HAL open science

Évaluation de l'acceptabilité de la vaccination anti-papillomavirus auprès de parents de jeunes garçons entre 11 et 14 ans

Nicolas Éric Auffret

▶ **To cite this version:**

Nicolas Éric Auffret. Évaluation de l'acceptabilité de la vaccination anti-papillomavirus auprès de parents de jeunes garçons entre 11 et 14 ans. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03652172

HAL Id: dumas-03652172

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03652172v1

Submitted on 26 Apr 2022

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

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

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

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Par
Nicolas Eric AUFFRET

Le 10 février 2022

TITRE
Évaluation de l'acceptabilité de la vaccination anti-papillomavirus auprès de parents de jeunes garçons entre 11 et 14 ans

Directeur de Thèse : Docteur MINET Mathilde

JURY

Président : Professeur JEZIORSKI, PU-PH de pédiatrie et infectiologie pédiatrique, CHU Lapeyronie

1er Assesseur : Docteur MINET Mathilde, MCA médecine générale
2ème Assesseur : Docteur SAGUY Hermine, CCA médecine générale

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Par
Nicolas Eric AUFFRET

Le 10 février 2022

TITRE
Évaluation de l'acceptabilité de la vaccination anti-papillomavirus auprès de parents de jeunes garçons entre 11 et 14 ans

Directeur de Thèse : Docteur MINET Mathilde

JURY

Président : Professeur JEZIORSKI, PU-PH de pédiatrie et infectiologie pédiatrique, CHU Lapeyronie

1er Assesseur : Docteur MINET Mathilde, MCA médecine générale
2ème Assesseur : Docteur SAGUY Hermine, CCA médecine générale

ANNEE UNIVERSITAIRE 2021-2022
PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALBAT Bernard
BRUNEL Michel
HUMEAU Claude
MIRO Luis
ALLIEU Yves
CANAUD Bernard
JAFFIOL Claude
NAVARRO Maurice
ALRIC Robert
CHAPTAL Paul-André
JANBON Charles
NAVRATIL Henri
ARNAUD Bernard
CIURANA Albert-Jean
JANBON François
OTHONIEL Jacques
ASENCIO Gérard
CLOT Jacques
JARRY Daniel
PAGES Michel
ASTRUC Jacques
COSTA Pierre
JOURDAN Jacques
PEGURET Claude
AUSSILLOUX Charles
D'ATHIS Françoise
KLEIN Bernard
PELISSIER Jacques
AVEROUS Michel
DEMAILLE Jacques
LAFFARGUE François
PETIT Pierre
AYRAL Guy
DESCOMPS Bernard
LALLEMANT Jean Gabriel
POUGET Régis
BAILLAT Xavier
DIMEGLIO Alain
LAMARQUE Jean-Louis
PUJOL Henri
BALDET Pierre
DUBOIS Jean Bernard
LAPEYRIE Henri
RABISCHONG Pierre
BALDY-MOULINIER Michel
DUJOLS Pierre
LEROUX Jean-Louis
RAMUZ Michel
BALMES Jean-Louis
DUMAS Robert
LESBROS Daniel
REBOUL Jean
BANSARD Nicole
DUMAZER Romain
LOPEZ François Michel
RIEU Daniel
BAYLET René
ECHENNE Bernard
LORIOT Jean
ROCHEFORT Henri
BILLIARD Michel
FABRE Serge
LOUBATIERES Marie Madeleine
ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
BLARD Jean-Marie
FREREBEAU Philippe
MAGNAN DE BORNIER Bernard
SAINT AUBERT Bernard
BLAYAC Jean Pierre
GALIFER René Benoît
MARTY ANE Charles
SANCHO-GARNIER Hélène
BLOTMAN Francis
GODLEWSKI Guilhem
MARY Henri
SANY Jacques
BONNEL François
GRASSET Daniel
MATHIEU-DAUDE Pierre
SEGNARBIEUX François
BOURGEOIS Jean-Marie
GUILHOU Jean-Jacques
MEYNADIER Jean
SENAC Jean-Paul

BOUSQUET Jean
GUITER Pierre
MICHEL François-Bernard
SERRE Arlette
BRUEL Jean Michel
HEDON Bernard
MION Charles
SOLASSOL Claude
BUREAU Jean-Paul
HERTAULT Jean
MION Henri
VIDAL Jacques
VISIER Jean Pierre

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude
LE QUELLEC Alain
BLANC François
MARES Pierre
BONAFE Alain
MAUDELONDE Thierry
BOULENGER Jean-Philippe
MAURY Michèle
BOURREL Gérard
MESSNER Patrick
BRINGER Jacques
MILLAT Bertrand
CLAUSTRES Mireille
MONNIER Louis
DAURES Jean-Pierre
MOURAD Georges
DAUZAT Michel
PREFAUT Christian
DAVY Jean-Marc
PUJOL Rémy
DEDET Jean-Pierre
RIBSTEIN Jean
ELEDJAM Jean-Jacques
SCHVED Jean-François
GROLLEAU RAOUX Robert
SULTAN Charles
GUERRIER Bernard
TOUCHON Jacques
GUILLOT Bernard
UZIEL Alain
JONQUET Olivier
VOISIN Michel
LANDAIS Paul
ZANCA Michel
LARREY Dominique

Docteurs Emérites

PRAT Dominique
PUJOL Joseph

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALRIC Pierre	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric	Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick	Parasitologie et mycologie
BEREGI Jean-Paul	Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BOULOT Pierre	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAPDEVILA Xavier	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CHAMMAS Michel	Chirurgie orthopédique et traumatologique

COLSON Pascal	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
COMBE Bernard	Rhumatologie
COSTES Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
COTTALORDA Jérôme	Chirurgie infantile
COUBES Philippe	Neurochirurgie
COURTET Philippe	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
CRAMPETTE Louis	Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul	Biochimie et biologie moléculaire
CYTEVAL Catherine	Radiologie et imagerie médicale
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel	Médecine d'urgence
DE WAZIERES Benoît	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DELAPORTE Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMOLY Pascal	Pneumologie ; addictologie
DOMERGUE Jacques	Chirurgie viscérale et digestive
DUFFAU Hugues	Neurochirurgie
ELIAOU Jean François	Immunologie
FABRE Jean Michel	Chirurgie viscérale et digestive
FRAPIER Jean-Marc	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
HAMAMAH Samir	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HERISSON Christian	Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
JEANDEL Claude	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JORGENSEN Christian	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
LABAUGE Pierre	Neurologie
LEFRANT Jean-Yves	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
LEHMANN Sylvain	Biochimie et biologie moléculaire
LUMBROSO Serge	Biochimie et Biologie moléculaire
MERCIER Jacques	Physiologie
MEUNIER Laurent	Dermato-vénéréologie
MONDAIN Michel	Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis	Pédiatrie
PAGEAUX Georges-Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PUJOL Pascal	Biologie cellulaire
QUERE Isabelle	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
RENARD Eric	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques	Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIPART Jacques	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
ROUANET Philippe	Cancérologie ; radiothérapie
SOTTO Albert	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TAOUREL Patrice	Radiologie et imagerie médicale

TOUITOU Isabelle	Génétique
VANDE PERRE Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc	Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1re classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia	Hématologie ; transfusion
ASSENAT Éric	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
AVIGNON Antoine	Nutrition
AZRIA David	Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria	Pédopsychiatrie ; addictologie
BLANC Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric	Chirurgie viscérale et digestive
BOURDIN Arnaud	Pneumologie ; addictologie
CAMBONIE Gilles	Pédiatrie
CAMU William	Neurologie
CANOVAS François	Anatomie
CAPTIER Guillaume	Anatomie
CARTRON Guillaume	Hématologie ; transfusion
CAYLA Guillaume	Cardiologie
CHANQUES Gérald	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CORBEAU Pierre	Immunologie
COULET Bertrand	Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DADURE Christophe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DAUVILLIERS Yves	Physiologie
DE TAYRAC Renaud	Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DE VOS John	Histologie, embryologie et cytogénétique
DEMARIA Roland	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEREURE Olivier	Dermatologie - vénéréologie
DROUPY Stéphane	Urologie
DUCROS Anne	Neurologie
DUPEYRON Arnaud	Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud	Oto-rhino-laryngologie
GENEVIEVE David	Génétique
GUILLAUME Sébastien	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
GUIU Boris	Radiologie et imagerie médicale
HAYOT Maurice	Physiologie
HOUEDE Nadine	Cancérologie ; radiothérapie
KLOUCHE Kada	Médecine intensive-réanimation
KOENIG Michel	Génétique
KOUYOUMDJIAN Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique
LAFFONT Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry	Histologie, embryologie et cytogénétique
LAVIGNE Jean-Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

LE MOING Vincent	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LECLERCQ Florence	Cardiologie
MARIANO-GOULART Denis	Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan	Physiologie
MORANNE Olivier	Néphrologie
MOREL Jacques	Rhumatologie
NAVARRO Francis	Chirurgie viscérale et digestive
NOCCA David	Chirurgie viscérale et digestive
PASQUIE Jean-Luc	Cardiologie
PERNEY Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel	Anatomie
PUJOL Jean Louis	Pneumologie ; addictologie
PURPER-OUAKIL Diane	Pédopsychiatrie ; addictologie
ROGER Pascal	Anatomie et cytologie pathologiques
TRAN Tu-Anh	Pédiatrie
VERNHET Hélène	Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe

BOURGIER Céline	Cancérologie ; radiothérapie
CANAUD Ludovic	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
CAPDEVIELLE Delphine	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CLARET Pierre-Géraud	Médecine d'urgence
COLOMBO Pierre-Emmanuel	Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent	Radiologie et imagerie médicale
DAIEN Vincent	Ophtalmologie
DORANDEU Anne	Médecine légale et droit de la santé
FAILLIE Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
FUCHS Florent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
GABELLE DELOUSTAL Audrey	Neurologie
GAUJOUX Viala Cécile	Rhumatologie
GODREUIL Sylvain	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILPAIN Philippe	Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
HERLIN Christian	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brûlologie
IMMEDIATO DAIEN Claire	Rhumatologie
JACOT William	Cancérologie ; Radiothérapie
JEZIORSKI Eric	Pédiatrie
JUNG Boris	Médecine intensive-réanimation
KALFA Nicolas	Chirurgie infantile
LACHAUD Laurence	Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin	Oto-rhino-laryngologie
LE QUINTREC DONNETTE Moglie	Néphrologie
LETOUZEY Vincent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

LONJON Nicolas	Neurochirurgie
LOPEZ CASTROMAN Jorge	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric	Rhumatologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas	Radiologie et imagerie médicale
MILLET Ingrid	Radiologie et imagerie médicale
MURA Thibault	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NAGOT Nicolas	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
PANARO Fabrizio	Chirurgie viscérale et digestive
PARIS Françoise	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PELLESTOR Franck	Histologie, embryologie et cytogénétique
PEREZ MARTIN Antonia	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
POUDEROUX Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIGAU Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François	Pédiatrie
ROSSI Jean François	Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François	Cardiologie
SEBBANE Mustapha	Médecine d'urgence
SIRVENT Nicolas	Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme	Biologie cellulaire
STOEBNER Pierre	Dermato-vénéréologie
SULTAN Ariane	Nutrition
THOUVENOT Éric	Neurologie
THURET Rodolphe	Urologie
TUAILLON Edouard	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
VENAIL Frédéric	Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max	Ophtalmologie
VINCENT Denis	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry	Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne	Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1re classe

COLINGE Jacques	Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes
LAOUDJ CHENIVESSE Dalila	Biochimie et biologie moléculaire
VISIER Laurent	Sociologie, démographie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1re classe

LAMBERT Philippe
AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard
DAVID Michel
GARCIA Marc

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine

BESSIS Didier	Dermato-vénéréologie
MEUNIER Isabelle	Ophtalmologie
MULLER Laurent	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PERRIGAULT Pierre-François	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
QUANTIN Xavier	Pneumologie
ROUBERTIE Agathe	Pédiatrie
VIEL Eric	Soins palliatifs et traitement de la douleur

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe - Echelon Exceptionnel

RICHARD Bruno	Médecine palliative
SEGONDY Michel	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH Hors classe

BADIOU Stéphanie	Biochimie et biologie moléculaire
BOULLE Nathalie	Biologie cellulaire
CACHEUX-RATABOUL Valère	Génétique
CARRIERE Christian	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARACHON Sylvie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FABBRO-PERAY Pascale	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GIANSILY-BLAIZOT Muriel	Hématologie ; transfusion

MCU-PH de 1re classe

BERTRAND Martin	Anatomie
BOUDOUSQ Vincent	Biophysique et médecine nucléaire
BRET Caroline	Hématologie biologique
BROUILLET Sophie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
COSSEE Mireille	Génétique
GIRARDET-BESSIS Anne	Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine	Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier	Médecine et Santé au Travail
MARTRILLE Laurent	Médecine légale et droit de la santé
MATHIEU Olivier	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MOUZAT Kévin	Biochimie et biologie moléculaire
PANABIERES Catherine	Biologie cellulaire
RAVEL Christophe	Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris	Physiologie

STERKERS Yvon	Parasitologie et mycologie
THEVENIN-RENE Céline	Immunologie

MCU-PH de 2ème classe

BERGOUGNOUX Anne	Génétique
CHIRIAC Anca	Immunologie
DE JONG Audrey	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DU THANH Aurélie	Dermato-vénéréologie
FITENI Frédéric	Cancérologie ; radiothérapie
GOUZI Farès	Physiologie
HERRERO Astrid	Chirurgie viscérale et digestive
HUBERLANT Stéphanie	Gynécologie-obstétrique ; Gynécologie médicale
KUSTER Nils	Biochimie et biologie moléculaire
MAKINSON Alain	Maladies infectieuses, Maladies tropicales
PANTEL Alix	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie	Thérapeutique ; addictologie
ROUBILLE Camille	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SZABLEWSKY Vanessa	Anatomie et cytologie pathologiques

Maîtres de Conférences des Universités - Médecine Générale

MCU-MG de 1re classe

COSTA David
OUDE ENGBERINK Agnès

MCU-MG de 2ème classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice
CARBONNEL François

