduction de l'incidence de l'infection par le papillomavirus, que d'inclure les garçons dans le programme de vaccination. La vaccination universelle ne devrait devenir une option que lorsque le recours au vaccin chez les filles ne peut plus être augmenté. Ainsi, le recours aux hommes semblait prématuré au vu de la faible couverture vaccinale des filles. Cette étude démontre qu'en règle générale, réaliser la vaccination à la population ayant la prévalence la plus élevée aboutit à la plus forte réduction de cette prévalence dans la population générale (25).

En 2011, une autre étude a été menée en Australie pour estimer l'impact que pourrait avoir la vaccination des femmes uniquement sur la réduction de la prévalence des infections et des cancers HPV-induits chez l'homme. Les résultats de cette étude étaient qu'on pouvait espérer une réduction de 68% des infections à HPV 16 chez les hommes en 2050, ainsi qu'une réduction de 14% des cancers masculins ORL et anogénitaux (en considérant une couverture vaccinale de 78% entre 12 et 13 ans, et de 74% à 14 ans) (26).

Aux Etats-Unis, l'étude de Elbasha et Dasbach (27) soulignait l'importance d'obtenir une bonne couverture vaccinale chez les filles mais concluait que l'inclusion des hommes dans ce programme de vaccination permettait de réduire la morbi-mortalité liée au virus, et que cette stratégie pouvait s'avérer rentable économiquement et en terme de qualité de vie.

L'étude menée par Brisson & Al. en 2011 considérait que la vaccination des garçons avait un intérêt limité dans les pays à couverture vaccinale modérée à élevée (28).

En Europe, l'étude de Marty et Al. (29) rapporte que les avantages d'une vaccination universelle dépendent de la couverture vaccinale des filles, et donc qu'il est nécessaire de faire des analyses en tenant compte de la situation propre au pays. Elle aborde également le questionnement éthique et les implications sociales qui découlent de l'inclusion des garçons dans les programmes de vaccination.

4. AUTRES CANCERS INDUITS PAR LES HPV A HAUT RISQUE

4.1 Cancers ano-génitaux

4.1.1 Cancers de l'anus

En 2018, l'infection par le papillomavirus a été considérée comme un facteur de risque de cancer de l'anus chez l'homme dans 479 cas et 1532 chez la femme, soit des taux d'incidence respectifs de 0,8 et 2,4 pour 100 000 personnes-années (20,30). L'infection HPV est le principal facteur de risque identifié dans 91% des cancers de l'anus. Les lésions précancéreuses de l'anus, les AIN 2 et 3, ne s'intègrent pas, à ce jour, dans une stratégie de dépistage. Les hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes sont une population très à risque, et ce risque augmente très fortement en cas de co-infection par le VIH (31). Dans le sous-groupe des HSH, une étude a montré l'efficacité de la vaccination sur les néoplasies intra-épithéliales de l'anus. Les autres populations à risque sont les femmes ayant un antécédent de néoplasie cervico-vulvo-vaginale, les femmes VIH +, et les patients greffés sous immunosuppresseurs.

4.1.2 Cancers du pénis

Le cancer du pénis est une maladie rare, avec un taux d'incidence estimé à 0,7 pour 100 000 personnes-années en 2018 (15,20,30). La circoncision est considérée comme protectrice (31). L'efficacité de la vaccination dans la prévention de ce cancer n'est à ce jour pas démontrée mais les études semblent favorables.

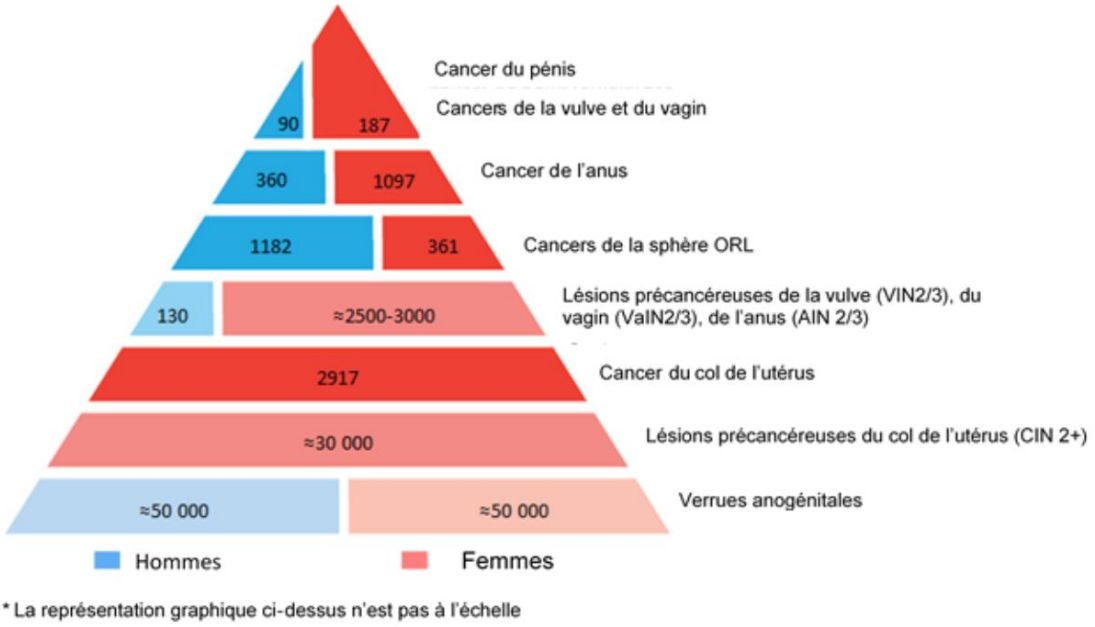
4.1.3 Cancers de la vulve et du vagin

Les cancers vulvaires et vaginaux HPV-induits sont dus préférentiellement aux HPV 16 et 18. L'infection au papillomavirus est incriminée dans 70% des cancers du vagin et 43% des cancers vulvaires (15). Ces cancers sont plus rares que le cancer du col de l'utérus. (32)

4.2 Cancers de la sphère ORL

Le lien de causalité est aujourd'hui établi entre l'infection persistante à HPV 16 et les cancers oropharyngés et de la cavité buccale. Cependant, la proportion de cancers de la sphère ORL liée à l'infection par le papillomavirus est variable selon les régions du monde, et est estimée entre 13 et 56% dans les pays européens (15).

Figure 3: représentation graphique du fardeau des maladies induites par les papillomavirus en France chez les hommes et les femmes (d'après Shield et al., 2018, Hartwig et al., 2015)



5. JUSTIFICATION DE L'ETUDE

Le cancer du col de l'utérus est, à ce jour, le seul cancer pour lequel la vaccination a démontré un effet préventif sur l'apparition de lésions précancéreuses. Pour autant, la couverture vaccinale en France est bien en-dessous des objectifs fixés par le plan Cancer 2014-2019. Des études cherchent à démontrer un effet bénéfique sur la prévention d'autres cancers HPV-induits. C'est dans ce contexte que les autorités sanitaires ont recommandé l'élargissement de la vaccination aux garçons, à l'étranger puis, plus récemment, en France. Des études d'acceptabilité ont été menées à l'étranger et semblaient favorables (22–24).

L'intérêt de mon étude réside dans le fait d'interroger les principaux concernés par cet élargissement vaccinal : les garçons et jeunes hommes en premier lieu, ainsi que les médecins libéraux qui vont être les principaux acteurs de cette vaccination. En ayant connaissance des réticences qu'ils peuvent émettre à cette nouvelle recommandation, il sera possible d'adapter l'information délivrée dans les cabinets médicaux ainsi qu'au grand public, et ainsi améliorer la couverture vaccinale et diminuer la morbi-mortalité liée au cancer.

DEUXIEME PARTIE : L'ETUDE

1. MATERIEL ET METHODES

1.1 Première partie de l'étude : acceptabilité par la population masculine

1.1.1 Objectif de l'étude

L'objectif principal de l'étude était de connaître les motivations ou réticences de la population masculine à la vaccination contre le papillomavirus de tous les garçons et jeunes hommes.

Les objectifs secondaires étaient de comparer ces résultats selon les tranches d'âge, le niveau d'étude et le lieu de vie.

1.1.2 Type d'étude

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

1.1.3 Population de l'étude

L'enquête a été réalisée auprès de garçons et jeunes hommes âgés de 12 à 26 ans. Le recueil s'est fait initialement dans des cabinets médicaux de médecins généralistes exerçant en Aquitaine, et dans un cabinet de pédiatre exerçant à proximité de Lyon. En raison de difficultés à obtenir un nombre suffisant de questionnaires, nous avons étendu notre recueil aux urgences de l'hôpital de la Teste-de-Buch, à l'occasion d'un stage dans cet hôpital.

Les critères d'inclusion étaient :

- Être un garçon ou un homme âgé de 12 à 26 ans se présentant dans un cabinet médical ou aux urgences du centre hospitalier pour une consultation, quel qu'en soit le motif.

Les critères d'exclusion étaient :

- Le refus de participer à l'étude. Dans le cas où le patient était mineur, et dans la mesure où le questionnaire était anonyme, un accord oral des parents était accepté.

1.1.4 Mode de recrutement et recueil des données

Les patients étaient recrutés dans les cabinets libéraux et aux urgences : la consigne avait été donnée aux secrétaires de proposer le questionnaire à toute personne respectant les critères d'inclusion. Les médecins libéraux ont été choisis selon leur répartition géographique, selon s'ils étaient impliqués dans la formation des internes, et par réseau de connaissance. Les médecins ayant accepté de participer à l'étude ont reçu les questionnaires par mail, par voie postale, ou en mains propres. Il s'agissait de cabinets de groupe ou de praticiens exerçant seuls. Certains exerçaient en zone urbaine, d'autres en zone rurale ou semi-rurale, afin d'avoir un échantillonnage diversifié. D'autres cabinets de pédiatres ont été sollicités mais nous n'avons pas pu obtenir de réponse.

Dans le cas où ils disposaient d'un secrétariat, le questionnaire était proposé aux patients par la secrétaire, puis remplis en salle d'attente. Pour les cabinets ne disposant pas de secrétariat, les questionnaires étaient soit proposés par le médecin et remplis en consultation, soit accessibles en salle d'attente.

Les cabinets étaient régulièrement contactés par téléphone et par mail pour connaître le nombre de patients inclus, et les difficultés éventuelles rencontrées.

Au total, 14 cabinets médicaux individuels ou de groupe ont été contactés. Sur les 14, un seul cabinet a refusé de participer à l'étude. Sur les 13 restants, 2 cabinets n'ont pas donné de réponse par la suite, 6 n'ont inclus aucun patient, et 5 ont inclus des patients.

Au service d'accueil des urgences, les questionnaires étaient proposés par les agents d'accueil, à qui nous avions donnés des directives au préalable, puis remplis en salle d'attente et retournés à l'accueil ou au médecin dans les box de consultation.

Dans les deux cas, les questionnaires nous ont été retournés soit par mail, soit en mains propres.

1.1.5 Elaboration du questionnaire

Pour réaliser mon questionnaire (annexe 1), j'ai choisi de m'appuyer sur une étude qualitative réalisée en Suède par entretiens semi-dirigés auprès de lycéens (33). L'objectif de cette étude était d'explorer leurs connaissances et opinions sur le papillomavirus et la vaccination, leurs sources d'information, les bénéfices perçus de la vaccination des hommes et leur intention ou non d'être vaccinés.

J'ai ainsi élaboré mon questionnaire à partir des grands axes de réponse des participants de cette étude. Il a été relu et testé par quelques personnes pour être sûr de sa bonne compréhension. Le questionnaire commençait par une présentation de mon projet de thèse et par des informations générales sur l'infection à HPV et la vaccination.

Les questions étaient séparées en deux parties :

- La première recueillait les informations socio-démographiques en 3 questions (âge, niveau d'étude, situation géographique), et une question sur l'activité sexuelle.
- La deuxième traitait de la vaccination HPV : 2 questions fermées puis 2 questions sous forme d'échelles de Likert recueillant les motivations et réticences concernant la vaccination HPV.

1.2 Deuxième partie de l'étude : acceptabilité par les médecins libéraux

1.2.1 Objectif de l'étude

L'objectif de l'étude était de recueillir les expériences des médecins interrogés concernant la vaccination en général, puis plus spécifiquement sur la vaccination HPV des jeunes filles et des jeunes garçons, ainsi que leur avis sur l'extension vaccinale.

1.2.2 Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative, par entretiens individuels semi-dirigés selon un guide d'entretien pré établi (annexe 2).

1.2.3 Choix de la méthode qualitative

La recherche qualitative cherche à répondre à des questions non résolues par la méthode quantitative. Elle étudie « les phénomènes complexes dans leur milieu naturel, s'efforce de leur donner un sens, de les interpréter au travers des significations que les gens leur donnent ». Contrairement à l'étude quantitative, elle ne cherche pas à mesurer mais à comprendre. Le raisonnement est inductif, et « les conclusions émergent des données et non d'idées préconçues (théorisation ancrée) » (34).

L'approche qualitative nous a semblé particulièrement adaptée à notre étude. Dès lors qu'il s'agit de comprendre les pratiques professionnelles des médecins, les facteurs étudiés sont subjectifs et donc difficiles à mesurer, et l'analyse quantitative ne semble pas la plus pertinente.

1.2.4 Population de l'étude et échantillonnage

Nous avons interrogé les médecins libéraux ayant accepté de participer à la première partie de l'étude.

Les critères d'inclusion étaient :

- Être docteur en médecine
- Exercer une activité libérale
- Avoir participé à la première partie de l'étude
- Donner son accord pour participer à la suite de l'étude

Ont été exclus :

- Les médecins remplaçants
- Les médecins ayant initialement donné leur accord pour participer à la première partie de l'étude mais n'ayant pas donné suite

Dans une étude qualitative, c'est la qualité de l'échantillon qui importe, et non sa taille qui est souvent restreinte (34). Les sujets inclus doivent « refléter la diversité d'une population » et non constituer un échantillon « moyen » au sens statistique. L'échantillon est considéré suffisant lorsque l'on obtient la saturation des données, c'est-à-dire lorsqu'un entretien supplémentaire n'apporte plus de nouvelle dimension à l'analyse.

1.2.5 Mode de recueil des données

Les médecins ont été contactés par téléphone soit directement, soit par leur secrétariat. Un bref rappel de l'étude a été fait, ainsi qu'une explication sur l'objectif de l'entretien. Les appels ont été enregistrés par le biais d'une application smartphone, après avoir informé le médecin de cet enregistrement. Les entretiens ont ensuite été retranscrits à l'écrit et sont disponibles en annexe 3. Ils ont été relus par un deuxième chercheur pour avoir une autre interprétation.

1.2.6 Guide d'entretien

L'entretien semi-dirigé est organisé à partir d'un guide d'entretien qui favorise le caractère évolutif des données et le contact avec les participants. Il peut être modifié au fil des entretiens, témoignant de la progression de l'analyse (35). Dans un guide d'entretien, les questions sont regroupées par thèmes et vont du plus général au plus approfondi.

Le guide d'entretien a été réalisé comme suit : une première partie concernant le profil du médecin (sexe, lieu d'exercice, orientation particulière ou formation complémentaire, type de patientèle), puis une deuxième partie sur les expériences concernant la vaccination en général puis ciblée sur la vaccination HPV et les dernières recommandations. Avant de débuter les entretiens, il a été relu par un interne de santé publique apportant une aide méthodologique, et par d'autres internes de mon entourage. Quelques reformulations de questions ont été faites au fil des entretiens.

2. RESULTATS

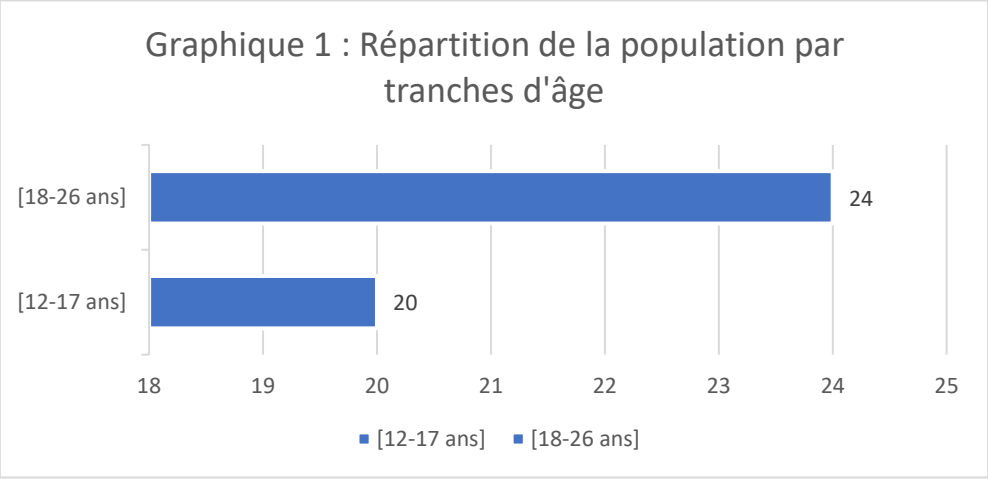
2.1 Première partie de l'étude : acceptabilité par la population masculine

Nous avons recueilli 44 questionnaires.