Maîtres de Conférences associés - Médecine Générale

CAMPAGNAC Jérôme
LOPEZ Antonio
MILLION Elodie
PAVAGEAU Sylvain
REBOUL Marie-Catherine
SERAYET Philippe

Maitres de Conférences des Universités

Maîtres de Conférences hors classe

BADIA Eric	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
CHAZAL Nathalie	Biologie cellulaire

Maîtres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine	Neurosciences
BERNEX Florence	Physiologie

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

Praticiens Hospitaliers Universitaires

BARATEAU Lucie	Physiologie
BASTIDE Sophie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
CAZAUBON Yoann	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
DAGNEAUX Louis	Chirurgie orthopédique et traumatologique
DUFLOS Claire	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
GOULABCHAND Radjiv	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
LATTUCA Benoit	Cardiologie
MARIA Alexandre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
MIOT Stéphanie	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SARRABAY Guillaume	Génétique
SOUCHE François-Régis	Chirurgie viscérale et digestive

PH chargés d'enseignements

ABOUKRAT Patrick	BOBBIA Xavier	DARDALHON Brigitte
BLANCHET Catherine	CRANSAC Fréderic	HENRY Vincent
COROIAN Flavia-Oana	GUEDJ Anne Marie	ANTOINE Valéry
GINIES Patrick	AMEDRO Pascal	BOUYABRINE Hassan
AKKARI Mohamed	BOGE Gudrun	DAVID Aurore
BLATIERE Véronique	CUNTZ Danielle	JAMMET Patrick
COUDRAY Sarah	GUYON Gaël	ARQUIZAN Caroline
GRECO Frédéric	AMOUROUX Cyril	BRINGER-DEUTSCH Sophie
ALRIC Jérôme	BOURRAIN Jean Luc	DE BOUTRAY Marie

JEDRYKA François
ATTALIN Vincent
BRINGUIER BRANCHEREAU Sophie
DE LA TRIBONNIÈRE Xavier
JREIGE Riad
AYRIGNAC Xavier
BRISOT Dominique
DEBIEN Blaise
KINNE Mélanie
BADR Maliha
BRONER Jonathan
DELPONT Marion
LABARIAS Coralie
BAIS Céline
CADE Stéphane
DENIS Hélène
LACAMBRE Mathieu
BARBAR Saber Davide
CAIMMI Davide Paolo
DEVILLE de PERIERE Gilles
LANG Philippe
BASSET Didier
CARR Julie
DJANIKIAN Flora
LAZERGES Cyril
BATIFOL Dominique
CARTIER César
DONNADIEU-RIGOLE Hélène
LE GUILLOU Cédric
BATTISTELLA Pascal
CASPER Thierry
FAIDHERBE Jacques
LEGLISE Marie Suzanne
BAUCHET Luc
CASSINOTTO Christophe
FATTON Brigitte
LOPEZ Régis

BENEZECH Jean-Pierre
CATHALA Philippe
FAUCHERRE Vincent
LUQUIENS Amandine
BENNYS Karim
CAZABAN Michel
FILLERON Anne
MANZANERA Cyril
BERNARD Nathalie
CHARBIT Jonathan
FITENI Frédéric
MARGUERITTE Emmanuel
BERTCHANSKY Ivan
CHEVALLIER Thierry
FOURNIER Philippe
MARTIN Lucille
BIBOULET Philippe
CHEVALLIER-MICHAUD Josyane
GAILLARD Nicolas
MATTATIA Laurent
BIRON-ANDREANI Christine
COLIN Olivier
GALMICHE Sophie
MEROUEH Fadi
BLANC Brigitte
CONSEIL Mathieu
GENY Christian
MEYER Pierre
BLANCHARD Sylvie
CORBEAU Catherine
GERONIMI Laetitia
MILESI Christophe
MORAU Estelle
SEGURET Fabienne
MOSER Camille
SENESSE Pierre
MOUSTY Eve

SKALLI El Medhi
MOUTERDE Gaël
SOLA Christelle
PANSARD Nicole
SOULLIER Camille
PERNIN Vincent
STOEBNER DELBARRE Anne
PERRIGAULT Pierre François
TEOT Luc
PEYRON Pierre-Antoine
THIRION Marina
PICARD Eric
VACHIERY-LAHAYE Florence
PICOT Marie Christine
VERNES Eric
PIERONI Laurence
VINCENT Laure
POQUET Hélène
WAGNER Laurent
PUJOL Sarah-Lise
ZERKOWSKI Laetitia
PUPIER Florence
QUANTIN Xavier
RAFFARD Laurence
RAPIDO Francesca
RIBRAULT Alice
RICHAUD-MOREL Brigitte
RIDOLFO Jérôme
RIPART Sylvie
RONGIERES Michel
ROULET Agnès
RUBENOVITCH Josh
SANTONI Fannie
SASSO Milène
SCHULDINER Sophie

REMERCIEMENTS

A mon jury :

Professeur JEZIORSKI : Merci d'avoir accepté de présider cette thèse. Je suis très heureux d'avoir pu vous avoir dans mon jury.

Docteur MINET : Merci d'avoir accepté de diriger ma thèse. Cela a été un grand honneur pour moi de t'avoir comme directrice de thèse. Surtout que cette collaboration a été la conséquence d'un hasard de la vie concernant mon choix d'aller faire mon stage de pédiatrie en Lozère plutôt que Béziers. De plus, j'ai terminé mon internat en faisant mon SASPAS avec toi. Il y a beaucoup de chose que j'ai appris grâce à toi et que je réitère lors de mes propres consultations. Merci aussi de ta bonne humeur, de ton aide précieuse lors la réalisation de cette thèse.

Docteur SAGUY : Merci beaucoup d'avoir accepté d'être présent dans mon jury pour cette thèse grâce à ma directrice de thèse.

A mes maitres de stage :

Dr QUENTIN : Merci d'avoir été mon premier maitre de stage lors de mon premier stage d'internat dans une région que je ne connaissais et surtout merci aussi d'avoir été ma tutrice pendant ces 3 ans d'internat. On en aura passé des heures à compléter le portfolio. C'est grâce à ce stage là que j'ai su que je voulais faire de la médecine générale en cabinet

Dr DOUKSI : Merci de m'avoir appris tout ce qu'il fallait savoir sur la pédiatrie à l'hôpital, merci aussi du savoir apporté lors des consultations qui m'ont permis d'être à l'aise avec les enfants et merci aussi de la confiance accordée. Les avis donnés par téléphone même si mon stage était terminé m'ont été d'une grande aide.

Dr L'HIRONDEL : Même si cela a été très court, durant le stage à la maternité, tu as pu m'apprendre tellement de chose et tu as pu me laisser faire pas mal de gestes techniques qui ont permis de faire que ce trimestre se soit très bien passer. Merci aussi de m'avoir accordé ta confiance lors des consultations.

Dr BRANGIER : Malgré le fait que tu sois bientôt en retraite, ce dernier stage de SASPAS en ta compagnie a été très formateur tant sur le point humain que médical. Cela m'a appris la proximité

avec les patients et le fait de les écouter. Je te remercie de la confiance que tu m'as accordé durant ces 6 mois.

CROZAT Olivia : A l'une des sages-femmes les plus compétentes que j'ai jamais croisé de ma vie. Tu as été l'un des piliers de ma formation lors du trimestre que je devais passer en gynécologie libérale. Ce trimestre à tes cotés a sauvé ma formation tant sur ta qualité à être bon pédagogue, que sur ta qualité à être à l'écoute des patientes. Grâce à ce stage je peux maintenant réaliser les gestes de gynécologie les plus courants lors de mes consultations en cabinet.

GRIMAL Gretel : Tu as été l'une des sage femmes qui ne me considérait pas comme un médecin mais comme quelqu'un avec qui on peut partager tant sur le savoir médical que sur l'écoute des patientes. Merci beaucoup

L'équipe de la MSP Mende Lozère : Merci à toute l'équipe de la MSP mende Lozère, les secrétaires, le Dr Bertrand, le Dr ERNOUF, Laure pour ces 9 mois passés en stage. J'ai très bien appris, l'ambiance était toujours là.

A mes amis et co-internes :

Kévin et Sandrine : A mes premiers amis que j'ai rencontré au WEI lors du début d'internat et avec qui j'ai directement sympathisé. Que depuis ce temps et malgré la distance, on est resté proche. Je vous remercie d'être là tous les 2.

Christian et Capucine : Aux meilleurs amis que j'ai eu lors de mon premier semestre sur Perpignan lorsque que je ne connaissais encore personne. On s'est rapproché et merci encore à toi, Christian, pour les cours de ski qui m'ont permis de pouvoir faire des rouges en quelques séances

Marielle, Alexandre, Mathilde et Lucie : A vous 4 les amis, la team Lozère, qui m'ont permis pendant un an et demi d'avoir des amis sur qui compter, qui ont été là pour moi et qui j'espère le seront toujours malgré mon départ de la Lozère. On en a passé des bons moments tous ensemble à l'internat.

Laure-Anne, Victoire et Marie : Au trio de filles que je n'oublierai pas durant ce semestre d'hiver 2020 en Lozère, au choix de stage qui a été très difficile pour vous durant cette après-midi d'avril.

Ambroise : Le frérot, l'ami que j'ai découvert lors de ma 3ème année de médecine alors que toi tu venais d'arriver en 2ème année. On a toujours gardé contact, tu m'as toujours soutenu, aidé, malgré mon départ pour le métropole en 4ème année. Et même si on ne se voyait pas tout le temps, lors de nos retrouvailles, on avait toujours autant de chose à se dire.

Flora et Valentin : A mes 2 meilleurs amis que j'ai rencontrés quand je venais d'arriver en 2ème année de médecine et avec qui je me suis beaucoup rapproché lorsqu'on s'est retrouvé sur Lyon lorsque l'on ne connaissait personne. Sans votre soutien, je ne sais pas si j'aurai vécu mes 3 années d'externat de la même manière. A Valentin et nos après-midi cinémas et blagues pourries et à Flora qui a toujours su me remonter le moral et qui a toujours été là pour moi.

Freddy : Cela n'a pas toujours été facile durant les années de prépa pour le concours de 1ère année mais sache que cela a été une rencontre que je n'oublierai pas. Malgré notre différence d'âge, on a réussi à s'entendre et je sais qu'on restera ami même si on fait des internats différents.

Anissa : Merci à toi Anissa, qui m'a toujours soutenue. Merci à cette amitié que je chéri.

Marjorie et Morgane : Mes amies depuis 25 ans, il s'en est passé des choses depuis. Malgré mon départ à la Réunion quand j'avais 9 ans et le manque des réseaux sociaux, on ne s'est jamais perdu de vue, et on est toujours amis depuis ce temps-là. Et je sais que cette amitié est faite pour durer. Je vous considère comme mes sœurs maintenant.

Marie : A mon amie et co-interne de perpignan, que je connais depuis la 2ème année de médecine. Il y a eu des hauts et des bas, mais depuis qu'on s'est retrouvé pour l'internat, je suis content d'avoir retrouvé cette amitié qui j'espère durera.

Roseline : Même si cela ne fait même pas un an que l'on se connait j'ai l'impression de te connaitre depuis longtemps. On dirait que j'ai trouvé cette relation d'amitié qu'il manquait durant toutes ces années et je suis content d'avoir rencontré une nouvelle petite sœur sur qui compter malgré la distance. J'espère que cette amitié durera en tout cas. Merci à toi.

Gwendoline et Clément : Merci à vous 2 d'avoir été la durant ces 2 dernières années. Plus particulièrement à toi, Gwendoline, merci de toute ton aide précieuse lors de l'écriture de ma thèse et de ton amitié. Pour tout t'avouer, sans toi, je ne pense pas que j'aurai pu la terminer rapidement.

Taissia et Steven : Merci à vous 2 d'avoir été là durant le semestre où la covid avait commencé. Merci pour tous ces moments passés et j'espère que cette amitié durera.

Gauthier : Merci à toi pour m'avoir donné envie et la motivation de trouver et d'écrire ma thèse, car tu as été le précurseur de tout notre groupe et le premier thésard.

Au groupe d'amis de Perpignan hiver 2018 : Merci à tous d'avoir été là pour ce premier semestre d'internat, pour tous nos moments passés aux améliorés du jeudi soir, les journées au ski, le week-end ski en Andorre, aux soirées passés chez les uns et les autres. Cela a été pour moi la meilleure des manières de commencer la nouvelle vie d'interne et je n'oublierai pas ces moments passés avec vous.

LUCAS Alexandre : A sans doute la personne qui a le plus sa place dans cette liste de remerciement. A cette personne qui, sans son intervention, je ne serai pas là en ce moment. Merci de m'avoir accepté dans la prépa qui venait d'ouvrir, cela m'a beaucoup apporté. Et merci de m'avoir accordé ta

confiance des années ensuite même si le concours était terminé, et cela fait déjà 9 ans que tout ceci s'est passé.

A ma famille :

Mes Parents : merci de m'avoir soutenue dans toutes mes décisions au cours de ma vie, merci d'avoir été là quand il fallait, de m'avoir aidé comme il fallait. Malgré le fait que je sois parti il y a 6 ans pour la métropole et que vous me manquez, il y aura toujours une place dans mon cœur pour vous. Je vous aime fort

Ma mère : Merci de m'avoir inculqué la rigueur, de m'avoir aidé dans tout ce que j'entreprenais. A nos moments mère-garçons que je chérirai toujours

Mon père : Merci d'avoir été là aussi durant toute ma vie, je sais que tu seras là à veiller sur la famille

Anthony et Émilie : Merci à vous 2 d'avoir été la quand il fallait. A Anthony, je sais que je n'ai pas été un grand frère toujours très à l'écoute mais sache qu'après l'adolescence, j'ai appris à te redécouvrir et je suis content d'être ton grand frère

Kléa : Je sais que je n'ai pas été la durant ton adolescence et malgré la différence d'âge, sache que tu auras toujours une place dans mon cœur et que tu resteras ma petite sœur adorée.

Au reste de la famille du coté de ma mère : merci d'avoir été la durant toutes ces années, et merci à vous, Viviane, Delphine et Gwenn, mes cousines préférées durant mon enfance.

A mes grands-parents : J'aurai tellement aimé que vous soyez présent lors de la soutenance, que vous voyez mon rêve s'accomplir. J'espère que vous êtes fiers de moi là-haut

Et bien sûr, à tous ceux que je n'ai pas cité, mais que je n'oublierai pas pour autant.

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS **20**

INTRODUCTION **21**

1. Human papilloma virus ***21***

1.1. Épidémiologie de l'infection par l'HPV chez l'homme **21**

1.1.1. Caractéristiques générales et classification 21

1.1.2. Transmission du virus 22

1.1.3. Lésions associées provoquées chez l'homme 23

1.1.3.1. Lésions bénignes 24

1.1.3.2. Lésions malignes 25

1.1.4. Incidence et prévalence chez l'homme 27

1.2. Comment se déroule l'infection par le papilloma virus ? **28**

1.2.1. Déclin spontané 28

1.2.2. Evolution de l'infection et génèse de cancer 29

2. Vaccination ***30***

2.1. Stratégie et recommandation vaccinale en France **30**

2.1.1. La naissance des vaccins prophylactiques 30

Constituant du vaccin **31**

2.1.2. Les recommandations vaccinales 32

2.1.3. La couverture vaccinale en France chez les filles 32

2.1.4. La couverture vaccinale en France chez les HSH 34

2.2. La vaccination chez les garçons **34**

2.2.1. Situation dans les pays du monde 34

2.2.2. L'impact de la vaccination contre l'HPV : acquisition d'une immunité de groupe (principes et caractéristiques) 37

2.2.3. Efficacité du vaccin chez les garçons 38

2.2.4. Les études d'acceptabilité et l'hésitation vaccinale 44

3. La recommandation d'étendre la vaccination chez les garçons ***45***

3.1. En France **45**

3.1.1. Couverture vaccinale 45

3.1.2. Effets indésirables 46

3.2. Les enjeux de cette vaccination **47**

4. Question de recherche ***49***

MATERIELS ET METHODE **50**

1. Schéma de l'étude ***50***

1.1. Type d'étude **50**

1.2. Choix des données à recueillir **50**

1.3. Population interrogée **50**

2. Retranscription et analyse des données ***51***

RESULTATS **52**

1. Profils des parents interrogés ***52***

2. Les connaissances de l'HPV ***52***

2.1. Les caractéristiques générales 52
2.1.1. Lésions associées 53
2.1.2. Mode de transmission 53
2.1.3. Moyen de protection 54
2.1.4. Recommandations 54
2.2. Les préjugés/ a priori 54
2.3. Le manque de connaissance sur l'HPV 55
3. Les différentes raisons conduisant ou non à la vaccination contre le papilloma virus 55
3.1. Liées à la vaccination en générale 55
3.1.1. Histoire de la vaccination 55
3.1.2. Les vaccins dans notre société 55
3.1.3. Le fait d'être dans un pays développé 56
3.1.4. Vaccination obligatoire versus recommandé 56
3.1.5. La France : pays anti vaccin 56
3.1.6. L'existence de certains vaccins fait de l'ombre aux vaccins importants 56
3.1.7. La multitude de vaccin à faire lors de la petite enfance 57
3.1.8. La culpabilité des parents 57
3.2. Liées à la vaccination contre le papilloma virus 57
3.2.1. Effets secondaires et tolérance du vaccin 57
3.2.2. Efficacité du vaccin, recul insuffisant et balance bénéfice-risque 58
3.2.3. Vision collective et protection des partenaires 58
3.2.4. La non connaissance de la possibilité de vacciner les garçons 59
3.2.5. Sexualité et orientation sexuelle 59
3.3. Liée à l'environnement 60
3.3.1. Influence du métier 60
3.3.2. Influence de l'entourage, de la famille 60
3.3.3. Le vécu, le passé des parents 61
3.3.3.1. Les antécédents de mauvaises expériences avec les vaccins 61
3.3.3.2. Les antécédents en lien avec le papilloma virus entrainent une meilleure vaccination 61
3.3.3.3. Le manque d'information 62
4. Les principales sources d'information concernant le papilloma virus et son vaccin 62
4.1. Les professionnels de santé 62
4.2. Les informations extérieures 63
4.2.1. Les campagnes publicitaires 63
4.2.1.1. Le contenu 63
4.2.1.2. Les sources 63
4.2.2. La méfiance du contenu retrouvé 64
5. La place de chacun dans la décision de vaccination contre le papilloma virus 64
5.1. Les professionnels de santé 64
5.2. L'entourage 65
5.2.1. Les parents 65
5.2.2. La famille 65
5.3. Le garçon 65
DISCUSSION 66
1. Les déterminants de la vaccination 66
1.1. Les perceptions vaccinales 66
1.1.1. Les vaccins et les Français : une histoire de cœur 66
1.1.2. La différence entre la vaccination obligatoire et recommandée 67

1.1.3. Le contexte de pandémie actuelle occulte toutes les autres vaccinations 68
1.1.4. La culpabilité des parents 68
1.1.5. La protection individuelle et collective 69
1.1.6. Les antécédents de la population 70
1.1.7. Le concept d'hésitation vaccinale 70

1.2. Le papilloma virus et sa vaccination 72
1.2.1. Efficacité 72
1.2.2. Les effets secondaires 73
1.2.3. L'éducation sexuelle : est-ce qu'il est trop tôt pour en parler ? 74
1.2.4. L'extension de la vaccination anti-papilloma virus chez les garçons : bonne ou mauvaise idée 75

1.3. L'information 76
1.3.1. Les professionnels de santé 76
1.3.2. Les informations extérieures perçues par les parents 78
1.3.2.1. La campagne de vaccination 78
1.3.2.2. La médiatisation des effets secondaires 80

1.4. La décision de vaccination 80
1.4.1. Le manque de connaissance 80
1.4.2. La place des parents 81
1.4.3. Rôle de l'enfant 82

2. Ouverture pour le futur 83

3. Forces et faiblesses de l'étude 84

3.1. Les forces de l'étude 84
3.1.1. Originalité du travail 84
3.1.2. La méthode qualitative 85
3.1.3. La population étudiée 85
3.1.4. L'analyse des données 85

3.2. Faiblesses et limites de l'étude 86
3.2.1. Biais de sélection 86
3.2.1.1. Biais de recrutement 86
3.2.1.2. Biais de volontariat 86
3.2.2. Biais de méthode 86
3.2.3. Biais d'interprétation 87
3.2.4. Biais d'influence 87
3.2.5. Saturation des données 87

CONCLUSION 88

BIBLIOGRAPHIE 89

ANNEXES 96

SERMENT D'HIPPOCRATE 119

CERTIFICAT DE CONFORMITE 120

RESUME 121

LISTE DES ABREVIATIONS

ADN : Acide Désoxyribonucléique

AIN : Néoplasie Intra-épithéliale de l'Anus

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ARNm : Acide Ribonucléique Messager

CD4 : Lymphocyte T CD4

CeGIDD : Centre Gratuit d'information, de Dépistage et de Diagnostic des infections

CV : Couverture Vaccinale

DTP : Vaccin Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite

ERAS : Enquète Rapport Au Sexe

HAS : Haute Autorité de Santé

HCSP : Haut Conseil de Santé Publique

HPV : Human Papilloma Virus (Papilloma Virus Humain)

HSH : Homme ayant des relations sexuelles avec les hommes

INCa : Institut National du Cancer

MAI : Maladie Auto Immune

MG : Médecin Généraliste

MSD : Laboratoire Merck & Co

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORL : Oto-Rhino-Laryngologie

PMI : Protection Maternelle Infantile

PrEP : Prophylaxie Pré-Exposition

ROR : Vaccin Rougeole-Oreillon-Rubéole

SARS-CoV2 : Maladie à Coronavirus 2 (Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2)

SNDS-DCIR : Système National des Données de Santé - base de données individuelles des bénéficiaires

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

INTRODUCTION

1. Human papilloma virus

1.1. Épidémiologie de l'infection par l'HPV chez l'homme

1.1.1. Caractéristiques générales et classification

Les HPV sont une vaste famille de virus à ADN (il en existe plus de 200 types dont 13 d'entre eux sont hautement cancérigènes). Ils sont classés en fonction de leur tropisme et de leur pouvoir pathogène. Les premiers papillomavirus ont été décrits à partir de 1933. Ils ont, par ailleurs, une spécificité d'hôte, d'espèce et de tissu.

L'infection par un virus HPV est l'infection sexuellement transmissible la plus fréquente dans le monde (80% des femmes sont infectées au moins une fois dans leur vie et on estime que neuf garçons sur dix ayant des rapports sexuels en seraient atteint au moins une fois dans leur vie, dans la plupart des cas inoffensivement). L'infection se guérit le plus souvent spontanément. Mais parfois le virus persiste au niveau de la muqueuse du col utérin et peut alors provoquer des modifications de l'épithélium appelées lésions précancéreuses, susceptibles d'évoluer vers un cancer (1).

Cette infection revêt deux aspects diamétralement opposés que sont d'une part la banale maladie sexuellement transmissible (MST), le plus souvent asymptomatique et transitoire, s'accompagnant d'une immunité acquise et efficace ; et d'autre part la maladie épithéliale à HPV pouvant faire le lit du cancer (2)

Schématiquement, on peut distinguer 2 groupes :

- Les HPV à tropisme cutané, qui appartiennent à 4 genres. Ils sont principalement en cause de verrues cutanées et ne sont que très rarement à l'origine de lésions malignes. La transmission virale se fait par contact.
- Les HPV à tropisme muqueux (muqueuses ano-génitale et buccale), qui appartiennent au genre des alpha-papillomavirus.

  Ils sont classés en fonction du risque oncogène qu'ils présentent :

  - Les HPV à « bas risque » qui sont responsables de condylomes anogénitaux (génotypes 6, 11, 42, 43 essentiellement).

- Les HPV à « haut risque » sont responsables de lésions précancéreuses et cancéreuses (génotypes 16, 18, 31, 33, 35, 45 essentiellement). Ces génotypes représentent 80 % des HPV de cette catégorie, mais de nombreux autres peuvent aussi être impliqués.

Tableau 1 : les différentes pathologies liées aux HPV selon le génotype

Papillomavirus, cancer du col et autres pathologies (3)	
Génotypes (les plus fréquents)	Maladies associées
1...	Verrues plantaires
2, 27...	Verrues communes
6, 11, 42, 16...	Verrues génitales (condylomes), papillomatose laryngée
16, 18, 31, 45...	Cancer du col utérin, autres cancers anogénitaux
HPV 15 et 16 : retrouvés dans environ 70 % des cancers du col de l'utérus HPV 6 et 11 : retrouvés dans plus de 90 % des verrues génitales (condylomes)	

C'est à partir de 1970 que la relation entre les infections à certains papillomavirus et le cancer du col de l'utérus a été mise à jour. Par la suite, des HPV vont aussi se révéler contribuer à la genèse de cancers de la vulve et du vagin, de l'anus, du pénis et de la sphère ORL, dont la bouche. Au début des années 1990, les mécanismes qui mènent des HPV aux cancers sont élucidés. Ces travaux conduiront, en 2008, à l'attribution du Prix Nobel de physiologie ou médecine au médecin-virologue allemand Harlad zur Hausen pour « sa découverte des papillomavirus humains responsables de cancers du col de l'utérus ».

1.1.2. Transmission du virus

Il est habituellement transmis par un contact direct peau à peau, le plus souvent pendant un rapport sexuel avec pénétration (la contamination pouvant avoir lieu dès les premiers rapports). D'autres formes de contact intimes, sans pénétration, peuvent être à l'origine d'une transmission HPV, même si elles semblent moins fréquentes.

La présence d'HPV chez des vierges (moins de 2 % des cas) et chez de jeunes enfants fait suspecter d'autres voies de transmission que celle liée aux relations sexuelles. Les hommes peuvent être infectés par voie anale ou pénienne et sont des vecteurs importants. Les meilleurs sites anatomiques pour avoir

un échantillon d'HPV où l'ADN HPV est retrouvé, sont le gland, le prépuce, les poils pubiens, les testicules et les sécrétions génitales.
Ces virus étant présents dans la sphère anogénitales, le préservatif, qui est un moyen pour se protéger contre l'HPV, ne protège que partiellement (en effet, les parties génitales non couvertes par le préservatif vont transmettre plus facilement le virus). Il semblerait quand même qu'il diminue la transmission.

Une plus grande séroprévalence d'HPV 6, 11, 16 et 18 a été trouvée chez les femmes par rapport aux hommes, donc le portage est fréquent : il est estimé à 30 % entre 18 à 35 ans. Le risque de transmission après un contact sexuel avec une personne infectée par l'HPV est plus important de la femme vers l'homme (50 à 90 % des cas) que dans le sens inverse (50 %)(4). L'explication pourrait être liée aux sites d'infection chez les hommes comparé aux femmes, la réponse sérologique contre une infection génitales, les facteurs immunologiques et exogène (ex tabagisme) (4,5).
A noter qu'une transmission materno-fœtale peut être aussi identifiée lors de l'accouchement, la voie vaginale semblant favoriser cette transmission par rapport à la césarienne sans que celle-ci ne protège totalement du risque de contamination. (6)

Enfin, d'autres modes de transmission sont visibles : quelques études ont démontré la présence d'HPV sur des habits ou sur des surfaces de contact sans qu'un lien direct avec une transmission soit clairement établi. Une connaissance plus approfondie des modes de transmission de l'infection par HPV, pourrait permettre une prévention plus efficace.(6)
Pour finir, on estime que 70 % des personnes sexuellement actives seront infectées par un HPV au cours de leur vie.

1.1.3. Lésions associées provoquées chez l'homme

Inoffensifs pour 90% des garçons contaminés, les papillomavirus peuvent toutefois être à l'origine de cancers chez certains hommes. Dans la majorité des cas, le virus est éliminé naturellement. Mais chez 10% des jeunes garçons qui la contractent, les papillomavirus ne sont pas évacués et peuvent faire développer des maladies.