2.1.1 Caractéristiques de la population étudiée

2.1.1.1 Age

L'âge a été divisé en deux catégories : les 12-17 ans, et les 18-26 ans. Sur 44 questionnaires, 20 patients étaient âgés de 12 à 17 ans, et 24 de 18 à 26 ans. L'âge médian était 18,6 ans.



2.1.1.2 Catégorie socio-professionnelle

La catégorie socio-professionnelle a été divisée de la manière qui suit : collège, lycée, étudiant post-bac, vie active et autre.

Catégorie	N	*%*
Collège	7	*16*
Lycée	14	*32*
Post bac	12	*27*
Vie active	10	*23*
Autre	1	*2*

2.1.1.3 Localisation géographique du domicile

La localisation géographique était regroupée en : urbain, semi-rural, rural. Sur 44 questionnaires, 26 patients habitaient en milieu urbain, 14 en semi-urbain, 3 en rural, et 1 n'a pas répondu à la question.

2.1.1.4 Activité sexuelle

Concernant l'activité sexuelle pour les patients de 18 à 26 ans, tous ont répondu « oui », hormis deux d'entre eux (qui avaient par ailleurs répondu « oui » à la question « accepteriez-vous d'être vacciné ? »).

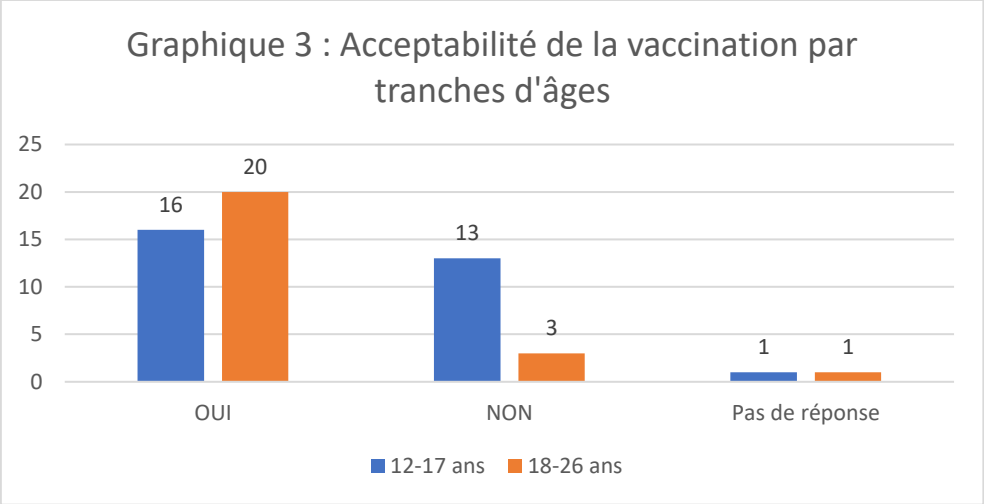
2.1.2 Infection HPV et vaccination

2.1.2.1 Connaissances sur le sujet

A la question « Avez-vous appris quelque chose de cette introduction ? », 3 personnes (7%) ont répondu « pas du tout », 26 (60%) « un peu », 14 (33%) « beaucoup », et une personne n'a pas répondu.

2.1.2.2 Acceptabilité de la vaccination

A la question « Accepteriez-vous de vous faire vacciner ? », au total 36 personnes ont répondu « oui », 6 ont répondu « non », et deux n'ont pas répondu.



2.1.2.3 Arguments en faveur de la vaccination

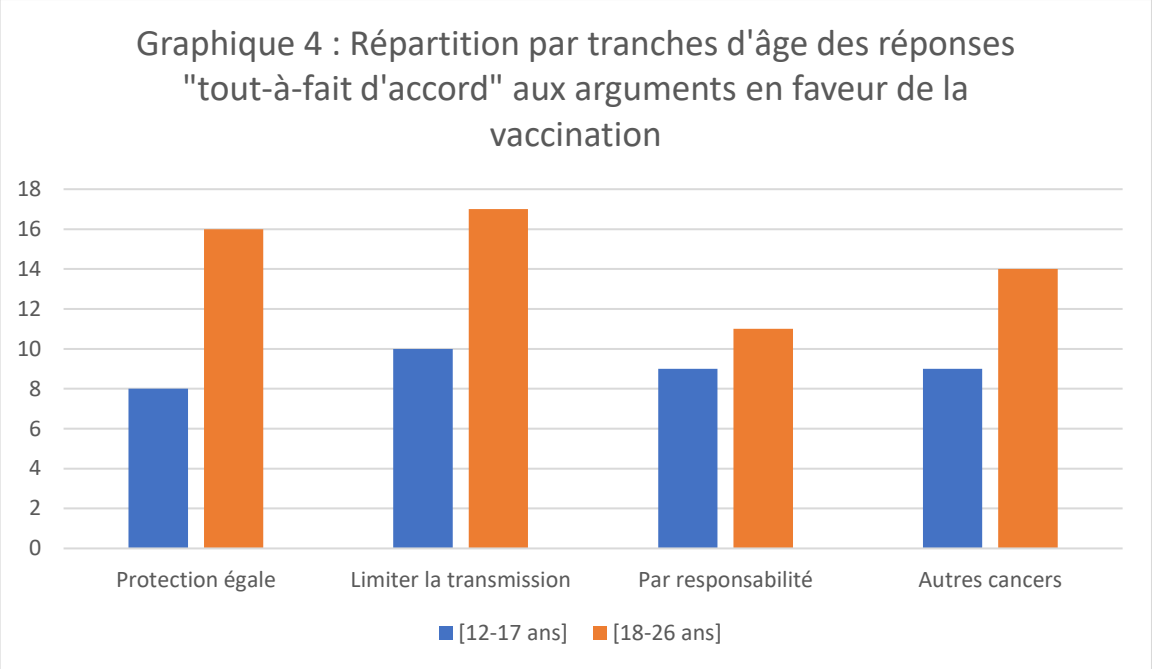
Les arguments en faveur de la vaccination proposés étaient les suivants : pour une protection égale entre les hommes et les femmes, pour prévenir la transmission du virus, par sentiment de responsabilité vis-à-vis de ma partenaire, pour prévenir les cancers anaux et ORL, et pour une autre raison. La question était posée sous forme d'échelle de Lickert.

Tableau 1 : Arguments en faveur de la vaccination dans les deux tranches d'âge, selon la réponse « oui » ou « non » à la question « Accepteriez-vous d'être vacciné ? »

	Tout-à-fait d'accord			D'accord			Plutôt d'accord			Avis neutre			Plutôt pas d'accord			Pas d'accord			Pas du tout d'accord			Pas de réponse		
Vaccination *(1)*	O	N	P	O	N	P	O	N	P	O	N	P	O	N	P	O	N	P	O	N	P	O	N	P
[12-17 ans] *(2)*																								
Protection égale	8	1	1	5	0	0	3	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Limiter la transmission	10	1	0	4	0	0	2	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Par responsabilité	9	1	1	4	0	0	2	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Autres cancers	9	1	1	4	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
[18-26 ans] *(3)*																								
Protection égale	16	2	1	3	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Limiter la transmission	17	2	1	3	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Par responsabilité	11	1	1	6	0	0	2	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Autres cancers	14	1	1	3	0	0	2	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

(1) O = Oui à la réponse « Accepteriez-vous d'être vacciné ? », N = Non, P = Pas de réponse
(2) Dans cette tranche d'âge [12-17 ans] : O (N=16), N (N=3), P (N=1)
(3) Dans cette tranche d'âge [18-26 ans] : O (N=20), N (N=3), P (N=1)

L'argument pour lequel le plus de patients acceptant la vaccination ont répondu « tout-à-fait d'accord » est, dans les deux tranches d'âge, le fait de limiter la transmission du virus : 10 patients parmi les 12-17 ans, et 17 parmi les 18-26 ans (Tableau 1), soit 27 patients sur 36, c'est-à-dire 75%. Viennent ensuite les arguments suivants : la protection égale entre les hommes et les femmes (24 patients sur 36, soit 67%), la protection vis-à-vis des autres cancers (23 sur 36, soit 64%), et par responsabilité vis-à-vis de son partenaire (20 sur 36, soit 55,5%).



A noter que dans les deux tranches d'âge, indépendamment de la réponse « oui ou non » à la question « Accepteriez-vous d'être vacciné ? », aucun participant n'a répondu « pas du tout d'accord » à un argument en faveur de la vaccination.

2.1.2.4 Arguments contre la vaccination

Les arguments contre la vaccination étaient les suivants : par peur des piqûres, par mauvaise expérience de vaccinations précédentes, par peur des effets secondaires, pour cause d'avis défavorable de l'entourage, par manque d'information sur le sujet, par méconnaissance du vaccin, et par le fait ne pas se sentir concerné par le sujet. La question était posée sous forme d'échelle de Lickert.

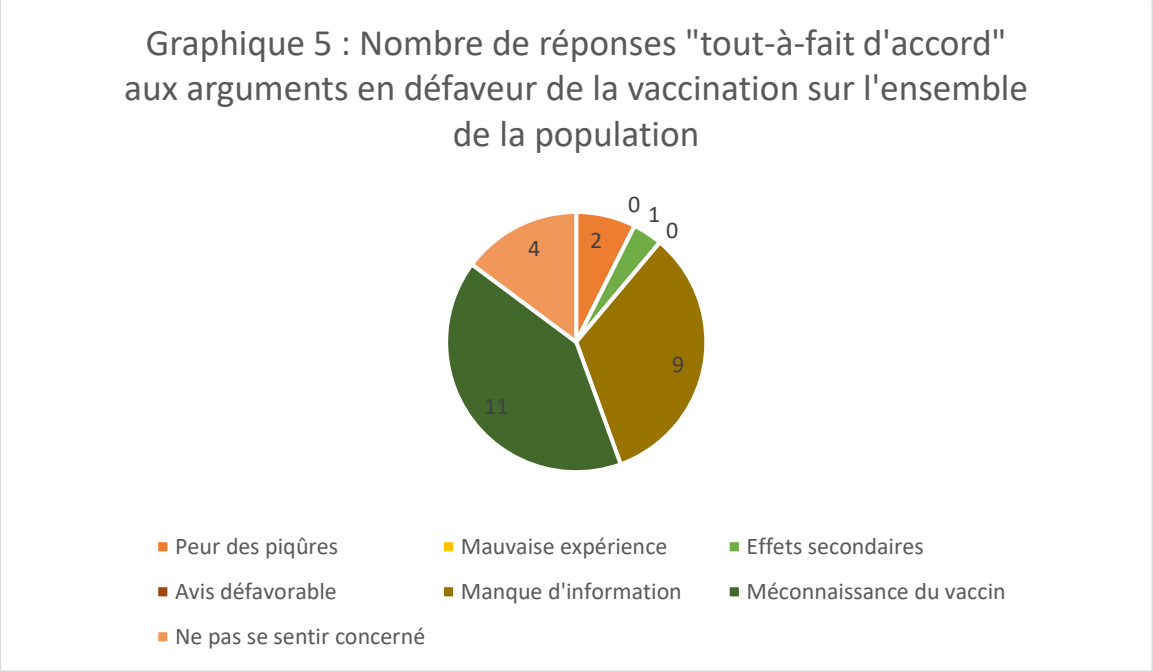
Tableau 2 : Arguments contre la vaccination dans les deux tranches d'âge, selon la réponse « oui » ou « non » à la question « Accepteriez-vous d'être vacciné ? »

	Tout-à-fait d'accord			D'accord			Plutôt d'accord			Avis neutre			Plutôt pas d'accord			Pas d'accord			Pas du tout d'accord			Pas de réponse		
Vaccination *(1)*	O	N	P	O	N	P	O	N	P	O	N	P	O	N	P	O	N	P	O	N	P	O	N	P
[12-17 ans] *(2)*																								
Peur des piqûres	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	4	1	0	7	1	0	1	0	0
Mauvaise expérience	0	0	0	1	0	0	2	0	1	3	0	0	0	1	0	3	1	0	6	1	0	1	0	0
Peur des effets secondaires	1	0	0	2	0	1	2	0	0	2	1	0	3	0	0	2	1	0	3	1	0	1	0	0
Avis défavorable	0	0	0	1	0	0	1	0	0	2	0	1	3	0	0	3	1	0	4	2	0	2	0	0
Manque d'information	2	0	0	1	0	0	5	0	1	1	0	0	1	1	0	3	1	0	1	1	0	2	0	0
Méconnaissance du vaccin	3	0	0	1	0	0	0	0	0	3	1	1	3	0	0	3	1	0	1	1	0	2	0	0
Ne pas se sentir concerné	1	2	1	0	0	0	0	1	0	2	0	0	3	0	0	3	0	0	5	0	0	2	0	0
[18-26 ans] *(3)*																								
Peur des piqûres	0	0	0	1	0	0	1	0	0	3	0	0	0	1	0	3	0	0	11	2	1	1	0	0
Mauvaise expérience	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	4	0	0	12	2	1	1	0	0
Peur des effets secondaires	0	0	0	2	0	0	4	2	1	2	1	0	1	0	0	4	0	0	6	0	0	1	0	0
Avis défavorable	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	3	0	0	4	0	0	11	1	0	1	0	0
Manque d'information	6	1	0	3	1	0	1	0	0	3	1	1	0	0	0	2	0	0	4	0	0	1	0	0
Méconnaissance du vaccin	7	1	0	3	1	0	0	0	0	2	1	0	1	0	0	2	0	0	4	0	0	1	0	1
Ne pas se sentir concerné	0	0	0	1	0	0	1	0	0	2	3	0	4	0	0	1	0	0	10	0	0	1	0	1

(1) O = Oui à la réponse « Accepteriez-vous d'être vacciné ? », N = Non, P = Pas de réponse
(2) Dans cette tranche d'âge [12-17 ans] : O (N=16), N (N=3), P (N=1)
(3) Dans cette tranche d'âge [18-26 ans] : O (N=20), N (N=3), P (N=1)

Les arguments contre la vaccination les plus retrouvés sur l'ensemble de la population étaient le manque d'information, la méconnaissance du vaccin et le fait de ne pas se sentir concerné : 24 personnes sur les 44 interrogées ont répondu « tout-à-fait d'accord » à un de ces trois items, soit 54% de la population étudiée dont 25% pour l'item « méconnaissance du vaccin » (Tableau 2).

On peut constater que la peur des piqûres, la peur des effets secondaires et le fait d'avoir un avis défavorable de ses proches ne semblent pas être des facteurs limitants à la vaccination dans cette population (Tableau 2).



Parmi les 18-26 ans, les arguments en défaveur de la vaccination ayant obtenu le plus de réponse « pas du tout d'accord » sont les suivants (Tableau 2) : mauvaise expérience des vaccinations précédentes (15 sur 24, soit 62,5%), la peur des piqûres (14 sur 24, soit 58,3%), avis défavorable de l'entourage (12 sur 24, soit 50%) et le fait de ne pas se sentir concerné (10 sur 24, soit 41,6%).

Pour les 12-17 ans, il s'agit des arguments suivants : la peur des piqûres (8 sur 20, soit 40%), la mauvaise expérience de vaccinations précédentes (7 sur 20, soit 35%), et l'avis défavorable de l'entourage (6 sur 20, soit 30%).

2.2 Deuxième partie de l'étude : acceptabilité par les médecins libéraux

2.2.1 Entretiens

Sur 14 cabinets médicaux contactés lors de la première partie de l'étude, deux n'ont pas donné suite, et un a refusé de participer à l'étude. Ils ont donc été exclus. Sur les 11 cabinets restants, 3 exerçaient en milieu rural ou semi-rural, et 8 exerçaient en zone urbaine. Dans un cabinet de groupe, deux médecins du même cabinet ont été interrogés.

Les entretiens ont eu lieu entre le 26.02.2020 et le 18.06.2020, et ont duré entre 1'43 et 17'15. La durée moyenne d'enregistrement était de 9 minutes et 47 secondes. La saturation des données a été obtenue après 9 entretiens. Après deux derniers entretiens, nous avons donc arrêté notre recueil. Onze médecins ont été interrogés.

2.2.2 Profil des médecins interrogés

Sexe

Six hommes et cinq femmes constituaient l'échantillon.

Orientation professionnelle

Six médecins n'avaient pas d'orientation particulière, un médecin était anciennement tropicaliste, un médecin était pédiatre, et trois médecins avaient une pratique orientée en pédiatrie, gynécologie et/ou nutrition.

Type de patientèle

Quatre médecins disaient avoir une patientèle plutôt âgée, trois avaient une population plutôt jeune, et les autres déclaraient avoir une patientèle variée.

2.2.3 Résultats

2.2.3.1 Concernant la vaccination en général

Les médecins se sentent tous à l'aise pour aborder la vaccination en général, mais se retrouvent confrontés à des réticences de la part de certains patients, et pour certains vaccins, l'hépatite B par exemple (E5, E9, E11).