1.1.3.1. Lésions bénignes

- *Les verrues cutanées externe génitales :*

Ce sont des dysplasies bénignes qu'on appelle les condylomes ano-génitaux. Ils toucheraient 3 à 6 % de la population générale et pourraient favoriser la contamination par VIH : ici, ce sont les génotypes 6 et 16 les principaux responsables.

Le diagnostic de condylomes est clinique : Aucun équipement n'est nécessaire au diagnostic hormis un éclairage et une loupe pour les lésions de petite taille. Elle est particulièrement utile pour les lésions vulvaires et les lésions de la marge anale. (4)

Les condylomes acuminés ou végétations vénériennes sont les plus fréquents (verrues génitales). Elles sont exophytiques, plus ou moins kératosiques, selon leur topographie, blanchâtres, papillomateuses, souvent multiples, parfois confluentes.

Chez l'homme non circoncis, les lésions siègent surtout dans le sillon balano-préputial, sur le gland, le frein et dans le sac préputial. Chez l'homme circoncis les lésions siègent principalement sur le fourreau de la verge. Une atteinte méatique ou urétrale est possible. Une atteinte périanale, plus fréquente chez l'homosexuel, est possible chez l'hétérosexuel, d'autres localisations plus rares : scrotum, plis inguinaux. (4)

Les lésions endo-anales sont favorisées par les rapports réceptifs anaux, la présence de lésions périanales, l'existence d'une immunodépression.

Les localisations orales, laryngées ou conjonctivales sont très rares chez l'immunocompétent.

Contrairement aux atteintes du col et de l'anus, il n'y a pas d'évolution de la dysplasie légère à la dysplasie moyenne puis sévère pour les condylomes externes. Mais les lésions externes bénignes sont associées dans 20 à 30 % des cas à des lésions cervicales ou anales, ce qui impose un bilan d'extension de l'infection à HPV. (4)

Pour ce qui est du mode de contamination des condylomes, il est le plus souvent sexuel mais une auto-contamination ou une allo-inoculation de verrues digitales sont possibles et une transmission non sexuelle indirecte peut être évoquée (objets de toilette souillés, bain partagé, sauna, jacuzzi). En cas d'atteinte périanale isolée, une contamination non sexuelle est possible ; en cas d'atteinte intracanalaire "haute", la contamination est toujours sexuelle. (4)

1.1.3.2. Lésions malignes

- *Cancers oropharyngés :*

L'HPV est de plus en plus responsable de cancers ORL haut, aggravés par le tabagisme et l'alcool. Le rôle de l'HPV, dans ces cancers, augmente régulièrement. L'HPV est impliqué dans 78% des cancers oropharyngés.

Les cancers de la sphère ORL constituent une cause importante de morbidité et de mortalité. Les hommes et les personnes agés constituent les groupes les plus affectés. La majorité de cas de ces cancers soit attribuable à une consommation élevée d'alcool et de tabac. Mais, une infection orale au HPV a récemment été reconnue comme une cause importante d'au moins une fraction de ces cancers (7,8) . Il est estimé que 35 % à 47 % des cancers de l'oropharynx (base de la langue, amygdale et le palais mou) et 10 % à 14 % des cancers du larynx et de la cavité orale (langue, gencives, joues, palais dur, plancher et autres localisations de la bouche) peuvent être attribués au HPV (9,10). L'HPV 16 est en cause dans près de 90 % des cancers de l'oropharynx positifs pour l'HPV alors que les HPV 18, 33, 35, 45 et 59 contribuent pour le reste.

Plusieurs études cas-témoins ont confirmé une forte et constante association entre l'exposition à l'HPV et l'augmentation du risque de cancer de l'oropharynx même après ajustement pour les facteurs de risque traditionnels (âge, sexe et consommation de tabac et d'alcool) (8,11–13). Une de ces études a également démontré que l'exposition à l'HPV précède l'arrivée des cancers de l'oropharynx. Il s'agit d'une étude cas-témoins nichée dans une cohorte prospective réalisée dans les pays scandinaves (12). Après un suivi moyen de 9,4 ans, la présence de l'HPV 16 était associée à un risque 2,1 fois plus élevé de développer un cancer ORL et 14,4 fois plus élevé de développer un cancer de l'oropharynx après ajustement pour l'âge, le sexe et le niveau de nicotine dans le sang.

- *Cancer anal :*

Le cancer anal est une pathologie rare dont l'incidence standardisée sur l'âge et sur la population mondiale de référence est comprise entre 0,2 et 1,3% pour 100 000 chez les hommes et entre 0,2 et 2,1% pour 100 000 chez les femmes (14). Mais cette incidence est en augmentation au cours des vingt dernières années : aux États-Unis, l'incidence du cancer anal a augmenté chez l'homme (160%) et chez la femme (73%) entre 1973 et 2000 (15). Les carcinomes épidermoïdes sont les plus fréquents (95% des cas), les adénocarcinomes sont plus rares (14).

L'incidence du cancer anal est plus élevée chez les femmes que chez les hommes hétérosexuels. Les incidences les plus élevées sont retrouvées chez les hommes homosexuels masculins et chez les patients immunodéprimés dont ceux infectés par le VIH et ceux ayant bénéficiés d'une greffe d'organe (16). Les HSH séropositifs représentent la population la plus à risque de développer un cancer anale. Les autres facteurs de risques que l'on peut retrouver sont : le tabagisme, les rapports anaux, l'infection à l'HPV, le nombre de partenaires sexuels et les antécédents de verrues anogénitales (14–16).

L'histoire naturelle du cancer anal est encore mal connue mais l'infection par le HPV est reconnue nécessaire au développement d'une néoplasie intra-épithéliale anale (AIN). Le lien entre cancer anal et infection par l'HPV 16 est reconnue par le centre de recherche sur le cancer. La recherche d'ADN HPV oncogène est positive dans environ 90% des cas (14).
Dans une étude française (17), sur 366 cancers anaux (62% femmes et 38% hommes), ce chiffre était de l'ordre de 97%.
Le génotype HPV 16 est le génotype le plus fréquemment retrouvé, présent dans environ 75% des cancers anaux, suivi de HPV 18 (présent dans environ 6% des cas).

- *Cancer du pénis :*
Le cancer du pénis est rare, représentant moins de 0,5% des cancers invasifs de l'homme dans le monde. L'incidence est de 0,81/100 000 hommes aux États-Unis (18).
De plus fortes incidences de cancers du pénis sont observées dans les pays où l'incidence du cancer du col est élevée et dans les pays en développement. A l'inverse, l'incidence est moins importante chez la population juive au sein de laquelle se pratique communément une circoncision à la naissance (16).

D'autres facteurs de risque de carcinome épidermoïde du pénis ont été identifiés : tabagisme actif, un premier rapport sexuel précoce, un nombre élevé de partenaires sexuelles, une absence d'utilisation de préservatif et un antécédent de verrues anogénitales (16).
50% des cancers du pénis seraient attribuables aux HPV. L'HPV 16 est le plus représenté. Depuis 2012, le centre de recherche sur le cancer reconnait une causalité entre l'infection à HPV16 et cancer du pénis (16,19,20).

1.1.4. Incidence et prévalence chez l'homme

La fréquence la plus élevée d'infection à HPV est observée chez les jeunes femmes : à 20 ans, près de 40% des femmes ont été infectées par un HPV. Chez l'homme, la prévalence de l'infection varie de 20% à 80% selon les études mais reste globalement plus faible que chez la femme (2,6,21). La plupart de ces infections sont infracliniques et transitoires. Dans certains cas, une infection persistante à HPV à haut risque oncogène peut conduire à une lésion maligne (22)

Le Centre international de recherche sur le cancer reconnait chez l'homme un lien causal entre l'infection par l'HPV 16 comme précédemment cité et la survenue de cancers du pénis, de l'anus, et de certains cancers ORL. Dans le monde, davantage de cancers liés aux virus HPV sont diagnostiqués chez la femme que chez l'homme, le plus fréquent est le cancer du col de l'utérus. En 2008, parmi les 12,7 millions de nouveaux cancers diagnostiqués, 610 000 étaient attribuables aux HPV dont 39 000 chez les hommes. En Europe, la proportion de cancers attribuables aux HPV est estimée à 0,7% chez les hommes contre 4,5% chez les femmes (19,23).

- *Infections orales*

  La prévalence globale d'infection orale par l'HPV est plus élevée chez l'homme que chez la femme. En comparaison aux infections anogénitales, la prévalence de l'infection orale par le HPV 16 est faible (entre 0,5 et 1%) (23). La prévalence de l'infection orale par des HPV oncogènes croît avec l'âge, le nombre de partenaires sexuels et le nombre de cigarettes fumées par jour (supérieur à dix cigarettes par jour). La prévalence est également plus élevée chez les hommes infectés par le VIH (23–25).

- *Infections anales*

  La prévalence est plus élevée chez les hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes (HSH) et est d'autant plus élevée chez les HSH séropositifs (20). Dans la méta-analyse de Machalek et al. (26) portant sur l'infection anale et les lésions néoplasiques chez les HSH, la prévalence des HPV était de 64% chez les hommes non infectés par le VIH et de 93% chez les hommes séropositifs. Le risque d'infection anale chez les HSH est présent dès les premiers rapports sexuels. Il augmente avec le nombre de partenaires sexuels (20,23,26). Chez les HSH séropositifs, l'infection anale par le HPV et un taux de CD4 bas sont des facteurs de risque de développer une AIN (20). L'HPV 16 est retrouvé parmi les HPV à haut risque oncogène (26).

De plus, la prévalence chez les hommes hétérosexuels était de 24,8% (échantillon composé de 222 hommes ayant reconnu n'avoir eu aucun rapport sexuel antérieur avec des hommes) dans une étude (27) réalisée aux États-Unis. Parmi les hommes infectés par l'HPV au niveau anal, 33,3% avaient un type HPV oncogène.

- *Infections génitales :*

Chez les hommes, la prévalence des HPV est globalement plus faible que chez les femmes et ne varie pas avec l'âge. La prévalence mondiale des HPV génitaux chez les hommes âgés de moins de 30 ans est de 16%, chez ceux entre 30 et 49 ans de 15% et chez ceux âgés de plus de 50 ans de 19% (23,28). Les études de prévalence et de distribution des génotypes HPV chez les hommes montrent des différences selon l'orientation et l'activité sexuelle, l'origine géographique, le génotype du virus et les techniques de détection des HPV utilisées (5,23).

Des différences de prévalence des HPV en population générale sont démontrées entre les études européennes (entre 3,5 et 34%) et les études nord-américaines (entre 26 et 65%) (29). Selon le site anatomique génital considéré, la prévalence des HPV chez l'homme varie. Le pénis est le site le plus infecté et abrite la plus grande proportion de types et d'infections oncogéniques (30).

La revue de littérature internationale de Dunne et al. (5) réalisée à partir de plus de 40 études dans lesquelles plusieurs sites anatomiques génitaux ont été considérés, retrouvait une prévalence de l'HPV chez les hommes, supérieure à 20% dans plus de la moitié des études. L'HPV 16 était le type le plus fréquent.

Le risque d'être infecté au niveau génital augmente avec le nombre de partenaires sexuels et en fonction des pratiques sexuelles. Il est également augmenté chez les hommes ayant des relations sexuelles avec HSH. Les facteurs partiellement protecteurs sont la circoncision et le préservatif (20,28,30).

1.2. Comment se déroule l'infection par le papilloma virus ?

1.2.1. Déclin spontané

Les infections à HPV sont le plus souvent transitoires avec une clairance virale qui va dans le sens d'une guérison spontanée (22). Ceci est du à la mise en place d'effecteurs immunitaires efficaces qui assurent la guérison.

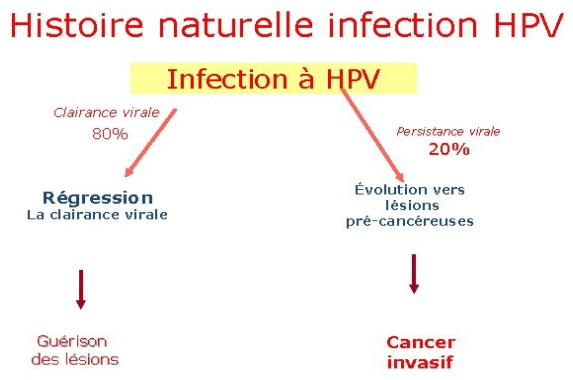
Il semblerait que l'infection HPV persiste beaucoup plus chez les femmes que chez les hommes. Une étude néerlandaise a montré que sur un an 20% des femmes avec une infection persistante contre 6% chez les hommes. (31)

Le délai médian d'élimination d'une infection a été rapporté comme étant de 5,9 mois avec 75 % des infections guérissant dans les 12 mois. Un risque réduit d'infection persistante a été observé chez les hommes circoncis (16)

1.2.2. Evolution de l'infection et génèse de cancer

Si l'HPV n'est pas suffisant à la génèse de cancer, il représente un facteur nécessaire (près de 100 % des cancers invasifs sont positifs en ADN de l'HPV). Les autres facteurs influençant sont : le type viral (génotype et charge virale), l'hôte et son environnement (facteurs génétiques, déficits immunitaires, âge, nutrition, tabac) (22).