E5 : *Oui, je n'ai globalement pas de souci, même s'il y a certains vaccins comme l'hépatite B qui peuvent poser problème…ou bien la grippe ou l'HPV par exemple, qui font débat car ils ont moins fait preuve d'efficacité …*

E9 : *Mais j'ai quand même régulièrement des mères ou des adolescentes qui me posent des questions, mais moins souvent que pour les autres vaccins [NDLR : comparé à HPV], j'ai plus souvent des questions pour les vaccins des bébés « l'aluminium, est-ce que c'est bon ces vaccins ? etc. ».*

E11 *: Oui, il y a des patients réticents aux vaccins, mais je leur en parle et ne cherche pas à m'imposer tout de suite. Je leur dis « écoutez je vous ai proposé, je le note dans le dossier », pour un enfant je le note dans le carnet de santé, et puis on en reparlera une prochaine fois. Mais, peut-être que les antivax sont partis voir ailleurs.*

Quatre médecins sur onze ont déclaré ne pas avoir de problèmes particuliers concernant les consultations de vaccination (E1, E2, E3, E10).

2.2.3.2 Concernant la vaccination contre le papillomavirus des jeunes filles

A la question **« Proposez-vous la vaccination anti-HPV aux jeunes filles ? »,** tous les médecins ont répondu oui.

Certains médecins ont émis des réticences au sujet de ce vaccin, et déclarent attendre les données de pharmacovigilance et de revues indépendantes telles que Prescrire® (E6, E9).

E6 : *moi je lis Prescrire, donc c'est vrai que les derniers écrits sur la vaccination étaient plutôt « on continue à surveiller », en termes de pharmacovigilance, il y avait encore des retours qu'on attendait.*

E9 *: Lorsque j'ai l'occasion de voir une jeune fille dans l'âge. Onze ans, je ne suis pas trop convaincu, vous connaissez mes lectures, Prescrire®…Rien ne prouve que ça soit plus efficace de les prendre à 11 ans qu'à 14.*

Deux médecins ont rapporté donner l'argument de vacciner leurs enfants aux familles réticentes (E1, E9).

E1 : *Il y a quelques temps, il y avait beaucoup de réticences sur ce type de vaccins mais franchement j'essaie de le faire passer quasiment à 100% dans ma clientèle. J'essaie de leur expliquer l'importance de ce vaccin-là, que moi par exemple ma fille je l'ai vaccinée.*

E9 : *En général, ils me demandent « si vous avez des filles, est-ce que vous leur avez fait ? », bah oui, et dans ce cas-là, ils se disent que c'est safe. Ce n'est pas idiot, en fait, à l'échelle individuelle ça ne représente rien, mais si en tant que médecin on l'a fait…*

La plupart des médecins se retrouvent confrontés à des « antivaccins », et un médecin évoque avec les jeunes filles la possibilité de se faire vacciner plus tard, lorsqu'elle sera majeure par exemple (E11).

E11 : *Au tout début, quand il n'était pas connu, les gens n'étaient pas trop contre, et après quand il y a eu des opposants, les gens ont été un peu plus réticents. Mais je le propose quand même, et je dis à la jeune fille « mais tu sais, quand tu seras plus grande, t'en parles avec des copines et puis un jour si tu veux, je peux le faire quand t'auras décidé, ou plus tard quand tu seras majeure ».*

A la question **« Menez-vous la consultation en présence des parents ? »**, tous les médecins ont répondu oui (E5).

E5 : *Oui, toujours, les parents sont présents et donnent leur accord, c'est difficile de faire sans eux.*

Concernant l'occasion de parler de ce vaccin, les médecins en parlent préférentiellement au moment de la consultation des 11 ans, en même temps que le rappel DTPCa, ou bien à n'importe quelle autre occasion, lorsqu'ils y pensent. Le rappel du tétravalent semble permettre d'y penser plus facilement.

E3 : *Je le propose à l'occasion de la consultation pendant laquelle je demande la vaccination pour le rappel du tétanos à 11 ans.*

E5 *: Dès que j'y pense, à chaque occasion possible.*

***E10** : Oui, en même temps que le rappel de la vaccination par le tétravalent des 11 ans. Ou bien s'il je l'ai oublié et que je le vois, bah j'en reparle ultérieurement, j'en rediscute éventuellement quand une jeune fille de 15 ans aborde la contraception.*

Pour trois médecins, la demande vient parfois des familles (E2, E6, E10).

E2 : *Les mamans posent la question généralement, on en parle pas mal dans les écoles, où y a les copains, les copines, les mères parlent et posent la question à un moment donné.*

E10 *: Soit c'est une demande spontanée, d'ailleurs j'ai beaucoup ça, pour le Gardasil®, j'ai plutôt eu des demandes spontanées des familles.*

A la question **« Quel vaccin prescrivez-vous ? »**, deux médecins ont déclaré prescrire le Cervarix® et le Gardasil 9® (E1, E9), les autres prescrivent uniquement le Gardasil 9®. Un médecin prescrit préférentiellement le vaccin Cervarix®, en raison d'une moindre douleur au moment de l'injection, et d'une réticence sur l'intérêt et l'efficacité des deux Gardasil® (E9).

E9 : *Celui qui ne fait pas mal, le Cervarix® en l'occurrence, parce que le Gardasil® il fait mal. J'ai l'impression que le nouveau fait moins mal.*

E9 *: Tout simplement parce que rien ne prouve que mettre davantage de souches de virus a plus d'effets sur la prévention de ce qui nous intéresse, nous ce n'est pas d'éviter le papillomavirus mais d'éviter les cancers, et donc ils ne peuvent pas nous prouver que d'avoir 9 souches, ça va mieux éviter les cancers que d'en avoir 4.*

Un médecin déclare accorder plus d'importance au dépistage par frottis qu'à la vaccination (E9).

E9 : *S'il y a quelque chose qui marche bien sur la prévention du cancer du col, c'est quand même le frottis, c'est là-dessus qu'il faut qu'on s'améliore.*

Concernant le fait d'aborder la sexualité, les médecins disent ne pas le faire, ou bien à un âge plus élevé (E3, E4, E5, E6, E7, E8, E10, E11).

E3 : *Cette vaccination, pour moi, elle est un peu tôt pour une discussion sur la sexualité. Donc on la fait pour prévenir, et je dis aux parents que quand il y a aura besoin, je serais là.*

E6 *: Alors après les questions sur la sexualité, c'est plutôt « est-ce qu'on en parle à la maison ? ».*

Deux médecins prévoient une consultation dédiée pour aborder ce sujet avec l'adolescent (E5, E8).

E5 : *J'essaie de faire une consultation dédiée à l'adolescent après 15 ans, en 3 temps, et donc d'aborder la sexualité à ce moment-là.*

E8 *: Je commence à faire partir les parents à partir de la 3ème (14-15 ans). Pour aborder le tabac, la contraception…*

Les médecins déclarant ne pas le faire se disent plutôt gênés, notamment les hommes.

E4 : *Avec les jeunes filles…je me sentirais un peu gêné en tant qu'homme de parler de ce sujet.*

2.2.3.3 Concernant la vaccination contre le papillomavirus des garçons

Lors de deux entretiens, les médecins ne connaissaient pas les dernières recommandations concernant l'élargissement vaccinal (E2, E6). Plusieurs médecins ont décrit cette nouveauté comme étant « cohérente », « logique » (E2, E4, E5). L'attente du remboursement du vaccin a été évoquée dans plusieurs entretiens (E1, E5, E7, E8, E11).

E1 : *C'est très logique, c'est très bien, j'attends qu'on l'ait en remboursement.*

E11 : *Ça allait bien être proposé, parce qu'il n'y a pas de raison de ne pas faire en sorte d'éradiquer ce virus, donc, on va le proposer à partir de janvier 2021. C'était attendu comme proposition, il fallait le faire.*

Certains médecins ont émis des réserves à cette nouvelle indication : l'attente des retours des études sur les effets secondaires et l'efficacité du vaccin dans cette indication (E6,

E9), la possibilité de laisser au patient une liberté de choix (E10), et le fait que la vaccination des garçons ne semble pas être le principal problème de santé publique à l'heure actuelle (E7).

E6 : *Je ne suis pas capable de juger. Et puis moi je me base vraiment sur Prescrire® et ce qu'il dit au fur et à mesure, donc si je n'ai pas de retour de Prescrire®, j'attends gentiment les informations sur les effets secondaires à plus long terme.*

E9 : *Mais est-ce que les arguments sont convaincants, et puis, en gros, j'aimerais voir le nombre nécessaire à traiter, c'est-à-dire combien est-ce qu'il faut que je fasse de vaccins pour sauver un garçon ? […] on a quand même des doutes, d'abord pas de recul suffisant, et ensuite est-ce qu'il va apparaître d'autres cancers qui viendront, est-ce que l'immunité va être persistante ? […] Est-ce qu'on va arriver à une couverture suffisante ?*

E10 *: Chacun prend sa responsabilité, moi je propose et après ce sont les patients qui choisissent, je ne suis pas là pour imposer quoi que ce soit.*

E7 : *La vaccination c'est une chance. Le papillomavirus, bon, dire que c'est le problème de santé publique de l'année, peut-être pas […] Après pour HPV, y a un intérêt peut-être, chez les femmes c'est indiscutable, chez les hommes faut encore voir les résultats des études, si on parle de 10 cas, bon, il ne faut peut-être pas s'user là et s'user un peu plus sur la rougeole ou les choses comme ça.*

Les arguments en faveur de la vaccination apportés par les médecins à leurs patients étaient : le fait de vacciner ses propres enfants (E8), l'explication de l'histoire naturelle de l'infection (E8), l'information sur les autres cancers HPV-induits (E3, E5, E8, E11), le fait que cette extension vaccinale était attendue mais non mise en place pour des raisons économiques (E3).

E8 : *Je suis obligée d'expliquer l'utérus, les rapports sexuels, comment s'attrape le virus, comment on le passe, si on se contamine…J'explique la chaîne de transmission […] Si on explique, je trouve que les parents sont quand même très à l'écoute. […] Et si j'avais un garçon, je l'aurais fait aussi. Même non remboursé d'ailleurs.*

E3 *: Pour convaincre les mamans, il faut quand même leur expliquer que c'est pour protéger leur garçon […] Je leur dis simplement que jusqu'à présent, la vaccination était faite seulement pour les filles, essentiellement pour des raisons économiques […] et que s'apercevant que*

toutes les filles n'étaient pas vaccinées, pour protéger les garçons, on était obligés de les vacciner aussi.

E11 *: En abordant l'objectif de santé publique d'éradication du virus…A titre individuel et collectif.*

Concernant les freins supposés par les médecins à cette indication, ils ont évoqué le manque d'information fiable et ferme au grand public (E6, E7) et la confusion avec l'orientation sexuelle (E7), la crainte des effets secondaires (E8), le manque de confiance dans les autorités sanitaires (E10), ainsi que les différents discours des médecins (E8).

E7 : *L'information n'a pas été faite au grand public, et si on en parle, l'ado va tomber sur des infos un peu…ça va parler d'homosexualité direct, donc l'ado de 15 ans, c'est difficile. […] Moi je pense que c'est un bon vaccin, que ça ne serait pas idiot de généraliser en disant bah comme ça, ça arrêtera de circuler, mais il faut le dire tel quel. Tant qu'on dira qu'on bricole, qu'on ne sait pas trop, on ne va fâcher personne, mais il va falloir qu'on fâche les gens un peu. Et en matière de vaccination je pense que si on ne les fâche pas bah…ça ne marche pas quoi.*

E8 *: « Mon gynéco m'a dit qu'on ne savait pas mais que ça peut être dangereux… » […] Mais eux, ils n'en ont pas entendu parler de ça, je leur demande quels effets secondaires vous inquiètent, et en fait ils ne savent pas répondre. Moi je leur dis surtout que depuis qu'on le fait en Australie, il n'y a plus de nouveaux cas de cancer de l'utérus chez les femmes, donc ça prouve bien que c'est efficace.*

E10 *: Parce qu'on est dans une situation quand même assez dramatique, avec un gros manque de confiance dans tout ça.*

Un médecin souligne le fait que l'information du public concernant les autres cancers HPV-induits peut être source d'anxiété (E5).

E5 : *Par contre, il va falloir gérer l'anxiété que cela peut provoquer d'expliquer que ce virus est à l'origine d'autres cancers.*

Plusieurs médecins évoquent le risque de confusion avec l'orientation sexuelle, ainsi que l'éventualité d'une meilleure couverture vaccinale une fois que cette confusion sera levée (E4, E7, E8, E11).

E4 : *Si la population générale commence à savoir qu'on vaccine les garçons que s'ils sont homosexuels, bah ça veut dire que quand vous le proposez à un jeune garçon, ben les parents vont dire qu'on ressent leur fils comme un futur homosexuel, ce n'est pas possible, c'est ou bien tous les garçons, ou bien pas de garçons.*

E11 : *La généralisation à tout le monde, et le remboursement, va faciliter la vaccination pour tous les garçons.*

Un médecin a déclaré avoir des difficultés à aborder le sujet de la vaccination des HSH en consultation (E8).

E8 : *Mais je trouve que c'est extrêmement difficile et intrusif de poser cette question, surtout à un âge où ils ne sont pas forcément encore fixés, ils n'ont pas eu encore forcément de rapports.*

3. DISCUSSION

3.1 Principaux résultats

Notre étude a montré un avis favorable des patients et des médecins à la vaccination contre le papillomavirus des garçons. Nous avons interrogé les deux populations afin de comprendre pourquoi, malgré une bonne acceptabilité à priori, la couverture vaccinale de ce vaccin reste encore faible en France, comparée aux données internationales. Nous avons pu mettre en évidence plusieurs freins : le manque de connaissances et d'information sur l'infection à HPV et son vaccin, les doutes sur l'efficacité notamment de la part des médecins, la crainte d'effets secondaires potentiels, la difficulté des médecins à aborder la sexualité en consultation et la préoccupation d'autres épidémies qui apparaissent au premier plan.

En connaissant ces réticences, nous pouvons proposer des solutions pour améliorer la couverture vaccinale du vaccin contre le papillomavirus en France.

3.2 Discussion des résultats

3.2.1 *Connaissance de l'infection par le papillomavirus et du vaccin*

Le premier constat de cette étude est le manque d'information concernant cette pathologie et son moyen de prévention par la vaccination. Seuls 3 patients interrogés (7%) ont déclaré n'avoir rien appris de la présentation du sujet. Ils vivaient tous en milieu urbain, deux avaient entre 18 et 26 ans et étaient étudiants ou dans la vie active, et un était mineur au lycée. Les patients étaient majoritaires à mettre en avant le manque d'information et la méconnaissance du sujet, et cette tendance se retrouvait sur les deux tranches d'âge. Cette problématique a également été abordée par les médecins lors des entretiens. En effet, le défaut d'information au grand public était présenté comme un frein à la vaccination. Par ailleurs, plusieurs d'entre eux avaient des connaissances incomplètes sur les complications à long terme de l'infection par HPV dans les deux sexes, le schéma vaccinal ainsi que les actualités sur le sujet.

Ces résultats étaient concordants avec les données de la littérature. Selon une étude menée à Chicago entre 2011 et 2013 auprès des parents de garçons âgés de 9 à 18 ans (36), ce manque d'information était l'obstacle majeur à la vaccination contre le papillomavirus des garçons rapportés par leurs parents. Les possibilités d'action énoncées étaient l'incitation à la vaccination par le médecin ainsi que la diffusion de messages d'information mentionnant non seulement la prévention des verrues génitales mais aussi le risque de cancer. Les mêmes

conclusions apparaissaient dans l'étude de Tisi *et al*, menée en Italie en 2011 auprès de parents d'adolescents âgés de 11 à 15 ans (37), qui supposaient la nécessité d'une campagne plus invasive et non seulement une information sur les risques potentiels du virus. Ces études étaient réalisées auprès des parents, et non des adolescents et jeunes hommes comme dans le cadre de notre étude : toutefois, les résultats étaient semblables. Une revue systématique de la littérature concernant 55 articles publiés après 2009 (38) cherchait à comprendre les barrières à cette vaccination : le rôle du médecin comme source d'information était un des critères essentiels à son acceptabilité. Concernant l'impact des connaissances des médecins sur la vaccination contre le papillomavirus, la nécessité de formation médicale continue semble être un levier essentiel pour sa généralisation.

3.2.2 *La vaccination en consultation*

Dans notre étude, les médecins se disaient plutôt à l'aise pour aborder la question de la vaccination en consultation, mais des difficultés rencontrées face à la population « anti-vaccin » étaient souvent mentionnées.