Dans certains cas, le virus peut persister et donner des lésions intra épithéliales de bas grade. Et c'est le caractère persistant de l'infection qui va faire basculer une personne porteuse au niveau génital de ce virus vers le second aspect de l'infection génitale à HPV, à savoir, la maladie épithéliale avec lésion de haut grade. Cela se fait généralement en plusieurs années. La persistance de l'infection est donc un facteur essentiel dans le processus de génèse des cancers lié aux HPV (22). Le cancer du col est le premier cancer solide viro-induit démontré dans l'espèce humaine et il représente une cause évitable de décès féminin.(2)



%	Co facteurs
Les facteurs liés au virus	
Génotype viral, sous-types, variants	
Charge virale	
Persistance des HPV HR	
Intégration du génome viral au voisinage de gènes proto-oncogène ou anti-oncogène	
Les facteurs liés à l'hôte	
Facteur génétique (système HLA)	
Système immunitaire	
Age	
Multiparité	
Contraception orale, facteurs hormonaux	
Coinfections	
Les facteurs environnementaux	
Tabac	
Nutrition	
Carences alimentaires	

2. Vaccination

2.1. Stratégie et recommandation vaccinale en France

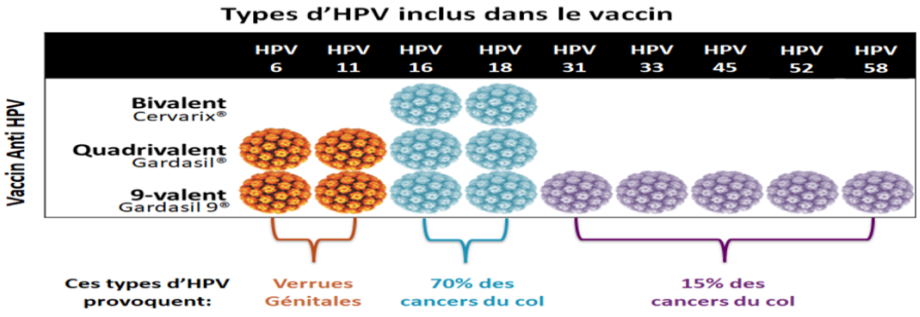
Les adolescents peuvent être vaccinés même s'ils ont déjà eu un rapport sexuel. Cependant cette vaccination est plus efficace si elle est réalisée avant (32).

2.1.1. La naissance des vaccins prophylactiques

Dès 1995, a commencé la mise au point de vaccins prophylactiques qui a abouti, 10 ans plus tard, à la mise à disposition de 2 d'entre eux : l'un comportant 4 sérotypes (6, 11, 16, 18) et l'autre 2 sérotypes (16, 18). En 2015, un nouveau vaccin a fait son entrée, comportant 9 sérotypes (6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 et 58). Il est établi que les HPV de types 16 et 18 sont responsables d'environ 70 % des cancers du col de l'utérus et de 75 % à 80 % des cancers de l'anus dus aux HPV. En élargissant le spectre des génotypes, le vaccin à 9 valences devrait protéger contre les HPV à l'origine d'environ :
- 90 % des cancers du col de l'utérus, de plus de 95 % des adénocarcinomes in situ, de 75 % à 85 % des dysplasies de haut grade du col de l'utérus
- de 85 à 90 % des cancers vulvaires, de 90 à 95 % des dysplasies de haut grade de la vulve, de 80 % à 85 % des cancers du vagin, de 75 % à 85 % des dysplasies de haut grade du vagin,
- de 85 % à 90 % des dysplasies anales intra épithéliales de haut grade, 90 à 95 % des cancers de l'anus
- et de 90 % des verrues génitales

Les HPV de types 6 et 11 sont responsables de 90 % des verrues génitales et de 10 % des dysplasies de bas grade du cancer du col de l'utérus.

Trois vaccins sont disponibles : Gardasil® 6 et 9 et enfin Cervarix®



Constituant du vaccin

Le vaccin n'est constitué que d'une partie du virus. Il ne transmet pas la maladie mais provoque la fabrication d'anticorps qui permettra une meilleure protection lors d'une prochaine rencontre avec le virus.

Il contient un adjuvant : l'aluminium. C'est un stimulant de la réponse immunitaire. Il est nécessaire pour permettre une réponse immunitaire suffisante. Sans adjuvant, le vaccin serait inefficace. (33)

- *Le vaccin Gardasil*

Gardasil est un vaccin qui protège contre les HPV 6, 11, 16 et 18 (34). Il a reçu l'AMM le 20 septembre 2006. Il est indiqué à partir de 9 ans pour la prévention des :

- lésions génitales précancéreuses du col de l'utérus, de la vulve et du vagin et du cancer du col de l'utérus dus à certains types oncogènes d'HPV
- verrues génitales (condylomes acuminés) dues à des types HPV spécifiques.

En juin 2014, il a obtenu l'AMM pour la prévention des lésions anales précancéreuses et cancéreuses. Il est remboursé par la sécurité sociale à hauteur de 65%.

Un nouveau vaccin a été découvert qui est le Gardasil 9. Il a eu l'AMM en juin 2015. Il protège contre 9 types de virus HPV : 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 et 58 (35) notamment en cause dans 90 % des cancers du col de l'utérus, 80 % des cancers de l'anus et 90 % des verrues ano-génitale (condylomes). Il contient 5 génotypes de HPV à haut risque additionnels en comparaison au Gardasil simple.

Le Gardasil 9® est disponible en France depuis la rentrée 2018. Les études cliniques estiment une efficacité de 90 % contre le cancer du col de l'utérus (70% pour les anciens vaccins.) (36)

- *Le vaccin Cervarix (bivalent)*

Cervarix est un vaccin qui agit contre les HPV 16 et 18 et est indiqué à partir de l'âge de 9 ans pour la prévention des lésions précancéreuses du col de l'utérus et du cancer du col de l'utérus dus à certains types oncogènes d'HPV. Son AMM a été donné le 20 septembre 2007 (37). A partir de juin 2016, il a eu l'AMM pour la prévention des lésions anales (38). Le taux de remboursement est de 65% par la sécurité sociale.

2.1.2. Les recommandations vaccinales

Pour rappel, en juillet 2007, cette vaccination concernait, en France, essentiellement les jeunes filles de 14 ans avec un rattrapage entre 15 et 23 ans qui n'auraient pas eu de rapport sexuels ou au plus tard dans l'année suivant le début de la vie sexuelle (39).

Puis en 2012 et 2014, l'HCSP a modifié ses recommandations (40–42) :

- les filles de 11 à 14 ans révolus (schéma en 2 doses : 0 et 6 mois minimum)
- un rattrapage pour toutes les femmes de 15 à 19 ans révolus (schéma en 3 doses : 0, 2 et 6 mois pour le gardasil ; 0, 1 et 6 mois pour le cervarix). Il n'y a plus de besoin d'attendre le début de l'activité sexuelle.

Puis en 2016, l'HCSP recommande pour les HSH jusqu'à l'âge de 26 ans de se faire vacciner selon un schéma de vaccination en 3 doses) (18,43) . A noter qu'il est important que la vaccination soit réalisée avant l'exposition à l'infection.

Enfin en 2018, la Ministre chargée de la santé a saisi la HAS afin de réévaluer le bienfondé d'élargir les recommandations de vaccination contre les papillomavirus humains aux hommes. La réponse attendue est arrivée le 31/07/2019) (44). De ce fait la commission de transparence de l'HAS a étendu la recommandation vaccinale aux jeunes garçons dans les mêmes modalités que les jeunes filles dans son avis publié en octobre 2019 (45). Ces nouvelles recommandations sont entrées en vigueur en janvier 2020. (45) et est applicable depuis le 1er janvier 2021.

2.1.3. La couverture vaccinale en France chez les filles

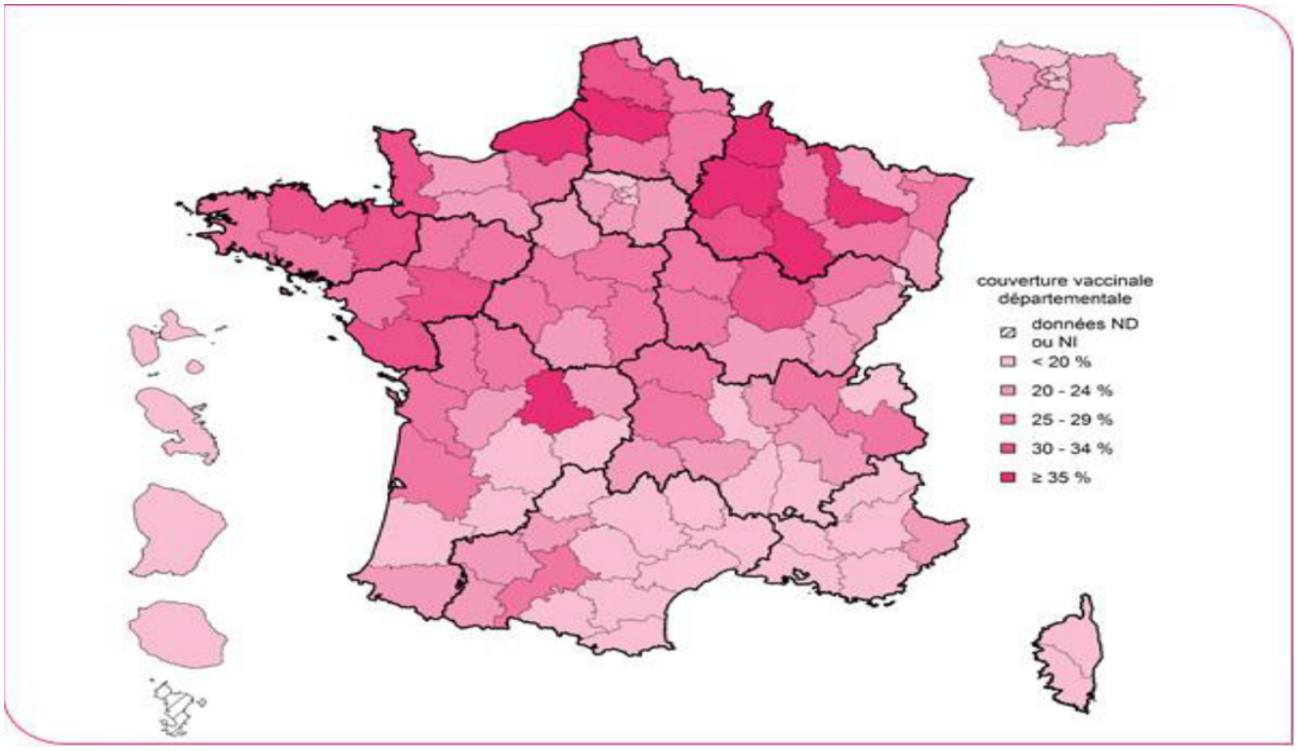
La vaccination contre les infections à papillomavirus humains a été introduite dans le calendrier vaccinal et remboursée à partir du mois de juillet 2007. En 2018, la couverture vaccinale était estimée à 29,4 % pour la 1ère dose chez les filles âgées de 15 ans et à 23,7 % pour le schéma complet pour les filles âgées de 16 ans (46). Ce taux a diminué depuis sa commercialisation (29,1 % pour une dose en 2010 versus 19,4 % en 2014), mais il augmente progressivement depuis 2015 dans un contexte d'augmentation globale de la Couverture vaccinale (CV) (Tableau 2).

Tableau 2 : Couverture vaccinale (%) par le vaccin HPV chez les jeunes filles pour une dose et schéma complet d'après Fonteneau et al., 2019 (46)

Année de naissance	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Couverture vaccinale pour une dose à 15 ans	29,1	28,7	20,9	19,8	19,4	20,6	23,6	26,2	29,4
Couverture vaccinale selon le « schéma complet » à 16 ans	25,3	22,4	17,0	15,7	13,2	19,5	21,4	23,7	-

La couverture HPV selon le schéma complet (deux ou trois doses selon l'âge, le vaccin et la période considérée) reste insuffisante puisqu'elle était de 23,7 % chez les jeunes filles de 16 ans en 2018, avec des variations selon les départements. Dans la figure suivante, la CV était inférieure à 15 % dans 11 départements (Alpes-de-Haute-Provence, Hautes-Alpes, Aude, Lot, Pyrénées-Orientales, Vaucluse, Seine Saint-Denis, La Réunion, Guadeloupe, Martinique, Guyane) et supérieure à 30 % dans 15 départements (Les Ardennes, Aube, Côte-d'Or, Côtes-d'Armor, Ille-et-Vilaine, Maine-et-Loire, Manche, Marne, Haute-Marne, Meurthe-et-Moselle, Pas-de-Calais, Seine-Maritime, Somme, Vendée, Haute-Vienne).

Figure 1 : Couverture vaccinale par département du vaccin HPV selon le « schéma complet » à 16 ans, 2018 (Source : SNDS-DCIR. Traitement : Santé publique France, mise à jour au 31 décembre 2018)



La couverture vaccinale reste donc très inférieure à l'objectif de 60 % qui était fixé à l'horizon 2019 dans le cadre du plan cancer 2014-2019.

2.1.4. La couverture vaccinale en France chez les HSH

Des enquêtes ont été réalisées pour estimer la CV chez les HSH en France en 2019 (ERAS ou enquête rapport au sexe, étude Papill-hom) (ANNEXE 2). Elles ont été réalisées à partir de questionnaires en ligne auprès de HSH fréquentant des sites de rencontres et d'information gays. Le résultat de ces études indiquait que la CV des HSH en France serait comprise entre 15 et 18 % parmi ceux en âge d'être vaccinés.

En ce qui concerne le CeGIDD, en 2018, ce qui est remonté en priorité des relevés de vaccination sont les difficultés liées au stock très insuffisant de vaccins disponibles et l'inadéquation du budget de ces structures pour l'achat de ces vaccins. Ce qui est difficile pour accompagner la recommandation de 2016.

2.2. La vaccination chez les garçons

2.2.1. Situation dans les pays du monde

On observe dans plusieurs pays européens voisins des taux de CV supérieurs à 80 % (Royaume Uni, Portugal, Suède, Norvège, Islande) (47). La situation est très différente selon les pays.
La vaccination anti-HPV a débuté dès 2006, mais, 15 ans après, les taux de CV dans le monde sont très fluctuants.
Au cours du précédent avis de l'HCSP en 2016, l'utilisation du vaccin anti-HPV quadrivalent pour vacciner les personnes de sexe masculin était recommandée dans quatre pays (États-Unis, Australie, Canada, Autriche).

- *États-Unis :* la vaccination des garçons âgés de 11-12 ans était recommandée depuis fin 2011 avec un rattrapage des 13-21 ans. Elle était également recommandée pour les HSH jusqu'à 26 ans et les personnes immunodéprimées. En 2016, la CV pour les garçons âgés de 14 à 17 ans était de 56 % pour

au moins une dose et de 31 % pour deux doses (contre 65 % et 43 % pour les filles, respectivement) et de 22 % pour trois doses (contre 40 % pour les filles), avec des variations selon les États.
En ce qui concerne les HSH âgés de 16 à 26 ans, la CV était de 5 % en 2011 (48). Elle a depuis augmenté et atteignait 22,5 % en 2014 et 37,5 % en 2017 (49).

- *Australie :* la vaccination des garçons âgés de 12-13 ans est recommandée depuis 2013 (50). En 2014, la couverture vaccinale des garçons âgés de 15 ans était de 60 % au niveau national pour trois doses (contre 73 % pour les filles) (51).

- *Canada :* depuis 2012, le National Advisory Committe on Immunization recommande de vacciner les garçons entre 9 et 26 ans dans le cadre de la prévention des lésions précancéreuses et des cancers de l'anus et des verrues anogénitales (52). La vaccination des garçons âgés de 9-26 ans était initialement recommandée uniquement dans la province du Prince-Édouard, et la couverture vaccinale des garçons était estimée à 79 % (contre 85 % chez les filles) en 2013-2014.

- *Autriche :* la vaccination des garçons est proposée gratuitement depuis 2014, dans le cadre d'un programme de vaccination en milieu scolaire dans l'objectif était d'atteindre une immunité de groupe (53)

Il apparaît donc clairement qu'une politique vaccinale impulsée par les autorités de santé est un facteur essentiel pour atteindre une couverture suffisante.

Depuis 2016, plusieurs pays ont actualisé ou sont en train d'actualiser (Suède, Pays-Bas) les programmes de vaccination anti-HPV (Tableau 4 en ANNEXE 2). Au niveau européen, il est observé une dynamique en faveur de l'élargissement de la vaccination aux garçons (Figure 2). À ce jour, une quinzaine de pays en Europe recommande la vaccination anti-HPV des filles et des garçons : Allemagne, Autriche, Belgique, Croatie, Danemark, Estonie, Finlande, Irlande, Italie, Liechtenstein, Norvège, République tchèque, Royaume-Uni, Slovaquie. En dehors de la France, aucun pays en Europe n'a publié de recommandation définitive en défaveur de la vaccination universelle, mais la vaccination reste recommandée uniquement chez les filles dans une quinzaine de pays : Bulgarie, Chypre, Espagne, Grèce, Hongrie, Islande, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Malte, Pologne, Portugal, Roumanie, Slovénie (54,55).

A noter que dans les pays qui ont mis en place la vaccination HPV universelle il y a plusieurs années, la CV des garçons reste inférieure à celle des filles (Australie, Italie, États-Unis) (Figure 3).

Plusieurs pays ont intégré la vaccination anti-HPV dans un programme de vaccination en milieu scolaire pour augmenter la CV. En outre, aux États-Unis où la vaccination universelle a été mise en place dès 2011, l'élargissement de la vaccination aux garçons n'a pas impacté significativement la CV des filles et celle des garçons est restée à ce jour inférieure à celle des filles (56).

Figure 2 : recommandations générales de la vaccination anti-HPV en Europe

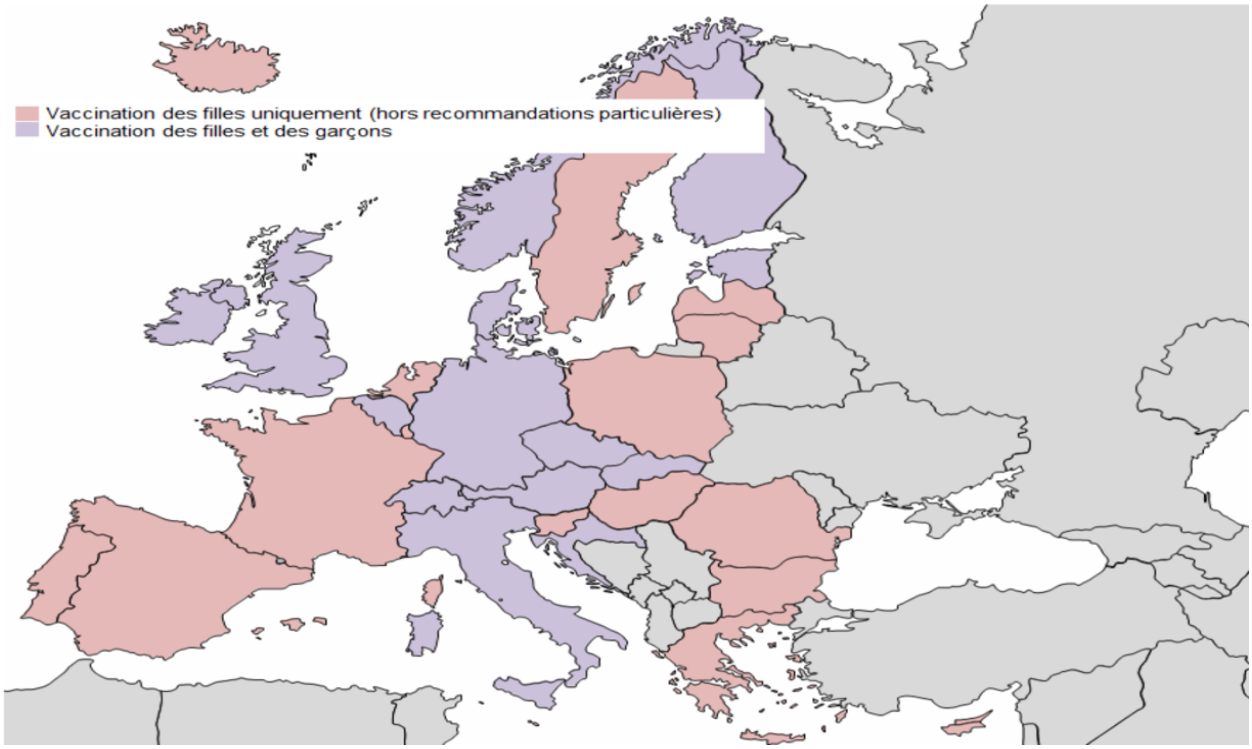
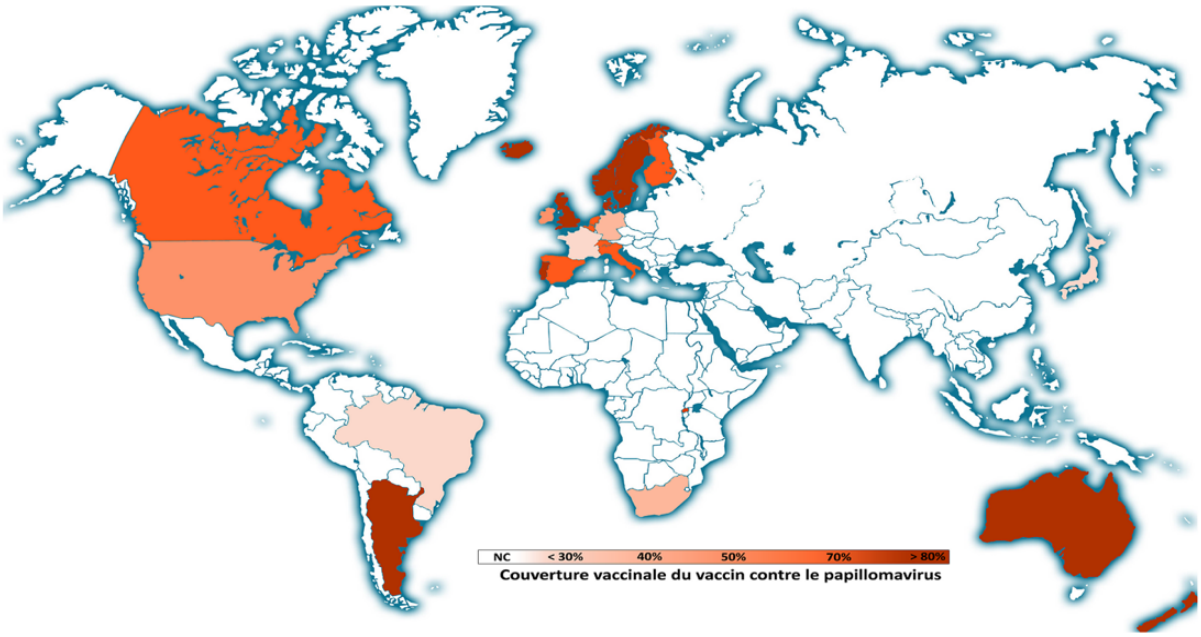


Figure 3 : CV du vaccin contre le papilloma virus sur la Terre



2.2.2. L'impact de la vaccination contre l'HPV : acquisition d'une immunité de groupe (principes et caractéristiques)

Plusieurs études ont été réalisées pour chercher à estimer l'impact de l'incidence et la prévalence des maladies liées à l'HPV chez les garçons et les hommes depuis l'introduction des programmes de vaccination des filles contre le HPV. Elles se sont généralement concentrées sur la protection indirecte des garçons et des hommes, conférée par la vaccination des filles (diminution de l'incidence des infections par le HPV et de verrues génitales).

La conviction que, outre la protection individuelle, une immunité de groupe existe, apparaît également (comme c'est le cas, notamment, pour la rougeole, la coqueluche, la diphtérie, la grippe). 2 publications ont apporté des arguments en faveur d'une immunité de groupe :

- Une étude australienne, datant de 2018, a permis de suivre, pendant 9 ans, la prévalence des HPV de sérotype vaccinal (vaccin quadrivalent) sur un échantillon de près de 1 500 femmes âgées de 17 à 35 ans. La prévalence est passée de 22,7 % à 1,1 % chez celles âgées de 17 à 24 ans ; et de 11,8 % à 1,1 % entre 25 et 35 ans. Dans cette cohorte, il y avait près de 15 % de non vaccinées, mais, dans ce sous-groupe, la diminution de la prévalence des HPV a été identique à celle du groupe des vaccinées. Les auteurs concluent de ce fait à une immunité de groupe (57).
- Cette hypothèse a été renforcée par la publication, en juin 2020, d'une méta-analyse des données issues de 65 articles diffusés entre le 1er février 2014 et le 11 octobre 2018, couvrant une population de 60 millions de personnes. Des réductions significatives, allant de 30 à 85 %, de la prévalence des HPV 16, 18, 6 et 11 et aussi des HPV 31, 33 et 45, des verrues anogénitales, aussi bien chez les femmes que chez les hommes, et des dysplasies de haut grade ont été mises en évidence. Dans leurs conclusions, les auteurs soulignent que cette revue systématique d'un suivi post-vaccinal pendant 8 ans apporte des preuves irréfutables de l'impact des programmes de vaccination. Ils ajoutent, de plus, que si une couverture vaccinale élevée est atteinte, il apparaît une immunité de groupe protégeant les sujets non vaccinés (58).

Du fait de l'évolution lente des cancers du col de l'utérus et ano-génitaux liée à une infection par les HPV, il n'y a pas encore de données publiées permettant d'estimer l'impact de cette vaccination sur l'incidence et la mortalité liées à ces cancers. Les pays où la CV des filles est élevée ont enregistré une forte réduction de la prévalence des génotypes vaccinaux de l'HPV, en particulier HPV 16 et 18. Les réductions sont les plus marquées dans les pays où la CV est la plus élevée. L'impact de

l‘immunité de groupe a également fait en sorte que les groupes plus âgés bénéficient de la vaccination des jeunes filles.
Il existe aussi plusieurs études qui montrent une réduction de la prévalence de l‘infection génitale par l’HPV et de la prévalence des verrues génitales chez les garçons, après la vaccination des filles. La protection de l‘immunité de groupe est plus grande dans les pays où la CV est plus élevée.

L‘impact de l‘immunité de groupe peut être obtenu avec une faible CV. L‘augmentation de la CV chez les filles sera plus bénéfique pour la santé publique que l‘ajout des garçons au programme de vaccination (58). Une CV élevée chez les garçons et les filles pourrait alors éliminer certains génotypes du HPV sur une période de 70 ans.

2.2.3. Efficacité du vaccin chez les garçons

- *Études d’efficacité*

L’efficacité a été évaluée contre les verrues génitales externes, les néoplasies intra-épithéliales péniennes/périnéales/périanales et les infections persistantes associées aux HPV 6, 11, 16, 18.
Une revue de littérature publiée en 2019, a recensé cinq essais de phase III portant sur l’efficacité des vaccins anti-HPV, dont quatre ont été menés uniquement chez la femme (59). Chez l’homme, l‘efficacité a été étudiée pour le vaccin quadrivalent dans un seul essai contrôlé contre placebo, randomisé en double-aveugle ayant donné lieu à plusieurs publications (60–62). Compte tenu du fait que la plupart des cancers liés aux infections HPV surviennent environ 20 ans après l‘infection, et que les durées de suivi dans les essais sont insuffisantes (11,5 ans maximum), aucun essai ne fournit de données prouvant l’efficacité des vaccins anti-HPV contre les cancers.

- *Contre les affections anogénitales chez l’homme*

Concernant les lésions cancéreuses et précancéreuses de l‘anus, aucune donnée n‘est disponible dans les essais cliniques menés chez les femmes, y compris avec le vaccin quadrivalent. Comme indiqué dans la revue de la littérature de 2019 mentionnée ci-dessus, seul l’essai mené chez les hommes a apporté des preuves d‘efficacité du vaccin quadrivalent sur les AIN, dans des analyses restreintes au sous-groupe d‘HSH (59). Dans cette étude internationale, 4 055 hommes âgés de 16 à 26 ans ont été inclus et vaccinés sans que leur statut vis-à-vis des infections à HPV ne soit connu (60,61). Après 2,9 ans de suivi en moyenne, chez les patients ayant reçu trois doses de vaccin dans l’année de l’inclusion et ne présentant pas d‘infection par HPV au préalable, le vaccin a montré une efficacité de 89,9 % pour la prévention des condylomes anogénitaux causés par les quatre types

d'HPV ciblés par le vaccin quadrivalent (Tableau 3). Le nombre de cas de lésions précancéreuses péniennes dans les deux groupes était insuffisant (aucun cas dans le groupe vacciné et trois cas dans le groupe placebo) pour permettre la réalisation de comparaisons statistiques.