L'INPES a mené des enquêtes entre 2003 et 2005 pour analyser les raisons de ces réticences, qui sont reprises dans l'article de Balinska *et al*. (39). Cette opposition vaccinale se retrouverait dans toutes les sociétés avec globalement les mêmes arguments : la revendication d'un choix individuel éclairé plutôt qu'une démarche collective ; le fait que la vaccination serait recommandée à des fins économiques par les médecins et autorités sanitaires qui seraient « achetés » par l'industrie; la vaccination serait nuisible pour la santé, considérée comme artificielle, contrairement aux maladies infectieuses qui sont naturelles et donc bonnes ; etc. Dans les pays industrialisés, les effets secondaires reprochés sont plutôt d'ordre neurologique ou immunitaire, tandis que dans les pays en voie de développement, on craint plutôt l'infertilité voire la transmission du VIH. Les caractéristiques communes des effets suspectés sont similaires : une pathologie rare, en augmentation, que l'on explique mal. Les résultats de cette étude montraient une mauvaise compréhension de la transmissibilité des maladies infectieuses, et des attitudes différentes selon le type de vaccin, les caractéristiques de la population (âge, sexe, lieu de résidence). Du côté de la perception par les médecins généralistes, celles de l'utilité et de la sécurité du vaccin étaient corrélées : par exemple, ils étaient convaincus de l'utilité du DTP et donc de son innocuité, alors qu'ils étaient plus réticents aux vaccins contre l'hépatite B, le BCG et le pneumocoque. Les pédiatres semblaient beaucoup moins réticents : cette tendance était expliquée par le plus grand nombre de vaccinations dans la patientèle d'un pédiatre ainsi que de la formation sur la vaccination au cours de leur cursus. L'étude concluait

en disant que la disparition des grandes épidémies, remplacées par les maladies infectieuses banales et sans gravité, engendrait une perte de conscience du risque infectieux quotidien, et donc qu'une plus grande attention était portée aux effets secondaires de la vaccination, qui était dévalorisée en l'absence de risque infectieux visible.

L'enquête auprès des médecins dans notre étude a été réalisée durant la pandémie à Covid-19. Il nous semblait important de le mentionner car cette crise sanitaire a pu modifier les réponses données par les médecins. En effet, la question de l'immunité collective a été prédominante durant cette période, et nous nous rendons bien compte de l'importance de celle-ci. Cette notion a fait écho à l'infection à HPV, qui touche les deux sexes, et concerne donc toute la population. Par ailleurs, cette crise sanitaire aura peut-être pour impact de changer la vision de la population vis-à-vis des grandes épidémies et de la vaccination, et de créer une meilleure relation de confiance avec les institutions et autorités sanitaires.

Dans notre étude, tous les médecins déclaraient proposer la vaccination contre le papillomavirus aux jeunes filles. Plusieurs d'entre eux disaient être moins insistants pour ce vaccin-là que pour d'autres vaccinations (celles obligatoires notamment) et souhaitaient un recul supplémentaire ou des études d'innocuité. Le lien entre ce vaccin et la question de la sexualité et des maladies sexuellement transmissibles représentait une difficulté pour certains médecins. Les consultations se passaient essentiellement en présence des parents : ceux qui abordaient le plus la question de la sexualité étaient également ceux qui semblaient davantage favorables au vaccin et qui essayaient de consacrer un moment seul avec l'adolescent lors de la consultation.

Les résultats de notre étude étaient comparables aux données de la littérature. Une étude réalisée en 2008 par Piana *et al.* auprès de médecins de la région PACA (40) montre que les médecins statistiquement les plus favorables à la vaccination anti-HPV sont ceux qui abordent spontanément la question de la sexualité et des IST, ceux qui pensent que cette vaccination n'engendre pas d'image négative de la sexualité, ceux qui ne soulèvent pas le manque de recul sur les effets indésirables lors de l'information aux familles et enfin ceux qui pensent que le vaccin ne nuira pas au dépistage par frottis cervico-utérin.

Les connaissances des médecins sur l'infection et la vaccination anti-HPV étaient globalement bonnes, mais les recommandations vaccinales récentes étaient moins bien connues par certains médecins, et notamment ceux qui y étaient plus réticents.

3.2.3 *Acceptabilité de la vaccination contre le papillomavirus*

3.2.3.1 Efficacité

Les adolescents et jeunes hommes étaient plutôt d'avis que le vaccin pouvait être efficace pour limiter la transmission du virus et pour prévenir du risque d'autres cancers HPV-induits. Du côté des médecins, tous étaient plutôt favorables à cette vaccination, qu'ils estimaient « cohérente, logique », mais certains d'entre eux émettaient des réserves quant à son efficacité et attendaient le retour des études concernant le bénéfice attendu chez les garçons, tandis que d'autres doutaient que cette nouvelle recommandation puisse améliorer la couverture vaccinale. Un médecin se questionnait sur la persistance d'une immunité. Lors de l'inclusion des médecins, un seul a refusé de participer à l'étude. Selon lui, l'efficacité restait à prouver car si « *la diminution de certaines souches HPV est certaine, […] il est possible que les autres souches toujours présentes occasionnent finalement autant de cancers* ». Cet argument de la perception de l'efficacité par la population générale et les médecins généralistes peut être mis en lien avec le défaut d'information concernant le vaccin et ses bénéfices.

Comme nous l'avons vu dans la première partie de ce rapport, les études concernant l'efficacité du vaccin sur la réduction de la prévalence des infections et des cancers induits par le papillomavirus semblent favorables mais présentent malgré tout des divergences (25–28). L'amélioration de la couverture vaccinale chez les filles semble être une stratégie plus efficace (25,28).

D'après la commission de la transparence du Gardasil 9®, les données disponibles ne permettent pas à ce jour de trancher sur les questions suivantes (41) :

- L'interchangeabilité du vaccin nonavalent avec les autres vaccins
- Le risque potentiel de sélection de génotypes d'HPV de remplacement suite à l'introduction du nonavalent
- Le maintien de l'efficacité vaccinale avec un schéma en deux doses
- Les taux de couverture vaccinale qui seront obtenus
- L'efficacité en termes de prévention des cancers

Toutefois, compte-tenu des données disponibles, il est attendu un impact favorable du vaccin sur la morbi-mortalité.

3.2.3.2 Innocuité

Le risque d'effets indésirables est le motif de refus le plus largement retrouvé dans les études d'acceptabilité. Fournir aux parents des informations claires concernant l'innocuité des vaccins et les effets secondaires potentiels est une priorité (38).

Dans notre étude, la peur des effets secondaires ou la crainte liée à l'injection n'étaient pas les motifs principaux de refus des patients. Cette différence par rapport aux données de la littérature peut s'expliquer par le fait que le questionnaire était destiné aux adolescents et jeunes hommes, et non pas aux parents. En effet, on peut imaginer qu'un parent puisse craindre davantage d'être à l'origine d'une éventuelle complication, par sa décision de vacciner son enfant. Cette crainte est également partagée par certains médecins généralistes.

Cette crainte des effets secondaires liés à la vaccination ne concerne pas uniquement le Gardasil®. En effet, les vaccins sont très controversés en France. La polémique du vaccin contre l'hépatite B a laissé de nombreuses traces dans l'esprit des français, bien qu'aucune étude n'ait établi de lien de causalité entre la vaccination et la sclérose en plaques (42). Le manque d'information au grand public sur les bénéfices de la vaccination et la médiatisation importante de ces polémiques participent à cette méfiance vis-à-vis de la vaccination et des autorités sanitaires. Le manque de recul concernant les vaccins plus récents est souvent relayé comme argument en défaveur de la vaccination. La distinction entre vaccins obligatoires ou non peut également interroger sur la nécessité de réaliser ces vaccinations dites « facultatives », et donc qui peuvent être perçues comme non importantes par la population. En lien avec l'accessibilité à l'information notamment par Internet, la population revendique un droit au libre-choix éclairé. Cette notion de décision médicale partagée comme paradigme de la relation médecin-patient était également promulguée par plusieurs médecins lors de notre étude.

3.2.3.3 Modalités pratiques de la vaccination

Parmi les médecins, les modalités pratiques de cette vaccination entrainaient des avis divergents. L'âge du vaccin entre 11 et 14 ans était majoritairement perçu comme un avantage, car il permettait un schéma vaccinal en deux doses, de même que la possibilité de le faire en même temps que le rappel du DTP. Certains trouvaient toutefois que cet âge était trop jeune pour aborder la sexualité et la prévention des infections sexuellement transmissibles. Cette

opinion était partagée par la population de médecins généralistes de la région PACA dans l'étude de Piana *et al.* (40).

Le vaccin Gardasil 9® était le plus largement utilisé. Ceci peut s'expliquer par le fait que le quadrivalent a été commercialisé en premier, et que le nonavalent lui succédé. Dans son avis du 19 février 2020, la commission de la transparence de la HAS considère que le « *Gardasil 9® comporte une amélioration du service médical rendu modérée (niveau III) – au même titre que le Gardasil® lors de son évaluation initiale chez les filles - dans la stratégie de prévention des lésions ano-génitales précancéreuses et cancéreuses liées à certains HPV dans les populations (filles et garçons) et selon les modalités recommandées* » (41).

3.2.3.4 Une infection sexuellement transmissible

Lors de l'étude menée auprès des garçons, les notions de responsabilité vis-à-vis de son partenaire et de protection égale entre les hommes et les femmes étaient majoritairement partagées. Limiter la transmission du virus semblait être un facteur important pour eux.

La vaccination contre le papillomavirus peut être un moment d'aborder la sexualité et la prévention des IST. Si nombreux sont les médecins à estimer que l'âge de 11 ans est trop précoce, certains le voient comme une occasion d'amener le sujet progressivement. Plusieurs études relatent que ceci peut être un frein à cette vaccination, tant du côté des parents que des médecins.

Dans l'étude de Marlow *et al.* (43), trois quarts des mères des jeunes filles anglaises âgées de 8 à 14 ans déclaraient que le fait d'aborder la sexualité était un frein à la vaccination. Dans une autre étude du même auteur (44), la crainte d'une activité sexuelle plus précoce et plus à risque était avancée.

Toutefois, il serait illusoire de penser que les adolescents n'aient accès à une information sur la sexualité. Selon Sinković et al. (2013), plus d'un tiers des jeunes regarderaient leurs premières images à caractère pornographique à 11 ans ou moins, et 40% entre 12 et 14 ans (45). L'étude belge de Puglia *et al.* (46) a étudié l'influence de la pornographie sur les représentations de la sexualité et les pratiques des adolescents : les médias auraient un impact fort sur la sexualité des adolescents, et il serait intéressant d'en informer les parents pour qu'ils créent un espace de discussion autour de ce sujet avec leurs enfants.

Du côté des médecins, les attitudes sont variables entre discussion ouverte sur la sexualité, questionnement sur l'information délivrée par les parents à la maison et évitement du sujet en raison d'une gêne. La réticence de cette vaccination par certains médecins peut être mise en lien avec la difficulté à répondre aux questions qu'elle engendre. Une proportion importante de médecins semble être mal à l'aise avec ce sujet et pourraient craindre que la vaccination puisse engendrer une image négative de la sexualité en la stigmatisant sur le versant des IST. Ils partagent avec les parents l'inquiétude d'engendrer une sexualité plus à risque selon l'étude de Piana *et al.* (40).

De plus, d'après les médecins interrogés lors de notre étude, la généralisation de la vaccination à tous les garçons pourrait permettre une meilleure adhésion de la part des familles car elle n'entrainerait plus de confusion sur l'orientation sexuelle, contrairement à la recommandation précédente de vacciner uniquement les hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes.

3.2.3.5 Le papillomavirus, une priorité en matière de santé publique ?

Lors des entretiens, plusieurs médecins considéraient que la vaccination contre le papillomavirus, bien qu'importante, n'était pas le principal enjeu de santé publique en matière de vaccination. La question du vaccin contre la rougeole a notamment été citée.

D'après le rapport de la Commission de transparence du nonavalent (41), le vaccin est susceptible d'avoir un impact sur la santé publique, à condition d'obtenir une couverture vaccinale optimale chez les filles ainsi que chez les garçons suite à la vaccination universelle. Ceci a été évalué compte tenu « *de la gravité et de l'incidence des lésions précancéreuses et cancéreuses liées à l'infection à HPV, du besoin médical dans la prévention des infections à HPV à haut risque oncogène, de l'efficacité de GARDASIL 9, comparable à celle de GARDASIL en prévention des lésions de haut grade dues aux HPV6, 11, 16, 18 et de 97,4% (IC95% [85,0 ; 99,9]) en prévention des lésions de haut grade dues aux HPV additionnels 31, 33, 45, 52 et 58, et de l'impact potentiellement favorable sur l'organisation des soins* ».

Dans ce contexte, la Commission propose un taux de remboursement par la solidarité nationale de 100%. Plusieurs médecins déclaraient attendre ce remboursement avant de commencer à prescrire le Gardasil 9® aux garçons.

3.3 Discussion sur la méthodologie

3.3.1 *Limites et biais de l'étude*

Pour évaluer la qualité de ce travail, il faut identifier les biais qui se sont présentés.

Concernant la première partie de l'étude

- *Biais de sélection de l'échantillon*

Le choix des cabinets libéraux dans lesquels a eu lieu le recrutement des patients a été fait dans un souci de diversification de l'échantillonnage. En effet, nous avons sélectionné des médecins exerçant en milieu urbain, rural et semi-rural. Toutefois, la population des patients était majoritairement urbaine (59% contre 32% en zone-semi rurale et 0,07% zone rurale).

De plus, les patients inclus dans l'étude étaient ceux qui se présentaient dans une structure de soin : ainsi, la population était moins représentative de la population générale. Enfin, on peut supposer que les garçons et jeunes hommes qui acceptent de répondre au questionnaire sont plus sensibilisés ou plus informés sur le sujet que ceux qui refusent.

- *Limites*

Une des limites que l'on peut opposer à cette étude est le faible nombre de participants, ce qui abaisse la puissance de l'étude. En effet, malgré les nombreuses relances auprès des médecins et des secrétaires, nous nous sommes retrouvés face à une difficulté à inclure davantage de patients, ce qui nous a poussé à étendre secondairement le recueil aux urgences. Cette difficulté peut s'expliquer par différentes raisons : une explication trop faible du message à délivrer aux patients par les secrétaires, un manque de proposition systématique aux patients répondant aux critères d'inclusion, un défaut de sensibilisation et de communication sur le sujet, une absence de retour au secrétariat des questionnaires remplis.

Concernant le questionnaire, il a été rédigé à partir d'une étude d'acceptabilité menée en Suède auprès de 31 lycéens. Les arguments en faveur et en défaveur de la vaccination peuvent diverger entre ces deux populations. Pour pallier ce biais, il était possible d'ajouter un argument supplémentaire en texte libre sur le questionnaire. En pratique, seul un patient y a répondu.

Concernant la deuxième partie de l'étude

- *Biais de sélection de l'échantillon*

Comme évoqué précédemment, la localisation géographique peut représenter un biais dans cette étude. Par ailleurs, les médecins qui ont été recrutés accueillaient pour la plupart d'entre eux des internes au sein de leur cabinet, et on peut imaginer qu'ils étaient plus sensibilisés aux dernières recommandations, à la formation continue et aux travaux de thèse.

- *Biais de recueil – biais d'investigation*

La méthodologie en recherche qualitative provoque des biais.

En effet, le premier risque est d'orienter l'entrevue et de sélectionner les « bonnes réponses » (35), ce qu'on peut appeler la circularité, c'est-à-dire le risque de se focaliser sur les seuls faits venant confirmer la théorie (34). Selon M. Huberman et M. Miles (47), la recherche qualitative cherche à « retrouver le sens des phénomènes » en optant pour une « flexibilité dans les méthodes de recherche » et en prenant en compte la « subjectivité des acteurs au lieu d'atteindre une objectivité illusoire ». Dans le cadre de l'étude, ce biais pourrait être d'autant plus important que l'enquêteur a une faible expérience de ces entretiens, et qu'il exerce la même profession que l'enquêté, et donc qu'il a un avis propre sur la question de recherche, ce qui peut transparaître dans les questions et relances.

De plus, pour une meilleure retranscription de l'entretien, celui-ci a été enregistré. Associé à l'absence d'anonymat au moment du recueil, on peut supposer que les médecins aient adapté leurs réponses et qu'il puisse y avoir une différence entre celles-ci et leur pratique réelle, par peur du jugement : c'est le biais de valorisation.

Dans cette étude, onze médecins ont été interrogés. Ces résultats n'ont pas vocation à être généralisés à l'ensemble des médecins. La recherche qualitative est plutôt une façon de regarder la réalité sociale : « plutôt que de chercher les bonnes réponses, la recherche qualitative se préoccupe également de la formulation des bonnes questions », elle s'appuie sur les mots et les récits, et cherche à décrire et générer des hypothèses pour expliquer un phénomène ou un comportement (48). La saturation des données a été obtenue après le 9ème entretien, c'est-à-dire que les deux derniers entretiens n'ont pas apporté de théories ou hypothèses supplémentaires. Ainsi, il ne semblait pas nécessaire d'augmenter l'effectif des médecins interrogés. L'échantillon était de taille comparable à l'étude suédoise (31 lycéens

avec saturation des données après 25 entretiens) (33) ainsi qu'aux thèses qualitatives sur ce même sujet : de 11 à 17 entretiens pour des thèses soutenues entre 2015 et 2018 (49–53).