Tableau 3 : efficacité per protocole du vaccin quadrivalent (HPV 6, 11, 16, 18) pour la prévention des affections liées aux infections HPV de types 6/11/16/18 chez les hommes de 16 à 26 ans d'après Goldstone et al., 2013 et Giuliano et al., 2011 (60,61).

Critères d'évaluation	Vaccin quadrivalent		Placebo		Efficacité vaccinale (EI)
	N	n(cas)	N	n(cas)	EI (IC 95 %)
Verrues anogénitales liées aux HPV de types 6/11/16/18	1 275	3	1 270	29	89,9 (67,3-98,0)
Néoplasies intraépithéliales liées aux HPV de types 6/11/16/18* (péniennes, périnéales, périanales)	1 275	0	1 270	3	100,0 (-138,8-100,0)

* Lésions génitales externes avec un diagnostic de PIN 1, PIN 2/3, ou de cancer du pénis/périanal/périnéal.

Une autre étude a été réalisé par Palefski et all (ANNEXE 3).

Les analyses de ces études incluant les hommes qui étaient déjà infectés par des HPV à l'inclusion montrent que l'efficacité du vaccin est maximale avant le début de la vie sexuelle.

- *Contre les affections ORL*

À la différence des cancers anogénitaux, aucune lésion précancéreuse n'a été identifiée au niveau ORL et il est difficile de définir avec certitude la signification d'une infection HPV orale persistante dans le processus de carcinogénèse. Cette absence de précurseur explique la difficulté pratique pour réaliser une étude clinique évaluant l'efficacité des vaccins anti-HPV sur les cancers de l'oropharynx induits par les HPV. Aucune étude interventionnelle n'a suffisamment de recul à ce jour pour étudier l'efficacité d'un vaccin anti-HPV contre les cancers de l'oropharynx HPV-induits (59).

Néanmoins, une revue de la littérature récente de Wierzbicka et al. présente les premières données cliniques au niveau de l'oropharynx. Sans apporter de preuves d'efficacité contre le cancer de l'oropharynx, ces données suggèrent une efficacité de la vaccination anti-HPV contre les infections HPV au niveau de la sphère ORL (63). Ainsi, une preuve de concept a été observée dans le modèle canin, où des chiens passivement immunisés grâce aux IgG sériques purifiées provenant de chiens vaccinés étaient complètement protégés d'un challenge antigénique avec le virus d'un papillomavirus

oral canin (64). En outre, des anticorps anti-HPV 16 et 18 ont été détectés dans la muqueuse orale d'individus vaccinés avec un taux de corrélation aux taux sériques d'anticorps supérieur à 80 % (65).

Par ailleurs, dans une étude interventionnelle conduite chez des femmes au Costa Rica par Herrero et al., une efficacité de 93,3 % contre les infections orales par les HPV 16 et 18 a été observée parmi les sujets vaccinés avec le vaccin bivalent, par rapport à des sujets non vaccinés (66).

Enfin, dans un essai clinique mené chez les hommes infectés par le VIH au Brésil et aux États-Unis avec le vaccin quadrivalent, une efficacité de 88 % contre les infections orales persistantes, avec un cas dans le groupe des individus vaccinés contre huit cas dans le groupe des sujets non vaccinés (67).

En conclusion, aucun essai clinique n'a suffisamment de recul pour évaluer l'efficacité du vaccin contre les cancers ORL et il n'y a pas de lésions précancéreuses observables au niveau de l'oropharynx. Toutefois, si l'efficacité des vaccins anti-HPV dans la prévention des cancers de la sphère ORL reste à démontrer, les premières données disponibles sans constituer des preuves, sont en faveur d'une possible efficacité.

- *La nouvelle démonstration que la vaccination prévient les cancers*

  Si tout ce qui concerne la prévention des lésions précancéreuses a été démontré dans les essais cliniques, la prévention du cancer était encore, il y a peu, une présomption, très forte, mais non démontrée jusqu'alors (comme cité dans les paragraphes ci-dessus). En effet, l'impact de la vaccination, sur les cancers du col de l'utérus notamment, ne peut commencer à être visible qu'à partir de 10 ans après l'introduction des vaccins, en raison du long délai entre l'infection par les HPV oncogènes et la survenue d'un cancer (le plus souvent entre 10 et 30 ans).

  Une enquête suédoise, parue en octobre 2020, vient d'apporter la preuve que la vaccination contre les HPV est associée à un risque considérablement réduit de cancer invasif du col utérin. Les données sont issues du registre suédois des cancers et de celui des vaccinations anti-HPV. Elles couvrent la période du 1er janvier 2006 au 31 décembre 2017. L'étude a porté sur des filles et des femmes âgées entre 10 et 30 ans. Au terme du suivi, l'analyse a été faite sur 518 319 sujets ayant eu au moins une dose de vaccin et 528 347 sujets non vaccinés. Les résultats sont sans appel : le rapport des taux d'incidence des femmes vaccinées et de ceux des femmes non vaccinées était de 0,51. Après ajustement sur l'année civile et les caractéristiques résidentielles et parentales, le rapport des taux d'incidence était de 0,37. Chez celles qui avaient été vaccinées avant l'âge de 17 ans et chez les

femmes ayant été vaccinées entre 17 et 30 ans, les rapports des taux d'incidence étaient, respectivement, de 0,12 et de 0,47 ((68), figure 4).

C'est la première fois que cette démonstration est apportée. Elle renforce la nécessité d'une vaccination large et, si possible, entre 11 et 14 ans.

Figure 2 : Incidence cumulée des cancers invasifs du col de l'utérus selon le statut vaccinal envers les HPV. Courbe orange : sujets non vaccinés ; courbe bleue : sujets vaccinés entre 17 et 30 ans ; courbe verte : sujets vaccinés avant 17 ans. Extrait du New England Journal of Medicine, octobre 2020 (68).

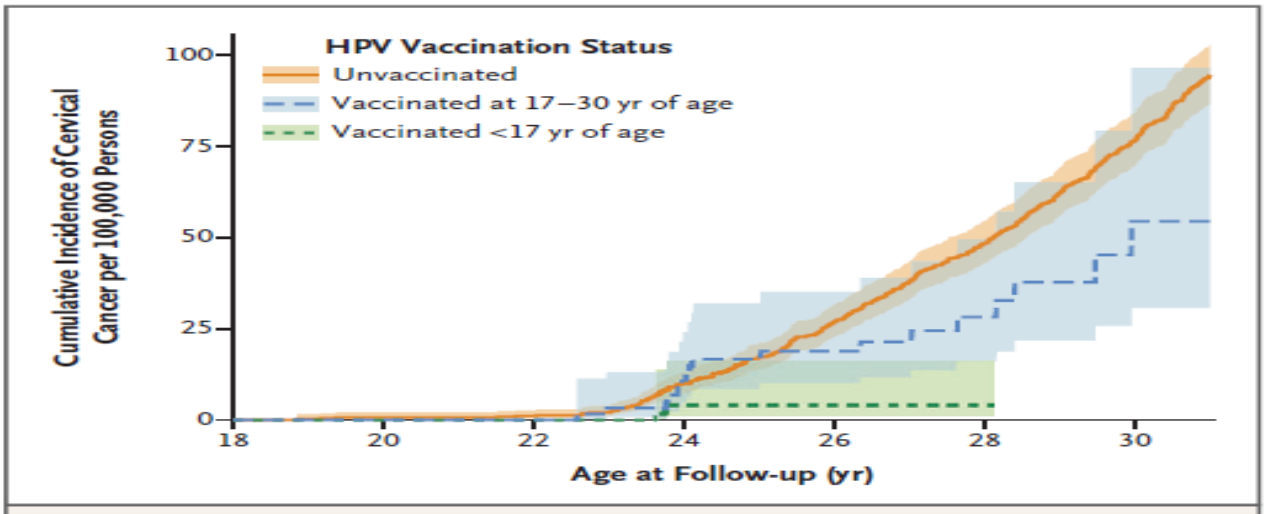


Figure 2. Cumulative Incidence of Invasive Cervical Cancer According to HPV Vaccination Status.
Age at follow-up is truncated in the graph because no cases of cervical cancer were observed in girls younger than 18 years of age.

- *Durée de protection*

La durée de la protection des vaccins anti-HPV a surtout été évaluée pour les lésions du col utérin car il s'agit de leur première indication. Les données montrent que l'efficacité des vaccins bivalent et quadrivalent contre les lésions précancéreuses reste stable durant au moins 4 ans.

Dans l'étude d'extension à long terme menée chez les femmes âgées de 16 à 23 ans avec le vaccin quadrivalent, une protection durable a été statistiquement démontrée pour les lésions précancéreuses du col de l'utérus de haut grade jusqu'à environ 14 ans. Pour le vaccin nonavalent, après 5,9 ans de suivi médian, une persistance de la réponse immunitaire (90 à 99 % des sujets étaient séropositifs en fonction du type d'HPV) et de l'efficacité vaccinale (aucun cas de lésion précancéreuse ou de verrues génitales) a été observée chez les filles et les garçons âgés de 9 à 15 ans au moment de la vaccination avec trois doses. De même, chez les femmes âgées de 16 à 26 ans au moment de la vaccination avec le vaccin nonavalent, après 4,4 ans de suivi médian, 78 à 100 % des sujets étaient séropositifs en fonction du type d'HPV et aucun cas de lésion précancéreuse liée à HPV n'a été observé (34).

- *Immunogénicité*

L‘immunogénicité a été mesurée par le pourcentage de sujets séropositifs aux anticorps pour le type HPV spécifique considéré (taux de séroconversion) et la moyenne géométrique des titres (MGT) d‘anticorps. En termes d‘immunogénicité, le taux minimum d‘anticorps anti-HPV protecteur n‘a pas été défini. En l‘absence de corrélat de protection, les données immunologiques ne constituent pas des preuves d‘efficacité et doivent être interprétées comme des indicateurs d‘efficacité.

Dans son avis de février 2017 sur la place du vaccin Gardasil 9 dans la prévention des infections à HPV, le HCSP indiquait que les données d‘immunogénicité ont été utilisées pour comparer les données d‘efficacité du vaccin Gardasil 9 à celles du Gardasil (35). Les études cliniques ont montré que Gardasil 9 induit une réponse immunitaire robuste d‘anticorps anti-HPV pour les neuf types ciblés et les taux de séroconversion dans ces études cliniques étaient compris entre 99,6 % et 100 % (69). De plus, pour les neuf types d’HPV de Gardasil 9, les études d‘immunogénicité ont permis de montrer la non-infériorité d‘un schéma à deux doses chez les garçons et les jeunes filles âgées de 9 ans à 14 ans (70), et d‘un schéma à trois doses chez les hommes âgés de 16 ans à 26 ans (71), en comparaison au schéma à trois doses chez les jeunes femmes âgées de 16 ans à 26 ans. Ces études ont également montré la non-infériorité du Gardasil 9® par rapport au Gardasil pour les types d’HPV communs 6, 11, 16, 18 (72).

Depuis 2017, le HCSP recommande que toute nouvelle vaccination soit initiée avec le vaccin nonavalent, selon un schéma à deux doses de 9 à 14 ans, puis à trois doses à partir de 15 ans. L’utilisation préférentielle du Gardasil 9® est recommandée car il contient neuf valences d’HPV, alors que le Gardasil en contient quatre et que le Cervarix en contient deux (73).

Le vaccin nonavalent et le vaccin quadrivalent sont indiqués contre les verrues anogénitales, les lésions précancéreuses et/ou les cancers du col de l‘utérus, de la vulve, du vagin et de l‘anus qui sont liés aux types de papillomavirus ciblés par le vaccin. Aucun vaccin n’est indiqué contre les cancers du pénis et de la sphère ORL et contre les papillomatoses respiratoires récurrentes (papillomatoses laryngo-trachéales) (74). Le vaccin bivalent ne cible pas les types 6 et 11 et n’est donc pas indiqué pour la prévention des verrues anogénitales.

Depuis le 31 décembre 2020, seuls les vaccins Gardasil 9® et Cervarix® sont disponibles, le laboratoire MSD ayant annoncé l’arrêt de commercialisation du Gardasil (4 valences). (75)
A ce jour, aucune étude n'a validé que les vaccins Gardasil 9®, Gardasil 6® et Cervarix® sont interchangeables : une vaccination débutée avec l'un de ces vaccins doit se poursuivre avec le même.

Pour les personnes ayant reçu un schéma complet avec Gardasil® ou Cervarix®, il n'est actuellement pas recommandé de réaliser une nouvelle vaccination par Gardasil 9® (36). Ces vaccins ont tous l'AMM pour la vaccination des filles et des garçons à partir de 9 ans.
La Commission de la transparence a proposé un taux de remboursement par la solidarité nationale de 100 % et souligne que l'efficacité de la stratégie de prévention par la vaccination anti-HPV est conditionnée par l'obtention d'une couverture vaccinale la plus élevée possible (76). En février 2021, ce vaccin n'est pris en charge qu'à 65 % par l'Assurance maladie.

- *Sécurité du vaccin (tolérance et pharmacovigilance)*

  Les différentes études cliniques réalisées avant l'AMM ainsi que les données internationales de pharmacovigilance disponibles ont permis d'évaluer le profil de sécurité d'emploi de Gardasil® au sein de la population masculine.

  Sept études cliniques (74), dont six contrôlées contre placebo, incluant plus de 18000 sujets (femmes âgées de 9 à 45 ans et hommes âgés de 9 à 26 ans), ont permis d'évaluer la tolérance. Les sujets avaient reçu le vaccin Gardasil® ou le placebo le jour de leur inclusion, puis environ 2 et 6 mois plus tard. Un carnet de surveillance a été utilisé pendant 14 jours après chaque injection de Gardasil® ou de placebo. Les effets indésirables les plus fréquemment observés chez les sujets ayant reçu Gardasil ont été des réactions au site d'injection (érythème, douleur, gonflement) et des céphalées, effets en général d'intensité légère ou modéré.