- *Biais externes*

Les entretiens ayant eu lieu pendant les horaires de travail des médecins, ceux-ci ont pu être interrompus par les stimulations extérieures (secrétariat par exemple). De plus, le manque de disponibilité des médecins entre deux rendez-vous, ou les entretiens ayant lieu en fin de journée avec la fatigue ou le surmenage accumulés ont pu avoir un impact sur la qualité des réponses et le temps accordé pour l'entretien.

3.3.2 *Forces de l'étude*

Concernant la première partie de l'étude

Bien que de faible effectif, la population était comparable entre les deux tranches d'âge. Les différentes localisations géographiques étaient représentées, avec tout de même une majorité de milieu urbain. Il y a eu peu d'erreurs de compréhension du questionnaire et de rédaction des réponses. Celui-ci a été réalisé à partir d'échelles de Likert, qui est une échelle d'attitude souvent utilisée dans les enquêtes d'opinion comme celle-ci, pour permettre à la personne interrogée de nuancer ses réponses, et ainsi d'avoir différents degrés de jugement. Concernant le choix des questions, nous avons repris les thèmes retrouvés dans le questionnaire de l'étude suédoise (33), qui nous semblait bien abouti car il avait été établi avec des spécialistes en virologie, en pédiatrie, et en santé sexuelle de l'adolescent.

Concernant la deuxième partie de l'étude

La recherche qualitative est plus adaptée pour identifier et comprendre les comportements des médecins, et les facteurs subjectifs dont ils découlent. En recherche qualitative, ce n'est pas la taille de l'échantillon qui importe mais la qualité de celui-ci (35).

Dans notre étude, la répartition des médecins par sexe était comparable. Certains avaient une orientation en gynécologie ou pédiatrie, mais pas tous. Cela rend l'échantillon plus représentatif. Au fil des entretiens, le guide a été légèrement modifié, avec reformulation des questions ou l'ajout de la question concernant la discussion sur la sexualité en consultation. Ces modifications ont été faites dans un souci de perfectionnement des entretiens. Les

questions et relances étaient orientées selon la connaissance du médecin à ce sujet et son niveau d'implication dans la vaccination anti-HPV.

3.3.3 *Validité interne*

La validité interne d'une étude consiste à s'assurer de la pertinence et de la cohérence interne des résultats générés par l'étude.

D'une part, concernant l'enquête réalisée auprès des patients, on peut opposer plusieurs limites : le biais des données déclaratives (que nous avons essayé de limiter en anonymisant les questionnaires, afin que les interrogés ne se sentent pas jugés), le mode d'échantillonnage, le faible effectif.

D'autre part, concernant la recherche qualitative, la validité interne suppose des résultats « justes, authentiques et plausibles […] liés à une théorie antérieure ou émergente » (54). Dans cette étude, il n'y a pas eu de triangulation des sources et des méthodes. Certains critères de qualité ont néanmoins été respectés : la rédaction d'un guide d'entrevue et ses ajustements au fil de l'étude, l'effort d'objectivité au cours des entretiens, la saturation des données, la retranscription rigoureuse des résultats.

3.3.4 *Validité externe*

La validité externe concerne la généralisation des résultats. Dans le cadre de cette étude, les échantillons étaient peu représentatifs de la population générale. Toutefois, les résultats obtenus ont été confrontés aux données de la littérature et étaient globalement superposables. Par ailleurs, la méthodologie qualitative semblait adaptée à notre question de recherche car elle est fréquemment utilisée dans les études d'acceptabilité recueillant l'opinion sur la vaccination (33,49–53).

3.4 Pistes pour améliorer la couverture vaccinale ?

Malgré une acceptabilité correcte de la vaccination contre le papillomavirus, la couverture vaccinale des filles reste encore bien au-dessous des objectifs de santé publique. En sera-t-il de même avec la vaccination des garçons ? Comment faire pour l'améliorer ?

Dans l'article de A. Dutilleul *et al.*, publié en 2018 (55), ont été retenus plusieurs axes importants dans le rétablissement d'une confiance dans les vaccins pour permettre une meilleure couverture vaccinale : l'élargissement du caractère obligatoire de la vaccination, l'exigence de transparence, l'effort d'information et de communication, la simplification du parcours vaccinal, l'amélioration de la formation des professionnels de santé et l'implication de la recherche dans les questionnements de la société. Ainsi, ils proposent par exemple de développer des systèmes d'information pour la vaccination (SIV) informatisés et intégrés au dossier médical partagé, de surveiller les échanges sur Internet et sur les réseaux sociaux, et de réaliser des études en amont des campagnes de vaccination pour recueillir l'acceptabilité de la population.

Une autre dimension primordiale est la formation et l'éducation en vaccinologie à la fois des professionnels de santé au cours de la formation initiale et de la formation continue ; mais aussi dans le domaine de l'éducation pour sensibiliser les jeunes à cette thématique. Dans cet article (55), les membres de la table ronde considéraient que le fait de renforcer la connaissance de la vaccination à l'école était un « un prérequis indispensable à la mise en place de la vaccination en milieu scolaire pour le vaccin contre le papillomavirus humain ».

La vaccination contre le papillomavirus en milieu scolaire est pratiquée dans plusieurs pays (Australie, Autriche, Belgique, Canada, Norvège, Finlande…) (20). Intégrée dans une organisation nationale, celle-ci obtient de très bons résultats dans plusieurs pays d'Europe notamment au Royaume-Uni (avec une couverture vaccinale à 84% chez les filles selon un schéma à 3 doses en 2017-2018), ainsi qu'en Australie (80% chez les filles et 76% chez les garçons) (20). Une étude suisse de 2013 allait déjà dans ce sens et concluait que la vaccination en milieu scolaire avec soutien et adhésion de la part des professionnels était l'un des facteurs les plus importants concernant la couverture vaccinale, et que le succès d'une campagne de vaccination nécessitait un soutien politique, des experts de santé publique qualifiés ainsi que des campagnes de promotion et d'information claires (56). Une revue de la littérature réalisée

en 2017 nuançait cela en concluant que les interventions éducatives augmentaient la connaissance sur le virus ainsi que l'intention vaccinale mais pas la vaccination (57).

Le rapport du Ministère des affaires sociales et de la santé sur la stratégie nationale de santé sexuelle (58) aborde ce sujet d'éducation des jeunes à la sexualité, à la santé sexuelle et aux relations entre les personnes, qu'il considère être une priorité en matière de santé publique, et souligne l'importance de renforcer la formation en santé sexuelle des professionnels de santé, du médico-social, de l'éducation, de la justice et des médias. Une consultation dédiée pour aborder ce sujet avec l'adolescent seul pourrait être encouragée, sur le même modèle que celle de contraception et de prévention des maladies sexuellement transmissibles (CCP) qui existe déjà pour les jeunes filles mineures.

Améliorer la couverture vaccinale contre le papillomavirus en France nécessite donc une mobilisation des autorités sanitaires et politiques, des professionnels de santé et de tous ceux qui interviennent dans le champ de la santé sexuelle et de l'éducation à la sexualité, afin d'offrir une information claire, adaptée, et sans discrimination, aux jeunes et à leurs parents.

CONCLUSION

En accord avec les données de la littérature, notre étude montre une bonne acceptabilité de la vaccination des garçons contre le papillomavirus auprès des patients et des médecins. Cette recommandation fait suite à l'absence d'efficacité des programmes de vaccination mis en œuvre en France jusque-là, ne permettant pas d'atteindre les objectifs de couverture vaccinale qu'elle s'était fixée.

Les principaux freins évoqués par les médecins sont le manque d'information sur la pathologie, les doutes sur l'innocuité et l'intérêt du vaccin dans cette indication, et la difficulté à aborder le sujet de la sexualité en consultation. A l'inverse, l'abaissement de l'âge de la vaccination au même âge que le rappel du DTPC avec un schéma en deux doses, et l'élargissement de celle-ci à tous les garçons sans distinction selon leur orientation sexuelle sont perçus par les médecins comme des atouts. Du côté des patients, l'argument majeur en défaveur de ce vaccin est la méconnaissance de la pathologie et de son moyen de prévention.

Ainsi, il nous parait indispensable de mieux former les professionnels de santé mais aussi la population générale à la vaccinologie et à la notion d'immunité collective, en l'intégrant par exemple dans les programmes scolaires pour introduire, à terme, la vaccination en milieu scolaire comme nos voisins européens. L'éducation en santé sexuelle semble également être une piste pour l'amélioration de la couverture vaccinale, dans une société où les médias véhiculent de plus en plus d'informations accessibles aux adolescents, qui peuvent avoir un impact sur leurs représentations de la sexualité.

Des études ultérieures seront nécessaires pour évaluer l'efficacité de cette recommandation vaccinale sur l'amélioration de la couverture vaccinale et son impact sur les lésions pré-cancéreuses et cancéreuses liées au papillomavirus.

BIBLIOGRAPHIE

1. J.-J. Baldauf, Averous G, E. Baulon. Néoplasies intra-épithéliales du col. EMC gynécologie. avr 2013;8(2):597-A-10.

2. H. Rakotomahenina, C. Bonneau, R. Ramanah, J.-L. Brun. Epidémiologie, prévention et dépistage du cancer du col de l'utérus. EMC gynécologie. janv 2016;11(1):605-A-15.

3. Peto J, Gilham C, Deacon J, Taylor C, Evans C, Binns W, et al. Cervical HPV infection and neoplasia in a large population-based prospective study: the Manchester cohort. Br J Cancer. août 2004;91(5):942-53.

4. Herbert A, Holdsworth G, Kubba AA. Cervical screening: why young women should be encouraged to be screened. J Fam Plann Reprod Health Care. janv 2008;34(1):21-5.

5. Institut National du Cancer (INCa). Les cancers en France / édition 2015. 2016.

6. Santé publique France. Cancer du col de l'utérus [Internet]. 2019. Disponible sur: https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-col-de-l-uterus/publications/#tabs

7. Institut National du Cancer (INCa). Cancers en France. avr 2018; Disponible sur: https://www.e-cancer.fr/ressources/cancers_en_france/

8. Santé Publique France. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. Prévention du cancer du col de l'utérus. 17 sept 2019;(22-23).

9. World Health Organization. Estimated number of new cases in 2018, worldwide, females, all ages [Internet]. Disponible sur: http://gco.iarc.fr/today/online-analysis-table?v=2018&mode=cancer&mode_population=continents&population=900&populations=900&key=asr&sex=2&cancer=39&type=0&statistic=5&prevalence=0&population_group=0&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%5D=17&nb_items=5&group_cancer=1&include_nmsc=1&include_nmsc_other=1

10. Cowppli-Bony Anne, Uhry Zoé, Remontet Laurent. Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine. 1989 - 2013. Partie 1 / Tumeurs solides. In 2016. (Etat des lieux et des connaissances / Epidémiologie).

11. Haute Autorité de Santé. Synthèse de la recommandation en santé publique. Evaluation de la recherche des papillomavirus humains (HPV) en dépistage primaire des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus et de la place du double immuno-marquage p16/Ki67. 2019 juill.

12. Institut National du Cancer (INCa). Conduite à tenir devant une femme ayant une cytologie cervico-utérine anormale /Recommandations et référentiels. 2016.

13. ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. GARDASIL [Internet]. 2015 [cité 9 févr 2020]. Disponible sur: https://www.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

14. Haute Autorité de Santé. GARDASIL 9, vaccin papillomavirus humain 9-valent [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2018 [cité 9 févr 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2796800/fr/gardasil-9-vaccin-papillomavirus-humain-9-valent

15. Haut Conseil de la santé publique. Avis relatif à la place du vaccin GARDASIL 9® dans la stratégie actuelle de prévention des infections à papillomavirus humains. 10 févr 2017;17.

16. Haute Autorité de Santé. Fiche synthèse de la recommandation_vaccinale - Vaccination contre les papillomavirus chez les garcons. 2019.

17. Haute Autorité de Santé. Cancer du col de l'utérus : une meilleure couverture vaccinale et un dépistage renforcé restent la priorité [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2017 [cité 9 févr 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2797450/fr/cancer-du-col-de-l-uterus-une-meilleure-couverture-vaccinale-et-un-depistage-renforce-restent-la-priorite

18. Rossi C, Vanhomwegen C, Laurent F. [HPV vaccination in boys and men : update and recommendations]. Rev Med Brux. 2018;39(4):352-8.

19. INCa. Bénéfices attendus de l'augmentation de la couverture vaccinale contre les HPV en France/synthèse. mai 2019;

20. Haute Autorité de Santé. Elargissement de la vaccination contre le papillomavirus aux garçons. déc 2019;174.

21. Casassus P. Pour ou contre le vaccin anti-HPV et son extension d'indication ? 5 févr 2020;

22. Tatar O, Perez S, Naz A, Shapiro GK, Rosberger Z. Psychosocial correlates of HPV vaccine acceptability in college males: A cross-sectional exploratory study. Papillomavirus Res. 1 déc 2017;4:99-107.

23. Siu JY, Fung TKF, Leung LH. Barriers to Receiving HPV Vaccination Among Men in a Chinese Community: A Qualitative Study in Hong Kong. Am J Mens Health. janv 2019;13(1):155798831983191.

24. Lacombe-Duncan A, Newman PA, Baiden P. Human papillomavirus vaccine acceptability and decision-making among adolescent boys and parents: A meta-ethnography of qualitative studies. Vaccine. 03 2018;36(19):2545-58.

25. Bogaards JA, Kretzschmar M, Xiridou M, Meijer CJLM, Berkhof J, Wallinga J. Sex-Specific Immunization for Sexually Transmitted Infections Such as Human Papillomavirus: Insights from Mathematical Models. PLoS Med. 20 déc 2011;8(12).

26. Smith MA, Lew J-B, Walker RJ, Brotherton JML, Nickson C, Canfell K. The predicted impact of HPV vaccination on male infections and male HPV-related cancers in Australia. Vaccine. 8 nov 2011;29(48):9112-22.

27. Elbasha EH, Dasbach EJ. Impact of vaccinating boys and men against HPV in the United States. Vaccine. 4 oct 2010;28(42):6858-67.

28. Brisson M, van de Velde N, Franco EL, Drolet M, Boily M-C. Incremental impact of adding boys to current human papillomavirus vaccination programs: role of herd immunity. J Infect Dis. 1 août 2011;204(3):372-6.

29. Marty R, Roze S, Bresse X, Largeron N, Smith-Palmer J. Estimating the clinical benefits of vaccinating boys and girls against HPV-related diseases in Europe. BMC Cancer. 8 janv 2013;13:10.

30. Haut Conseil de la santé publique. Vaccination des garçons contre le papillomavirus humain. 19 févr 2016;

31. Badoual C. Impact de l'HPV dans les carcinomes autres que gynécologiques. La Revue de Médecine Interne. 2015;(36):540-7.

32. InfoCancer ARCAGY-GYNECO. Autres cancers gynécologiques - Cancer du vagin/vulvaire [Internet]. [cité 11 févr 2020]. Disponible sur: http://www.arcagy.org/infocancer/localisations/cancers-feminins/autres-cancers-gynecologiques/cancer-du-vagin.html/

33. Grandahl M, Nevéus T, Dalianis T, Larsson M, Tydén T, Stenhammar C. 'I also want to be vaccinated!' – adolescent boys' awareness and thoughts, perceived benefits, information sources, and intention to be vaccinated against Human papillomavirus (HPV). Hum Vaccines Immunother. 20 déc 2018;15(7-8):1794-802.

34. Bibliomed. Qu'est-ce que la recherche qualitative à l'ère des essais randomisés ? févr 2003;(294).

35. Sylvain L. Le guide d'entrevue : son élaboration, son évolution et les conditions de réalisation d'une entrevue. 2000;128-32.

36. Tan TQ, Gerbie MV. Perception, Awareness, and Acceptance of Human Papillomavirus Disease and Vaccine Among Parents of Boys Aged 9 to 18 Years. Clin Pediatr (Phila). juill 2017;56(8):737-43.

37. Tisi G, Salinaro F, Apostoli P, Bassani R, Bellicini A, Groppi L, et al. HPV vaccination acceptability in young boys. :6.

38. Holman DM, Benard V, Roland KB, Watson M, Liddon N, Stokley S. Barriers to Human Papillomavirus Vaccination Among US Adolescents: A Systematic Review of the Literature. JAMA Pediatr. 1 janv 2014;168(1):76.

39. Balinska M-A, Léon C. Opinions et réticences face à la vaccination. Rev Médecine Interne. janv 2007;28(1):28-32.

40. Piana L, Noel G, Uters M, Laporte R, Minodier P. Opinions et pratiques des médecins généralistes face à la vaccination anti-Papillomavirus. Médecine Mal Infect. oct 2009;39(10):789-97.

41. Haute Autorité de Santé. Commission de la transparence du Gardasil 9 - Avis 19 février 2020. 02/20.

42. Fourrier A, Bégaud B, Alpérovitch A, Verdier-Taillefer M-H, Touzé E, Decker N, et al. Hepatitis B vaccine and first episodes of central nervous system demyelinating disorders: a comparison between reported and expected number of cases. Br J Clin Pharmacol. mai 2001;51(5):489-90.

43. Marlow LAV, Waller J, Wardle J. Parental attitudes to pre-pubertal HPV vaccination. Vaccine. mars 2007;25(11):1945-52.

44. Marlow LAV, Forster AS, Wardle J, Waller J. Mothers' and Adolescents' Beliefs about Risk Compensation following HPV Vaccination. J Adolesc Health. mai 2009;44(5):446-51.

45. Sinković M, Štulhofer A, Božić J. Revisiting the Association between Pornography Use and Risky Sexual Behaviors: The Role of Early Exposure to Pornography and Sexual Sensation Seeking. J Sex Res. oct 2013;50(7):633-41.

46. Puglia R, Glowacz F. Consommation de pornographie à l'adolescence : quelles représentations de la sexualité et de la pornographie, pour quelle sexualité ? Neuropsychiatr Enfance Adolesc. juin 2015;63(4):231-7.

47. Pourtois J-P. Huberman (A. Michael) et Miles (B. Matthew). — Analyse des données qualitatives : recueil de nouvelles méthodes. Rev Fr Pédagogie. 1993;105(1):132-4.

48. Kohn L, Christiaens W. Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. Reflets Perspect Vie Econ. 2014;Tome LIII(4):67-82.

49. Sadki M. Vaccination anti-papillomavirus : perception du vaccin par les médecins généralistes et attitudes adoptées face aux réticences qu'il suscite. Picardie Jules Verne; 2016.

50. 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. Pierre et Marie Curie (Paris 6); 2017.

51. Shemelova E. Facteurs influençant la prise de décision sur la vaccination contre le HPV. Grenoble; 2017.

52. Tronche Julie. Vaccination anti-HPV : pourquoi tant de difficultés ? Le point de vue des médecins généralistes. Limoges; 2018.

53. Lamirand S. Vaccination anti-papillomavirus humain (HPV) : influence des nouvelles recommandations et des médias sur la pratique des médecins généralistes. Lorraine; 2015.

54. Ayerbe C, Missonier A. Validité interne et validité externe de l'étude de cas : principes et mise en œuvre pour un renforcement mutuel. :27.

55. Dutilleul A, Morel J, Schilte C, Launay O, Autran B, Béhier J-M, et al. Comment améliorer l'acceptabilité vaccinale (évaluation, pharmacovigilance, communication, santé publique, obligation vaccinale, peurs et croyances). Therapies. févr 2019;74(1):119-29.

56. Jeannot E, Wyler C-A, Meynard A, Kaiser B, Sudre P, Alvarin J, et al. Facteurs associés à la vaccination HPV chez les jeunes filles de 13 à 14ans dans le canton de Genève, Suisse. Rev DÉpidémiologie Santé Publique. déc 2013;61(6):513-8.

57. Bruel S, Cochard J, Espinouse S, Frappé P. Revue de la littérature sur les interventions en milieu scolaire concernant la vaccination anti-HPV. Sante Publique (Bucur). 29 juin 2020;Vol. 32(1):29-41.

58. Ministère des affaires sociales et de la santé. Stratégie nationale de santé sexuelle - Agenda 2017/2030.

ANNEXES

Annexe 1 : Le questionnaire patient

Thèse de médecine générale

Vaccination anti-HPV des hommes de 12 à 26 ans pour diminuer la prévalence du cancer du col de l'utérus : acceptabilité par la population masculine en France.

Présentation du projet de l'étude :

Il s'agit d'une étude réalisée dans le cadre d'une thèse de Médecine Générale. Je cherche à évaluer l'acceptabilité du vaccin anti-HPV dans la prévention du cancer du col de l'utérus s'il était réalisé chez tous les hommes en France.

Le Gardasil®, qu'est-ce que c'est ? *Le vaccin contre le virus HPV, ou papillomavirus.*

A quoi sert-il ? *A prévenir l'apparition du cancer du col de l'utérus chez la femme, induit par le papillomavirus. Le virus HPV est également responsable :*
- de lésions anales précancéreuses
- de cancer de l'anus
- de verrues génitales (condylomes acuminés)
- de certains cancers oropharyngés

Comment s'attrape ce virus ? *Il s'agit d'une infection sexuellement transmissible. Des partenaires multiples et un âge précoce aux premiers rapports en sont des facteurs de risque.*

A qui ce vaccin est-il recommandé en France ? *Aux jeunes filles de 11 à 14 ans, avec un rattrapage possible de 15 à 19 ans ; et chez les hommes homosexuels de 12 à 26 ans.*

Pourquoi étendre cette vaccination à tous les hommes ? *Car cela pourrait diminuer la prévalence du cancer du col de l'utérus, ainsi que d'autres cancers. Cela est déjà fait dans certains pays (USA, Australie, Autriche, Canada).*

Il s'agit d'un questionnaire qui ne prendra que 5 minutes. Merci par avance. Vous êtes libres de répondre ou non à ce questionnaire. Il est anonyme. Si vous êtes mineur, vous pouvez demander l'accord de vos parents.

I) Informations générales : *(Entourez la réponse qui vous concerne)*

Quel âge avez-vous ?

1) Entre 12 et 17 ans
2) Entre 18 et 26 ans

Si vous êtes majeur, êtes-vous sexuellement actif ?

1) Oui
2) Non
3) Je ne souhaite pas répondre

Quel est votre niveau d'études ?

1) Collège
2) Lycée
3) Etudiant post-bac
4) Vie active
5) Autre : ……

Où vivez-vous ?

1) En milieu urbain
2) En milieu semi-urbain
3) En milieu rural

II) Vaccination HPV

Avez-vous appris quelque chose de cette introduction ?

1) Pas du tout
2) Un peu
3) Beaucoup

Si on vous proposait de vous faire vacciner contre le virus HPV, accepteriez-vous ?

1) Oui
2) Non

Quels seraient vos arguments contre la vaccination ? (Cochez la case correspondante si vous êtes totalement d'accord ou pas du tout d'accord avec les propositions faites. Attention, merci de ne cocher qu'une seule case par ligne.)

	Tout à fait d'accord	**D'accord**	**Plutôt d'accord**	**Avis neutre**	**Plutôt pas d'accord**	**Pas d'accord**	**Pas du tout d'accord**
Par peur des piqûres							
Par mauvaise expérience de vaccinations précédentes							
Par peur des effets secondaires potentiels du vaccin							
Pour cause d'avis défavorable de la part de mon entourage (parents par ex.)							
Je manque d'informations à ce sujet							
Je ne connais pas le vaccin							
Je ne me sens pas concerné par la vaccination							

Pour une autre raison : expliquez

……

Quels seraient vos arguments en faveur de la vaccination ? (Cochez la case correspondante si vous êtes totalement d'accord ou pas du tout d'accord avec les propositions faites. Attention, merci de ne cocher qu'une seule case par ligne.)

	Tout à fait d'accord	**D'accord**	**Plutôt d'accord**	**Avis neutre**	**Plutôt pas d'accord**	**Pas d'accord**	**Pas du tout d'accord**
Pour que la protection soit la même entre les hommes et les femmes							
Pour prévenir la transmission du virus							
Par sentiment de responsabilité vis-à-vis de ma partenaire							
Pour prévenir les cancers anaux et ORL qui peuvent me concerner							

Pour une autre raison : expliquez

……

Annexe 2 : Le guide d'entretien

GUIDE D'ENTRETIEN AUPRES DES MEDECINS

A. Profil du médecin

Sexe, zone géographique, orientation particulière/formations complémentaires, type de patientèle.

B. Vaccination anti-HPV

Déroulement de la consultation de vaccination :

Vous sentez-vous à l'aise pour aborder la vaccination en général ?

Proposez-vous la vaccination HPV aux jeunes filles ?

Menez-vous toujours la consultation en présence des parents ?

Dans quelles circonstances proposez-vous ce vaccin ?

Quel vaccin proposez-vous ?

Est-ce que vous abordez en même temps la sexualité ?

Connaissance de l'infection à HPV et du vaccin :

Avez-vous suivi les récentes recommandations concernant ce vaccin ?

Proposez-vous la vaccination aux HSH (hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes) avant 26 ans ?

Avis sur l'extension vaccinale :

Que pensez-vous de l'extension vaccinale à tous les hommes entre 11 et 14 ans ? L'avez-vous déjà proposée ? Si oui, quels en ont été les retours / les réactions des patients ?

Selon vous, quels seraient les freins à cette vaccination ?

Annexe 3 : Entretiens

- **<u>Entretien n°1</u>**
  26.02.2020. 1min43.

<u>Profil</u> **:**

- **Sexe** : Masculin
- **Zone géographique** : Urbain
- **Orientation particulière** : Non
- **Type de patientèle** : Plutôt âgée

<u>Questions</u> **:**

Êtes-vous à l'aise pour aborder la vaccination en général avec les patients ? *Oui, je n'ai pas trop de problèmes avec les vaccins, mais j'ai surtout une patientèle plus âgée.*

Et concernant la vaccination HPV ? Est-ce une vaccination que vous proposez souvent ? *Il y a quelques temps, il y avait beaucoup de réticences sur ce type de vaccins mais franchement j'essaie de le faire passer quasiment à 100% dans ma clientèle […] j'essaie de leur expliquer l'importance de ce vaccin-là, que moi par exemple, ma fille je l'ai vaccinée, j'essaie d'avoir le plus de poids possible sur cette vaccination-là, et je ne dois pas être loin de 100% dans ma clientèle.*

Et les vaccins, vous les proposez toujours en présence des parents ? *J'essaie de les faire aussi jeune que possible pour avoir un schéma en 2 injections, et les parents en général, c'est eux qui donnent l'accord.*

A quelle occasion proposez-vous cette vaccination à la jeune fille ? *A chaque occasion, pour une infection, une consultation pour un mal de dos…*

Concernant la dernière recommandation sur la vaccination HPV des garçons, avez-vous des informations à ce niveau-là ? Qu'en pensez-vous ? *C'est très logique, c'est très bien, j'attends qu'on l'ait en remboursement, […] je ne l'ai pour l'instant pas proposé.*

Quel vaccin prescrivez-vous ? *Cervarix® et le dernier Gardasil®*

- **<u>Entretien n°2</u>**
  04.03.2020. 3min53.

<u>Profil</u> :

- **Sexe** : Masculin
- **Orientation particulière** : Non
- **Zone géographique** : Urbain
- **Type de patientèle** : Plutôt âgée

<u>Questions</u> :

Est-ce que vous vous sentez à l'aise pour aborder la vaccination en général ? *Euh oui, ça ce n'est pas un problème, pour en parler oui ce n'est pas un problème.*

Et la vaccination par le Gardasil® aux jeunes filles, vous la proposez ? *Oui, oui, on en discute généralement, il n'y a pas de problème particulier.*

Vous le faîte en présence des parents à chaque fois ? *Oui. Généralement il n'y a pas de réticences dans ce sens-là.*

Quel vaccin proposez-vous ? *Le Gardasil 9®. Je sais qu'il y en a un autre…mais je propose le Gardasil 9®.*

Je ne sais pas si vous avez suivi les dernières recommandations sur la vaccination HPV des hommes de la fin de l'année 2019… ? *Non, dîtes-moi.*

[Explications] **Qu'en pensez-vous ?** *Ça parait cohérent, oui.*

Pensez-vous essayer de le proposer aux jeunes hommes ? *Oui, de la même façon je*

pense oui. Cela fait partie des pathologies qu'il faut prévenir, tout-à-fait.

Et pour les HSH avant 26 ans, vous l'aviez déjà proposé ? *Non.*

Une dernière question, concernant la vaccination HPV des jeunes filles, à quelle occasion vous la proposez ? *Oh, bah généralement en période pré-pubertaire, vers 10-11 ans, les mamans posent la question généralement, on en parle pas mal dans les écoles, ou bien y a les copains, les copines, les mères parlent et posent la question à un moment donné. On l'aborde, mais souvent c'est elles qui posent la question.*

- **<u>Entretien n°3</u>**
  05.03.2020. 8min05.

<u>Profil</u> :

- **Sexe** : Féminin
- **Zone géographique** : Urbain
- **Orientation particulière** : médecine générale et pédiatrie
- **Type de patientèle** : diversifiée

<u>Questions</u> :

Avez-vous des problèmes en consultation pour évoquer la vaccination ? *Non, je n'ai pas de problème à ce niveau-là pour ma patientèle.*

Et la vaccination HPV des jeunes filles, vous la proposez systématiquement ? *Oui, systématiquement, et elle est refusée de manière très rare, par des personnes que j'arrive parfois à infléchir on va dire. En général on est au courant assez vite, vu le tournant de la discussion, des personnes qui ne vont pas se rendre à nos arguments. Globalement, j'ai une bonne couverture pour ce vaccin.*

Vous parlez de la vaccination en présence des parents ? A quelle occasion vous la proposez ? *Je le propose à l'occasion de la consultation pendant laquelle je demande la vaccination pour le rappel du tétanos à 11 ans.*

Avez-vous suivi les dernières recommandations du vaccin ? *Oui. J'ai vacciné un garçon, j'en ai prescrit un autre.*

Et vous n'avez pas eu de problèmes pour proposer aux garçons ? *Non pas du tout.*

Ce sont eux qui vous demandent ? *J'ai des patients qui m'en parlent et qui me demandent depuis un moment.*

Est-ce qu'à cette occasion vous abordez la sexualité avec eux ? *Pas trop pour l'instant, non, la sexualité à 11 ans ce n'est pas quelque chose que j'aborde trop, en fait. Cette vaccination, pour moi, elle est un peu tôt pour une discussion sur la sexualité. Donc on la fait pour prévenir, et je dis aux parents que quand il y a aura besoin, je serais là. Mais même les jeunes filles, je ne vais pas discuter de ça, je me positionne un peu plus tard. […] Les parents pour qui je vaccine leurs filles en particulier, me disent ok mais et pour les garçons ? J'ai quelques parents qui m'ont demandé d'eux-mêmes, j'en ai qui sont venus exprès me demander. Généralement ce sont des personnes qui ont elles-mêmes eu des problèmes, pas des problèmes avec le papillomavirus, mais qui ont eu des traitements pour un cancer, des choses comme ça, ceux qui sont particulièrement concernées par ces choses-là. Après les autres, je n'ai pas trop de mal à les convaincre. Je leur dis simplement que jusqu'à présent, la vaccination était faite seulement pour les filles, essentiellement pour des raisons économiques […] parce qu'on pensait qu'en vaccinant les filles, on vaccinerait la totalité de la population [concernée], et que s'apercevant que toutes les filles n'étaient pas vaccinées, pour protéger les garçons, on était obligés de les vacciner aussi. Je leur parle juste comme ça en fait, et c'est un argument qui leur paraît facilement recevable.*

Des questions que les gens me posent, c'est de savoir pourquoi on vaccine les garçons, outre le fait de protéger les filles, mais en quoi eux ça les concerne en fait. […] Pour convaincre les mamans, il faut quand même leur expliquer que c'est pour protéger leur garçon de différents cancers qui peuvent être induits par le virus.

- **<u>Entretien n°4</u>**
  03.04.2020. 11min24.

<u>Profil</u> :

- **Sexe** : Masculin
- **Zone géographique** : Rural
- **Orientation particulière** : Non
- **Type de patientèle** : Âgée

<u>Questions</u> :

Pour commencer, concernant la vaccination en général, est-ce que vous avez des problèmes pour aborder le sujet avec les parents, les enfants ? *Alors, moi, de mon point de vue, je n'ai pas de problème, et je suis plutôt très pro vaccination. Par contre, on a dans notre rayon d'activités un village très babacools pseudo parabouddhistes, qui est très antivaccin, médecine alternative, et on a donc pas mal de gens qui sont en refus de vaccination.*

Et ce sont des personnes plutôt jeunes ? *Oui, plutôt.*

Et donc vous avez souvent ou régulièrement des refus sur les vaccins ? *Dans cette population oui. Je suis à peu près sûr que dans les gens dont je m'occupe, il y en a qui n'ont pas vacciné leurs enfants, ou qui en tous cas ont dû faire des fausses signatures, des faux certificats.*

Si vous avez quelques jeunes filles en consultation, est-ce que vous arriviez à proposer la vaccination HPV jusque-là ? *Alors non parce que ça, c'est plutôt moins compliqué, enfin, la proposer est plutôt moins compliqué parce que je n'ai pas de jeunes filles de ce village. J'ai des jeunes filles, disons normales [rires], enfin ce n'est pas péjoratif… Donc aborder le sujet de la vaccination HPV ça n'a jamais été un problème, mais ce n'est pas pour autant que l'acceptation est unanime… Quand j'aborde le vaccin du tétanos ou de la rougeole, je dis que c'est le moment de faire le rappel, et si j'aborde le vaccin HPV, ils me répondent je ne sais pas ou bien je vais voir… A part certaines familles qui disent ok, souvent il y a plus de freins.*

Et cette consultation de vaccination, la faîtes-vous en présence des parents ? *Oui, c'est toujours en présence des parents.*

Est-ce qu'ils vous posent des questions, émettent des réticences ? *Ils expriment des réticences oui, mais il n'y a pas de questions, non.*

Et dans quelles circonstances vous proposez ce vaccin ? *C'est au moment où je fais le point avec l'enfant, que j'ai un peu de temps, quand c'est le moment de le faire.*

Quel vaccin proposez-vous ? *Le dernier, le Gardasil 9®, celui de ma base de données quoi.*

Avez-vous suivi les dernières recommandations concernant ce vaccin ? *J'en ai entendu parler, mais je ne l'ai pas proposé, c'est quand même probablement de mon fait [rires].*

Qu'en pensez-vous ? *ça me paraît cohérent dans la mesure où, pour les garçons qui sont homosexuels, c'est pas forcément évident, mais si on élargit au-delà des jeunes filles, il faut que ça soit à tous les garçons, on ne peut pas le faire aux jeunes homosexuels parce que, euh, si la population générale commence à savoir qu'on vaccine les garçons que s'ils sont homosexuels, bah ça veut dire que quand vous le proposez à un jeune garçon, ben les parents*

vont dire qu'on ressent leur fils comme un futur homosexuel, c'est pas possible, c'est ou bien tous les garçons, ou bien pas de garçons.

Pensez-vous qu'ils puissent y avoir des freins à cette extension vaccinale, et si oui lesquels ? *Bon, encore une fois, je ne l'ai pas proposé aux jeunes hommes, mais je pense qu'il y aura des freins, oui, qui seront les mêmes qu'expriment les gens concernant les jeunes filles. Qui sont je-ne-sais-sortis-d 'où, les gens ont vachement de freins et je ne sais pas pourquoi.*

Lesquels par exemple ? *Oh bah, ils ne nous donnent pas d'argument, soit ils ne m'en reparlent pas, soit ils me disent qu'ils ont décidé de pas le faire et puis voilà. Après, je ne prends pas toujours le temps d'en parler avec eux…*

Et est-ce que ça arrive que vous abordiez le sujet de la sexualité ? *Non, ça je ne le fais pas, ou très peu. Avec les garçons, je ne serais pas embêté mais ça ne s'est jamais produit, mais avec les jeunes filles…je me sentirais un peu gêné en tant qu'homme de parler de ce sujet, même sans les parents.*

- **Entretien n°5**
  03.04.2020. 13min33.

Profil :

- **Sexe** : Féminin
- **Zone géographique** : Urbain
- **Orientation particulière** : Variée, pédiatrie
- **Type de patientèle** : Plutôt jeune

Est-ce que vous vous sentez à l'aise pour aborder la vaccination en général ? *Oui, je n'ai globalement pas de soucis, même s'il y a certains vaccins comme l'hépatite B qui peuvent poser problème…ou bien la grippe ou l'HPV par exemple, qui font débat car ils ont moins fait preuve d'efficacité…Les vaccins obligatoires, s'ils le sont c'est pour une bonne raison, les études ont montré leur efficacité, mais pour la grippe ou l'HPV c'est parfois plus compliqué, et j'insiste moins si les patients le refusent ou sont réticents.*

Et la vaccination HPV des jeunes filles ? *Je la propose toujours, elle pose rarement problème.*

A quelle occasion la proposez-vous ? *Dès que j'y pense, à chaque occasion possible.*

Vous faîtes cette consultation en présence des parents ? *Oui toujours, les parents sont présents et donnent leur accord, c'est difficile de faire sans eux.*

Est-ce que vous en profitez pour aborder la sexualité ? *Rarement, j'essaie d'aborder le sujet de la vaccination le plus tôt possible pour avoir un schéma à 2 doses, et donc avant 14 ans j'en parle peu. J'essaie de faire une consultation dédiée à l'adolescent après 15 ans, en 3 temps, et donc d'aborder la sexualité à ce moment-là. Sinon, au moment du vaccin, je donne les informations, et j'explique qu'il faut le faire dans l'idéal au début des rapports sexuels, mais je n'en parle pas plus que ça. […]*

Quel vaccin prescrivez-vous ? *Je prescrivais le tétravalent, mais la pharmacie délivrait le nonavalent donc je prescris le Gardasil 9®.*

Est-ce vous avez suivi les dernières recommandations concernant le vaccin ? *Oui, mais pour l'instant je ne l'ai pas prescrit dans cette indication. J'attendais de savoir s'il serait remboursé, comme il y a toujours un décalage à ce niveau-là… Mais comme il était déjà recommandé chez les patients homosexuels, la pharmacie ne peut pas vérifier l'indication j'imagine, donc ça ne devrait pas poser de problème effectivement… Il va falloir s'y mettre !*

Que pensez-vous de cette recommandation ? *Ça me paraît cohérent, logique.*

Pensez-vous qu'il puisse y avoir des freins à cette vaccination ? *Oui…Si le virus ne provoquait que le cancer de l'utérus, la vaccination permettrait de protéger les femmes uniquement et cela serait déjà une bonne chose... Mais je pense que le fait que d'autres cancers soient induits par l'HPV et touchent les hommes… Ça peut inciter les garçons et leurs familles. Par contre, il va falloir gérer l'anxiété que cela peut provoquer d'expliquer que ce virus est à l'origine d'autres cancers.*

- **<u>Entretien n°6</u>**
  03.04.2020. 9min56.

<u>Profil</u> :

- **Sexe** : Féminin
- **Zone géographique** : Urbain
- **Orientation particulière** : Non
- **Type de patientèle** : Très large, de bébé à personne âgée

<u>Questions</u> :

Concernant la vaccination en général, est-ce vous avez des problèmes en consultation pour aborder le sujet ? *Non… vaguement l'hépatite B parfois, avec des relans qui datent d'il y a 20 ans [rires], mais sinon, franchement non.*

Et le vaccin HPV pour les jeunes filles, vous le proposez ? *Euh oui…quoi vous dire ? moi je lis Prescrire®, donc c'est vrai que les derniers écrits sur la vaccination étaient plutôt « on continue à surveiller », en termes de pharmacovigilance, il y avait encore des retours qu'on attendait. Moi je tiens ce discours-là, que si c'est l'âge, c'est recommandé, mais que, voilà, on est encore dans l'attente de retours de pharmacovigilance donc… quand les gens sont ok, moi je ne m'oppose pas du tout !*

Et cette consultation, vous la menez en présence des parents ? *Oui, vu l'âge, en général il y a la maman qui est là.*

A quelle occasion de consultation en parlez-vous ? *Vraiment le hasard en fait ! Selon aussi les questions de la jeune fille ou de la maman.*

Abordez-vous parfois la sexualité ? *Pas forcément, car souvent il y a maman… C'est vraiment un discours de maman je trouve, qui nous disent « ah ben là, il faut la vacciner », alors après les questions sur la sexualité, c'est plutôt « est-ce qu'on en parle à la maison ? ». Globalement, je pense que les gens en parlent, dès lors qu'on parle de cette vaccination, c'est que le thème de la sexualité a été abordé aussi, ça va souvent de pair quoi. Et dès lors que je demande si le sujet est abordé à la maison, en général ce n'est pas tabou, et du coup je n'approfondis pas les questions quoi, sauf si les jeunes filles sont demandeuses.*

Et cette question, vous la posez quand la fille est seule ou bien en présence de sa mère ? *Non, quand les deux sont là… Parce que quand on parle de cette vaccination, il y a souvent les deux.*

Avez-vous suivi les dernières recommandations ? *Hum, non, sur le schéma ?* [Explications] *J'en ai entendu parler vaguement, mais j'avoue être restée dans mon attitude concernant les études …*

Qu'en pensez-vous ? *Je ne sais pas, j'avoue que je ne sais pas. Je ne suis pas capable de juger. Et puis moi je me base vraiment sur Prescrire® et ce qu'il dit au fur et à mesure, donc si je n'ai pas de retour de Prescrire®, j'attends gentiment les informations sur les effets secondaires à plus long terme.*

Et pensez-vous qu'ils puissent y avoir des freins à cette extension vaccinale ? *Je pense oui, dans la mesure où cela n'a pas été dit, expliqué, pour l'instant. Si je parle de ça,*

comme ça maintenant, je pense que les gens vont me regarder un peu de travers. L'info n'est pas passée au niveau du grand public. Ou alors il faut vraiment que les gens aient cherché l'info, parce que comme ça spontanément, non.

- **Entretien n°7**
  03.04.2020. 13min34.

Profil :

- **Sexe** : Masculin
- **Zone géographique** : Semi-rural
- **Orientation particulière** : Non, mais anciennement tropicaliste
- **Type de patientèle** : Plutôt âgée

Questions :

Concernant la vaccination en général, est-ce que vous sentez à l'aise pour en parler en consultation ? Avez-vous des problèmes à l'aborder avec les patients ? *oui bien sûr, mais maintenant ces gens-là ils vont voir les autres [rires], je n'en ai plus beaucoup dans les miens.*

Est-ce que vous proposez la vaccination HPV aux jeunes filles ? *Oui, systématiquement.*

A quelle occasion ? *A chaque fois que je les vois, on en voit encore quelques-unes pour des certificats mais c'est vrai qu'on ne les voit pas souvent les ados. Mais à chaque fois qu'on peut, dans la tranche d'âge, moi je propose.*

Quels retours vous en avez ? *les jeunes filles ne sont pas pour parce que ça fait mal. Les mamans, elles, sont pour parce qu'il y en a globalement 1 sur 7 ou 8 qui a eu une conisation et que ça fait plus mal que la piqûre. Euh, et puis il faut leur parler un peu cru.*

Vous faites cette consultation en présence des parents ? *A 12-14 ans, oui, c'est difficile. Après les ados, en rattrapage on ne les a pas quoi, moi je n'ai pas une seule femme de 15, 16, 18 ou 20 ans qui vient me voir en me disant « je n'ai pas eu le vaccin ».*

Vous proposez quel vaccin ? *Plutôt Gardasil 9® maintenant.*

Est-ce que vous abordez le sujet de la sexualité à cette occasion ? *Les jeunes filles, ça arrive, enfin…je ne sais pas comment dire, je leur parle tuyauterie plutôt [rires], c'est pas vraiment de la sexualité. C'est pas mon boulot, les gamines que je vois depuis 15 ans, depuis qu'elles sont nées, je suis plus un vieux papa ou un bon tonton, plutôt que là pour leur parler de cul quoi.*

Avez-vous suivi les dernières recommandations concernant le vaccin ? *Oui, mais on n'a pas encore le remboursement si ? Du coup c'est rédhibitoire, on n'est pas dans le 16ème ici, les gens ils ne mettent pas 200 euros pour un vaccin.*

Que pensez-vous de cette extension vaccinale ? *Ben moi je pense que c'est pas une mauvaise idée de proposer la vaccination aux garçons pour obtenir l'éradication mais faut le présenter autrement quoi. L'éradication du papillomavirus, en tous cas des souches un peu emmerdantes, faut le présenter autrement plutôt que juste dire qu'on le rajoute pour les garçons, ça ne gagne pas un centime ça ! […] l'information n'a pas été faite au grand public, et si on en parle, l'ado va tomber sur des infos un peu…ça va parler d'homosexualité direct, donc l'ado de 15 ans, c'est difficile.*

Vous pensez qu'il puisse exister des freins à cette vaccination ? *C'est-à-dire qu'on a deux types de populations, bon je pense aussi qu'au vu du contexte actuel, y aura un avant covid et un après covid, mais là on est emmerdé par des gens qui croient que l'homéopathie fait du bien, que la phyto c'est bien, et que si on est malade c'est de la faute des gens car ils ont pas bien mangé. Voilà ceux-là ils ne veulent pas se faire vacciner. Avec un petit peu des idées*

fascistes parce qu'on considère que si on est malade c'est quand même un peu de ta faute. Voilà, ils portent des sarouels, et ils s'assoient en tailleur. Donc voilà, ce discours-là, j'espère qu'il va se taire un peu, et qu'on pourra parler de science, parce que quand on parle de science, bah y a pas photo quoi. Je pense qu'il faut être dur quoi. Après, est ce que le papillomavirus c'est le danger le plus imminent en infectiologie à l'heure actuelle, il me semble que non. Moi je pense que c'est un bon vaccin, que ça serait pas idiot de généraliser en disant bah comme ça, ça arrêtera de circuler, mais il faut le dire tel quel. Tant qu'on dira qu'on bricole, qu'on ne sait pas trop, on ne va fâcher personne, mais il va falloir qu'on fâche les gens un peu. Et en matière de vaccination je pense que si on ne les fâche pas bah…ça marche pas quoi. Avec le contexte [NDLR : pandémie covid], je pense qu'il y aura un avant et un après, ne serait-ce que quand on regarde pour la rougeole, ou des vaccins qui sont moins discutés quoi. Les gens ne se rendent pas compte qu'on les protège en fait, par contre ils font la leçon, ils sont pénibles quoi. On a un discours de couillons, de mollassons, faut savoir de quoi on parle, la vaccination c'est une chance. Le papillomavirus, bon dire que c'est le problème de santé publique de l'année, peut-être pas. Il faut avoir un peu de recul aussi. Est-ce qu'on doit se mêler de tout, tout le temps, ou est-ce qu'on peut laisser courir des trucs quoi. En matière de vaccination aussi, est-ce que c'est urgent de vacciner toute la population pour la varicelle quoi. Après pour HPV, y a un intérêt peut-être, chez les femmes c'est indiscutable, chez les hommes faut encore voir les résultats des études, si on parle des 10 cas, bon, faut peut-être pas s'user là et s'user un peu plus sur la rougeole ou les choses comme ça.

- **<u>Entretien n°8</u>**
  22.04.2020. 13min23.

<u>Profil</u> :

- **Sexe** : Féminin
- **Zone géographique** : Urbain
- **Orientation particulière** : Pédiatre
- **Type de patientèle** : Enfants

<u>Questions</u> :

Concernant la vaccination en général, avez-vous des problèmes en consultation pour l'aborder ? *Oui, bien sûr, mais quelle que soit la vaccination.*

Et par rapport à la vaccination HPV ? *Non, je n'ai pas plus de réticences pour celui-là que pour le tétanos.*

Proposez-vous la vaccination HPV aux jeunes filles ? *A partir de 11 ans, systématiquement j'en parle, pour le faire à 12. Au moment où on fait le rappel DTP, je leur dis aujourd'hui on fait ça, et l'année prochaine on programme le Gardasil® en fait.*

Vous le proposez à cette consultation uniquement ? *Comme je ne les vois qu'une fois par an, oui, je prévois pour l'année prochaine, je ne vais pas les faire revenir une fois de plus. Pour la consultation des 12 ans.*

Et la consultation, est-ce que vous la faîtes toujours en présence des parents ? *Je commence à faire partir les parents à partir de la 3ème (14-15 ans). Pour aborder le tabac, la contraception… Pour ne pas que les parents entendent tout.*

Est-ce que vous profitez de ce vaccin pour parler contraception, sexualité ? *Non, pas à 12 ans. Par contre, si, j'explique dans le détail ce qu'est ce vaccin à 11 ans, donc là je suis obligée d'expliquer l'utérus, les rapports sexuels, comment s'attrape le virus, comment on le passe, si on se contamine…J'explique la chaîne*

de transmission. Donc je parle pour les filles, mais je parle aussi pour les garçons, j'explique dans le détail, je dis que maintenant on le fait aussi aux garçons…

Avez-vous vacciné des garçons depuis la recommandation ? *Oui, j'ai commencé depuis janvier. C'est passé en commission, et c'est remboursé depuis janvier ou février. Ça y est. Moi j'en ai fait quelques-uns chez des garçons non remboursés, avec des mamans que je connais bien, en leur disant que moi si j'avais un garçon, je le ferais. Et une maman que j'ai vue en fin d'année, elle voulait le faire, je lui ai dit d'attendre 2 mois que ça passe en commission, d'ailleurs je dois la revoir…*

Et le vaccin que vous proposez, c'est lequel ? *Le Gardasil 9®, je propose que celui-là. Je ne sais pas si le Cervarix® est toujours d'actualité… Comme l'autre a plus de valences, maintenant on ne propose que le 9… le Gardasil® ils vont le retirer du marché maintenant, comme il y a le nonavalent et que tous les rappels du tétravalent sont finis, ils ne délivrent plus que des 9, ils ne sont plus approvisionnés pour l'autre… Et moi ça m'est même arrivé de faire un rappel en 9 après une première dose avec le Gardasil®, je me suis dit que ça ne pouvait pas faire de mal…*

Quels retours avez-vous des garçons et de leurs parents sur les nouvelles recommandations ? *Moi, j'en parle souvent avec des mamans que je connais bien, et des garçons que je suis depuis longtemps. Il y a plein de mamans qui me disent « bah tiens, ah oui, c'est vrai, c'est recommandé maintenant pour les garçons », et j'explique l'impact que ça a sur les garçons, les cancers ORL, génitaux même s'ils sont plus faibles. Je leur explique que c'est surtout la protection ORL, je refais la chaîne de transmission pour les filles… Si on explique, je trouve que les parents sont quand même très à l'écoute. Alors, les anti vaccins, je pense qu'ils ne vont pas le faire aux garçons, les filles je me bats et je pense que j'en ai au moins 80% vaccinées…*

Est-ce que pour l'instant c'était systématiquement vous qui proposiez ce vaccin aux garçons, ou est-ce que certains vous ont posé la question spontanément après avoir été informés quelque part ? *Non, il y en a qui viennent m'en parler, et je leur réponds que ça tombe bien, que j'allais leur en parler. Et donc, il y a quelques parents effectivement qui demandent mon information.*

Quel avis avez-vous sur cette recommandation ? *Un avis positif, moi je pousse beaucoup… En général, ils me demandent « si vous avez des filles, est-ce que vous leur avez fait », bah oui, et dans ce cas-là, ils se disent que c'est safe. Ce n'est pas idiot, en fait, à l'échelle individuelle ça ne représente rien, mais si en tant que médecin on l'a fait… Et si j'avais un garçon, je l'aurais fait aussi. Même non remboursé d'ailleurs.*

A votre avis, quels peuvent être les freins avancés par les familles ? *J'en ai eu… Souvent, ce sont des choses non scientifiques. « Mon gynéco m'a dit qu'on ne savait pas mais que ça peut être dangereux… » et en fait, moi les effets secondaires qui avaient été décrits et qui m'avaient un peu inquiétés, c'étaient les narcolepsies dans les pays nordiques. En fait, statistiquement, ils disent qu'il n'y en a peut-être pas plus, et donc ce n'est pas revenu après coup dans les effets secondaires. En France, ça n'a pas été publié, je n'ai pas l'impression. Mais eux, ils n'en ont pas entendu parler de ça, je leur demande quels effets secondaires vous inquiètent, et en fait ils ne savent pas répondre. Moi je leur dis surtout que depuis qu'on le fait en Australie, il n'y a plus de nouveaux cas de cancer de l'utérus chez les femmes, donc ça prouve bien que c'est efficace.*

Est-ce que vous avez déjà proposé le vaccin pour la population homosexuelle masculine avant 26 ans ? *Alors, moi, c'est une question que je n'arrive pas à poser aux ados. Il y en a, intrinsèquement, je sais qu'ils le sont, mais je trouve que c'est extrêmement difficile et intrusif de poser cette question, surtout à un âge où ils ne sont pas forcément encore fixés, ils n'ont pas eu encore forcément de rapports. C'est très compliqué. Et moi, il y a un jeune que j'ai revu jusqu'à ses 20 ans, et c'est sa mère qui m'avait dit que son fils est homo même si je m'en doutais, et donc moi je lui en ai parlé [NDLR : à la mère]. Je lui ai dit que pour les homos, ça vaut peut-être le coup de le vacciner aussi pour le Gardasil®, parce que ce sont des populations plus à risque, et elle m'a dit je lui en parlerais, et je ne l'ai pas revue après, mais j'avais informé la maman. Je lui ai dit « posez-vous la question, car le vaccin on peut le faire plus longtemps dans son cas, dans les populations plus à risque ». Mais je trouve ça extrêmement délicat de demander à un ado… Moi je ne peux pas, je n'arrive pas. Autant je parle de contraception assez facilement, quand la maman est sortie de la pièce par exemple, est-ce qu'elle a besoin…mais le garçon je n'arriverais pas je crois. « Je te demande si t'es homo pour savoir si je dois te vacciner », c'est lourd quoi. Je préfère le proposer à tous les garçons. Ce que je devrais dire en fait, quand j'en parle aux ados et leurs parents, je pourrais dire en fait devant les deux « et en plus, c'est recommandé à titre systématique chez les homosexuels », je pourrais peut-être lancer la phrase comme ça. Il faut peut-être que je le mette dans mon explication sur à quoi sert ce vaccin.*

Peut-être que cette recommandation permettra qu'il y ait une meilleure couverture dans cette population-là, car ce sera moins stigmatisant d'avoir fait ce vaccin parce qu'on est homosexuel… *Oui, je pense.*

- **<u>Entretien n°9</u>**
  24.04.2020. 17min15sec.

<u>Profil</u> :

- **Sexe** : Masculin
- **Zone géographique** : Semi-rural
- **Orientation particulière** : Non
- **Type de patientèle** : Variée

<u>Questions</u> :

Est-ce que vous vous sentez à l'aise pour parler de vaccination en général et avez-vous souvent des familles réticentes ? *Oui, effectivement il y a des réticences, mais ça dépend pour quel vaccin. Pour le papilloma, non, parce qu'il n'est pas dans le calendrier donc je suis moins motivé que d'autres à vendre le vaccin contre le papillomavirus. Mais j'ai quand même régulièrement des mères ou des adolescentes qui me posent des questions, mais moins souvent que pour les autres vaccins, j'ai plus souvent des questions pour les vaccins des bébés « l'aluminium, est-ce que c'est bon, ces vaccins, etc. ».*

Et la vaccination HPV aux jeunes filles, est-ce que vous la proposez ? *Oui, bien sûr, je leur dis qu'il serait temps de faire le vaccin, mais s'ils ne veulent pas, je leur explique et puis c'est bon, je n'ai pas les mêmes motivations que d'autres.*

Vous proposez ce vaccin à quelle occasion ? *Lorsque j'ai l'occasion de voir une jeune fille dans l'âge. Onze ans, je ne suis pas trop convaincu, vous connaissez mes lectures, Prescrire® … Rien ne prouve que ça soit plus efficace de les prendre à 11 ans qu'à 14, mais dès qu'elles sont dans le créneau, on en parle, et j'en profite pour parler à la mère et savoir si elle fait bien ses frottis tous les 3 ans.*

Menez-vous cette consultation en présence des parents ? *En général je m'adresse à l'ado,*

par principe, il faut s'adresser à lui-même si les parents écoutent. Mais la plupart du temps, oui. Quelques fois j'ai l'occasion de voir l'ado seul, mais ce n'est pas très fréquent, ne serait-ce que parce qu'ils doivent venir en voiture.

Quel vaccin proposez-vous ? *Celui qui ne fait pas mal, le Cervarix® en l'occurrence, parce que le Gardasil® il fait mal. J'ai l'impression que le nouveau fait moins mal. […] le Gardasil®, c'est publicitaire, il a bien vendu son argument qui est de dire que lui il a plein d'antigènes différents et qu'il serait plus efficace, sauf que quand vous leur demandez de le prouver, bah ils sont bien en peine parce que l'efficacité, on verra à la génération prochaine. Le Cervarix® étant toujours commercialisé, expliquez-moi pourquoi on garderait commercialisé un produit qui n'est pas au niveau. Tout simplement parce que rien ne prouve que mettre davantage de souches de virus a plus d'effets sur la prévention de ce qui nous intéresse, nous ce n'est pas d'éviter le papillomavirus mais d'éviter les cancers, et donc ils ne peuvent pas nous prouver que d'avoir 9 souches, ça va mieux éviter les cancers que d'en avoir 4. L'appui scientifique est léger, ça fait plus commercial… de toute façon, moi quand on me demande, je mets sur l'ordonnance Cervarix® ou Gardasil®, et la pharmacie délivre ce qu'elle a. Quand je fais le Cervarix®, ils n'ont pas mal, mais quand j'ai fait le dernier Gardasil®, c'est vrai, il y en a une ou deux qui n'ont pas eu mal, je me suis dit, tiens, peut-être qu'il s'est amélioré. Quand je faisais le Gardasil®, plusieurs patientes avaient eu mal, je me suis dit que ce n'était pas moi, mais le vaccin.*

Avez-vous suivi les dernières recommandations ? *J'en ai entendu parler… Mais c'est dans les recommandations maintenant, de vacciner les garçons ? Je n'ai pas vu d'articles convaincants sur la question, donc pour l'instant je suis en stand-by sur la question. Je n'ai pas vacciné de garçons pour l'instant.*

Pensez-vous que vous allez le proposer ? *Je vais y réfléchir, oui, parce que j'ai vu passer cette recommandation sur les garçons, mais est-ce que les arguments sont convaincants, et puis, en gros, j'aimerais voir le nombre nécessaire à traiter, c'est-à-dire combien est-ce qu'il faut que je fasse de vaccins pour sauver un garçon ?*

Et pour améliorer la couverture vaccinale et réduire l'incidence du cancer du col ? *Oui, mais s'il y a quelque chose qui marche bien sur la prévention du cancer du col, c'est quand même le frottis, c'est là-dessus qu'il faut qu'on améliore, et c'est là que je suis content que ça va être systématisé, là ça me plait bien et là on est sûrs de nous. Pour le vaccin, on a des bons arguments, oui, on imagine que ça va fonctionner mais on a quand même des doutes, d'abord pas de recul suffisant, et ensuite est-ce qu'il va apparaître d'autres cancers qui viendront, est-ce que l'immunité va être persistante jusqu'à l'âge du cancer, c'est-à-dire 50 ou 60 ans, il y a encore quelques questions qui ne sont pas réglées. Alors, pour moi, s'il y a quelque chose de sûr, c'est le frottis. Pour les garçons, je vais attendre de voir un petit peu. Est-ce qu'on va arriver à une couverture suffisante chez les garçons pour limiter…en théorie oui, en pratique, il faudrait arriver à 80% je pense. Effectivement, je regarde en même temps, la couverture vaccinale en Australie est de 80 à 90%, alors ceux-là, il faudra bien les surveiller, mais chez eux, je ne sais pas s'ils vaccinent les garçons… […] Vacciner, ce n'est pas qu'une question de calcul mathématique comme s'il fallait mettre tout le monde en rang, c'est aussi un autre problème. Si le nombre nécessaire à traiter est par exemple 80 000, il faut que je vaccine 80 000 bébés pour en sauver un… il ne faut pas que ça soit mis dans le même bain que la diphtérie ou la polio. Il y a quand même quelques cas de*

Guillain-Barré, pas beaucoup, mais quand même.

Vous pensez qu'il puisse y avoir des freins ? *Il faut voir de quoi elles sont faites, si c'est des réticences parce qu'ils n'aiment pas les piqûres, bon, on peut en parler. S'ils ont peur de la médecine et des vaccins, bon ça peut se comprendre. Je n'ai pas d'argument définitif, je ne vais pas être plus insistant que ça, comme pour les filles. Par contre, à 25 ans, il faudra qu'elles fassent leur frottis. Pour le vaccin, vous avez compris, il y a des recommandations et des gens qui pensent pour moi, je vais les suivre bien sûr, mais je ne vais pas en faire plus que ça, et surtout pas leur mettre la pression pour ça.*

- **<u>Entretien n°10</u>**
  04.06.2020. 6min23.

<u>Profil</u> :

- **Sexe** : Féminin
- **Zone géographique** : Urbain
- **Orientation particulière** : Pédiatrie, un peu de gynécologie, nutrition
- **Type de patientèle** : Jeune

<u>Questions</u> :

Concernant la vaccination en général, vous sentez-vous à l'aise pour en parler ? *Oui, pas de problèmes particuliers.*

Et concernant la vaccination HPV des jeunes filles ? *Oui, je le propose aux jeunes filles. Après, chacun prend sa responsabilité, moi je propose et après ce sont les patients qui choisissent, je ne suis pas là pour imposer quoi que ce soit.*

Est-ce que vous proposez ce vaccin en présence des parents ? A quelle occasion de consultation ? *C'est très variable en fonction du contexte, ça dépend… Soit c'est une demande spontanée, d'ailleurs j'ai beaucoup ça, pour le Gardasil® ? j'ai plutôt eu des demandes spontanées des familles. Et je dis famille, car moi un enfant de 11 ans en général je ne le vois pas tout seul.* **Quel vaccin proposez-vous ?** *Le Gardasil 9®.*

Profitez-vous de cette consultation pour aborder le thème de la sexualité ? *Oui, je l'aborde très facilement, mais cela va dépendre du contexte, je veux dire… Je ne l'aborde pas à 11 ans, hein, tout le monde a ses limites. Par contre, oui, une jeune fille de 18 ans, accompagnée ou pas, on peut l'aborder, je ne pose jamais de questions gênantes, je demande toujours si ça ne l'ennuie pas qu'on parle de ça, enfin voilà, j'essaie de faire des choses cohérentes.*

Avez-vous suivi les dernières recommandations concernant les garçons ? *Oui, alors pour le coup, j'ai eu deux jumeaux, qui m'ont demandé de les vacciner, à 14ans et demi, du coup j'ai regardé. J'en ai parlé avec la maman, c'est une famille de trois, j'ai vacciné la première, donc j'avais déjà parlé de ça avec elle à d'autres consultations.*

Que pensez-vous de cette recommandation ? Pensez-vous qu'il puisse y avoir des freins ? *Bah ça va être simple, je n'ai aucun avis, en fait. Parce qu'on est dans une situation quand même assez dramatique, avec un gros manque de confiance dans tout ça, et je n'ai aucun avis. En fait je fais mon métier de médecin généraliste de famille le mieux possible, avec mes formations mais je ne donnerai aucun avis. Je ne me permettrais pas d'en donner c'est tellement compliqué tout ça. Vous savez très bien qu'en France, on est dans un pays qui est plutôt récalcitrant aux vaccinations de masse, bon après on en pense ce qu'on en veut, je ne vous dirais pas ce que j'en pense. La restriction des libertés arrivant, il est évident que je ne me prononcerai absolument pas sur ce sujet. Je fais mon travail, le mieux possible, avec les recommandations comme je les pense, comme je les sens, et après, pour le moment mes*

patients sont totalement libres, et la vaccination en fait partie.

- **<u>Entretien n°11</u>**
  18.06.2020. 8min26.

<u>Profil</u> :

- **Sexe** : Masculin
- **Zone géographique** : Urbain
- **Orientation particulière** : Non
- **Type de patientèle** : Variée, âge plutôt intermédiaire

<u>Questions</u> **:**

Concernant la vaccination en générale, vous sentez-vous à l'aise pour aborder le sujet ? *Oui, je suis à l'aise pour l'aborder. Oui, il y a des patients réticents aux vaccins, mais je leur en parle et ne cherche pas à m'imposer tout de suite. Je leur dis « écoutez je vous ai proposé, je le note dans le dossier », pour un enfant je le note dans le carnet de santé, et puis on en reparlera une prochaine fois. Mais, peut-être que les antivax sont partis voir ailleurs.*

Et la vaccination Gardasil® des jeunes filles, est-ce que vous la proposez systématiquement ? Et vous en avez quels retours ? *Oui, en même temps que le rappel de la vaccination par le tétravalent des 11 ans. Ou bien si je l'ai oublié et que je le vois, bah j'en reparle ultérieurement, notamment j'en rediscute éventuellement quand une jeune fille de 15 ans aborde la contraception.*

Quels en sont les retours de la part des familles ? *Oh, il y a encore des personnes qui sont réticentes, et qui préfèrent attendre ou ne pas le faire, oui, toujours. Au tout début, quand il n'était pas connu, les gens n'étaient pas trop contre, et après quand il y a eu des opposants, les gens ont été un peu plus réticents. Mais je le propose quand même, et je dis à a jeune fille « mais tu sais, quand tu seras plus grande, t'en parles avec des copines et puis un jour si tu veux, je peux le faire quand t'auras décidé, ou plus tard quand tu seras majeure ».*

Faites-vous la consultation en présence des parents ? *Oh bah quand c'est le moment des rappels des jeunes filles, je leur propose, je leur fais l'ordonnance, et je leur dis qu'elles en discutent en famille.*

Profitez-vous de ce vaccin pour aborder la sexualité ? *Alors, pas beaucoup, effectivement. En fait, ça serait plutôt l'inverse, quand on me parle de contraception, j'aborde ce vaccin, et on fait de la prévention des IST. Mais je n'ai pas encore fait le lien entre le vaccin et aborder la sexualité, je ne l'ai pas en souvenir quoi.*

Quel vaccin proposez-vous ? *Le Gardasil 9®.* **Avez-vous suivi les dernières recommandations concernant ce vaccin pour les garçons ?** *Oui.*

Quels retours en avez-vous ? *On en parlé quelques fois, une fois ou deux, peut-être trois, où j'ai dit que pour les garçons, ça allait bien être proposé, parce qu'il n'y a pas de raison de ne pas faire en sorte d'éradiquer ce virus, donc, on va le proposer à partir de janvier 2021. C'était attendu comme proposition, il fallait le faire.*

Pensez-vous qu'il puisse y avoir des réticences de la part des garçons et de leur famille, des freins ? *Surement qu'il y en aura oui, mais en abordant les problématiques autres que le cancer du col qui est lié à HPV, en abordant l'objectif de santé publique d'éradication du virus…A titre individuel et collectif.*

Aviez-vous déjà proposé cette vaccination pour les HSH ? *Je l'ai peut-être déjà proposé, ou on m'en a peut-être déjà parlé, et je l'ai peut-être déjà fait à un ou deux garçons. La généralisation à tout le monde, et le remboursement, va faciliter la vaccination pour tous les garçons.*

SERMENT D'HIPPOCRATE

"Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

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