  L'étude de Giuliano et al (61) contre placebo incluant plus de 4000 sujets de sexe masculin, dont un groupe de 598 sujets HSH, a permis de donner des données de sécurité. La période de suivi médiane après administration de la première dose de vaccin ou de placebo était de 2,9 ans. Environ 69% des sujets du groupe vacciné et 64% de ceux du groupe placebo ont rapporté un ou plusieurs effets secondaires, dont la majorité étaient liés à l'injection (plus fréquent dans le groupe vaccin). Une douleur au point d'injection était plus fréquemment rapportée dans le groupe vaccin que dans le groupe placebo, et ce de façon significative (57% groupe vacciné versus 51% groupe placebo, $p<0,001$). Au sein des deux groupes, un peu plus de 14% ont rapporté des effets systémiques. Aucun effet indésirable grave lié à la vaccination n'a été rapporté. L'étude du sous-groupe de 598 sujets homosexuels retrouvait des données similaires de sécurité d'emploi. Aucun évènement indésirable grave ni aucun décès n'a été rapporté dans les deux groupes.

  L'analyse des données disponibles sur la sécurité des vaccins et les données de pharmacovigilance, confirment l'innocuité de la vaccination chez l'homme avec un profil de tolérance similaire dans les

deux sexes. L'ensemble des études pharmaco-épidémiologiques n'ont pas mis en évidence d'augmentation significative du risque de survenue de MAI. Le lien entre la vaccination et les événements d'intérêts particulièrement étudiés, après que des inquiétudes sont survenues soit à la suite de signalements de pharmacovigilance à l'étranger, soit à la suite du résultat d'une étude épidémiologique menée en France, (augmentation du risque de syndrome de Guillain-Barré) n'a pas été confirmé par les autres études internationales.

2.2.4. Les études d'acceptabilité et l'hésitation vaccinale

En 2016, concernant l'acceptabilité de la vaccination contre les HPV chez le garçon, le Haut conseil de la santé publique (18) faisait état de nombreuses études dans les pays qui avaient mis en place cette vaccination, essentiellement menées aux États-Unis. L'acceptabilité de la vaccination apparaissait très variable selon les études, et plus faible pour la vaccination des garçons que pour celle des filles (77). Ces études suggèrent que la vaccination contre les HPV des garçons est perçue plutôt favorablement par les parents, les adolescents et les jeunes adultes, et très favorablement par les médecins généralistes (car même s'ils étaient convaincus du bien-fondé de la vaccination des garçons (78), ils ne la proposaient pas forcément, du fait d'une présomption de non-acceptation de la part des familles (79)). Ces études concernent aussi la France (ANNEXE 4) puisqu'ils la perçoivent comme le principal levier pour augmenter la CV.

L'acceptabilité des parents pour la vaccination des garçons ne semble donc pas moins bonne que celle chez les filles. Toutefois, ce serait, en majorité, les parents des jeunes filles déjà vaccinées qui feraient vacciner leurs garçons. De plus, les intentions vaccinales sont marquées par une forte proportion de parents indécis (42 % dans l'étude HAS/INCa). Cette hésitation vaccinale apparait associée au manque d'informations à propos des HPV, mais aussi à la crainte d'effets secondaires perçus comme associés à cette vaccination. Une meilleure information apparaissait donc nécessaire (80–84). La protection du partenaire sexuel apparait un élément important pour améliorer l'acceptabilité de la vaccination des garçons, du moins chez les parents (85–87) car cette préoccupation ne se retrouve pas chez les intéressés (77,88).

Concernant la France, les différentes études réalisées sont dans l'ANNEXE 4.

Cette hésitation vaccinale peut nuire à la mise en œuvre réelle de ces intentions de vaccination. Ainsi, convaincre les parents indécis de l'utilité et de la sécurité des vaccins constitue donc l'enjeu majeur pour la mise en œuvre de la politique vaccinale, et pourrait, à cette condition, se traduire par une augmentation de la CV. L'identification par les parents (39 %) et les médecins (45 %), du

remboursement intégral du vaccin comme un levier pour étendre la CV, indique qu'une prise en charge intégrale de la vaccination permettrait également d'aller dans ce sens. Dans les pays qui ont mis en place la vaccination des garçons, la CV des garçons n'a jamais dépassé celle des jeunes filles (Australie, Italie, États-Unis), mais s'en rapproche à distance de la date de son introduction.

3. La recommandation d'étendre la vaccination chez les garçons

3.1. En France

3.1.1. Couverture vaccinale

- *Chez les filles et les HSH*

Depuis 10 ans, les recommandations vaccinales ont évolué pour prendre en compte les nouvelles connaissances scientifiques sur les vaccins : extension des indications d'AMM dans la prévention des lésions précancéreuses et cancéreuses de la vulve, du vagin et de l'anus, simplification du schéma vaccinal désormais à deux doses ou encore abaissement de l'âge de la vaccination de 14 ans à 11-14 ans pour favoriser sa mise en œuvre lors de la visite des rappels de DTP à 11-13 ans.
À la suite de l'introduction de la vaccination, la couverture vaccinale a lentement augmenté et a atteint 25 % en 2011 pour le schéma complet chez les filles argées de 16 ans. Elle a ensuite forte- ment diminué pour atteindre 13 % en 2015, conséquence des doutes sur la sécurité du vaccin à la suite de la notification de cas de MAI rapportés chez les jeunes filles après vaccination. Depuis 2015, elle augmente à nouveau mais de façon très progressive et a atteint 24 % pour deux doses en 2018 chez les jeunes filles nées en 2002 et ayant reçu deux doses avant l'âge de 16 ans.

A noter, la prévention des cancers du col de l'utérus, tant dans le dépistage que pour la vaccination, est marquée par de fortes inégalités socio-économiques. Les femmes les plus socialement défavorisées sont les plus à risque d'échapper aux deux moyens de prévention de ce cancer.
Le constat est aujourd'hui préoccupant d'un point de vue de santé publique. La CV reste très inferieure à l'objectif de 60 % qui était fixé à l'horizon 2019 dans le cadre du plan cancer 2014-2019. Si cet objectif de 60 % de CV avait été atteint et se poursuivait pendant 70 ans, la vaccination des filles seules aurait permis d'éviter à long terme entre 76 % et 100 % des infections à HPV causées par les quatre génotypes du vaccin quadrivalent chez les filles et entre 60 % et 100 % des infections chez les garçons hétérosexuels selon une modélisation réalisée à partir des données internationales. L'utilisation d'hypothèses plus conservatrices quant à l'efficacité de la vaccination et à la durée de la

protection pourrait ne pas entraîner l'élimination de certains génotypes, mais une CV élevée, semblable à celle d'autres pays, réduirait considérablement le fardeau de l'infection à HPV sur le long terme.
Si l'obtention d'une CV contre le HPV chez les filles reste un défi important, seuls les pays où la vaccination est réalisée en milieu scolaire (Royaume-Uni, Australie...) ont réussi à atteindre des CV élevées, près de 80% pour la vaccination complète. Ces pays ont fait un choix de santé publique différent de celui de la France : la mise en place d'un programme vaccinal en milieu scolaire (89). Pourtant, en 2014 le HCSP a proposé dans son rapport (40) l'adjonction d'une offre vaccinale en milieu scolaire afin d'atteindre un pourcentage de jeunes filles vaccinées élevé.

En ce qui concerne les HSH, la recommandation a été étendue aux HSH depuis 2017 jusqu'à l'âge de 26 ans. Selon des enquêtes réalisées en 2019 à partir de questionnaires en ligne auprès de HSH fréquentant des sites de rencontres et d'informations gays, la couverture vaccinale des HSH en France serait comprise entre 15 et 18 % parmi ceux en âge d'être vaccinés (46). S'il est établi que les stratégies vaccinales ciblées uniquement sur les personnes à risque d'infection sont moins efficaces que les stratégies vaccinales universelles, la vaccination contre les HPV des HSH est également confrontée à de nombreuses difficultés dans sa mise en œuvre. D'autres études ont ainsi permis d'identifier des barrières liées à l'âge auquel la vaccination anti-HPV est recommandée (orientation sexuelle non identifiée ou non dévoilée ou difficile à accepter pour un jeune garçon), difficultés pour vacciner les jeunes HSH en amont du début de leur activité sexuelle, difficultés d'accès à cette vaccination sans stigmatisation de l'orientation sexuelle). En l'absence de ressources financières allouées pour accompagner la recommandation de 2016, l'activité de vaccination dans les CeGIDD apparait très faible, en lien avec la disponibilité insuffisante des vaccins contre les HPV dans ces centres qui accueillent majoritairement des individus actifs sexuellement.

3.1.2. Effets indésirables

Si la sécurité des vaccins a donné lieu à plusieurs polémiques, le fait que ces vaccins soient utilisés au niveau international, et que les études menées dans de nombreux pays, ont confirmé le profil de sécurité des vaccins anti-HPV. En France, beaucoup de réticences viennent des craintes autour des effets indésirables. Les différents types d'effets indésirables post-vaccinaux les plus fréquemment observés sont conformes à ceux décrits dans les résumés des caractéristiques du produit de ces vaccins au moment de leur AMM en France.

Avec presque 15 années de recul, on sait que ces effets existent, mais beaucoup d'inquiétudes autour des complications graves ont été levées. Il est ainsi rapporté :

- Des effets indésirables mineurs qui sont communs à tous les vaccins injectables : réactions au site d'injection (avec douleur, rougeur, gonflement), qui est très fréquente (>10 cas sur 100 vaccinés) ; effets généraux, comme de la fièvre, des douleurs musculaires ou articulaires, également fréquents (1 à 10 cas sur 100 vaccinés).
- Des réactions allergiques graves, mais très rares (1 cas sur 450 000 vaccinés et 1,7 cas par million de dose pour l'OMS), peuvent survenir. D'apparition rapide, elles supposent simplement (après avoir éliminé des antécédents de ce type) une surveillance d'une quinzaine de minutes après l'injection (ainsi qu'il est recommandé aujourd'hui pour les vaccins à ARNm contre le SARS-CoV2).
- Les préoccupations relatives au risque de survenue de maladies auto-immunes sont maintenant bien atténuées. On relève d'abord, qu'en l'absence de toute vaccination, des maladies auto-immunes peuvent se développer chez les jeunes femmes (beaucoup plus souvent que chez les hommes).
- Pour la sclérose en plaques, aucune imputabilité n'a pu être établie pour un risque d'apparition évalué à 3/100 000 dans les 6 semaines suivant une vaccination. L'OMS conclut qu'il n'y a pas d'augmentation du risque de maladies auto-immunes en lien avec le vaccin HPV.
- Pour le syndrome de Guillain-Barré, en réponse à une étude française évoquant un risque accru. Plusieurs analyses portant sur près de 75 millions de doses administrées n'ont pas confirmé ce doute (90).

Pourtant, malgré l'absence de liens démontrés entre ces évènements indésirables et la vaccination, les enquêtes d'acceptabilité menées en France montrent qu'un des principaux freins à la vaccination est la crainte des effets indésirables graves perçus comme associés aux vaccins anti-HPV.

3.2. Les enjeux de cette vaccination

Jusqu'ici réservée aux femmes, la recommandation de la vaccination contre les HPV concerne désormais les jeunes garçons dans la même tranche d'âge depuis le 16 décembre 2019. Elle est applicable depuis le 1er janvier 2021 (91). Pourquoi maintenant les jeunes garçons sont-ils concernés ? Tout d'abord, ces virus font partie des maladies sexuellement transmissibles qui touchent les hommes comme les femmes. Il est donc logique de vacciner les deux sexes si l'on souhaite enrayer son développement et réduire le nombre de cancers du col de l'utérus. Avant, la vaccination contre les HPV ciblant les filles et les Hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes posaient des questions d'égalité d'accès à la vaccination vis-à-vis des autres hommes. Ces derniers pouvaient être

infectés par les HPV, il apparaissait donc juste de leur proposer le vaccin. Et parce que la santé des femmes concerne également les hommes, l'élargissement de la vaccination contre les HPV aux jeunes garçons responsabiliserait l'ensemble des adolescents à la santé sexuelle face au problème de santé publique que représentent les maladies induites par les HPV. Il s'agit donc d'une mesure préventive pour limiter la contamination des femmes mais également chez les hommes.

En France, cette recommandation a mis beaucoup de temps à se mettre en place par rapport à plusieurs autres pays européens qui l'ont déjà adopté. Ceci s'explique par :

- La difficulté à introduire un vaccin en France. L'objectif principal à l'époque était de réduire le nombre de cancer du col de l'utérus, principalement dû à la présence des papillomavirus. Les conséquences de ces virus chez les hommes étant moins connus, les recommandations se sont donc faites par priorités. C'est pour cela que la vaccination a d'abord concerné les femmes
- L'acceptabilité de la vaccination HPV pour les garçons qui concerne à la fois les professionnels de santé, les parents et les garçons eux-mêmes. L'un des freins à la vaccination est la difficulté pour les professionnels de santé à le faire accepter : d'abord réticents à aborder la question de la sexualité avec des adolescents qui n'ont parfois pas commencé leur vie sexuelle, ils sont aussi confrontés à la méfiance des patients et de leurs familles envers la sécurité des vaccins. Rendre la proposition vaccinale sans considération de genre pourra les aider à aborder la question. Les professionnels de santé sont habituellement convaincus du bien fondé de la vaccination des garçons. Toutefois, ceux-ci ne proposent pas forcement cette vaccination, du fait d'une présomption de non acceptation de la part des familles. Du coté des intéressés et de leurs familles, l'insuffisance de connaissances vis-à-vis de la maladie, du risque et d'informations sur le vaccin sont des obstacles à la décision de se faire vacciner ou de faire vacciner le garçon. L'initiation de pratiques sexuelles à risque peut-être une incitation à la vaccination. La protection du partenaire sexuel apparaît un élément important pour améliorer l'acceptabilité de la vaccination des garçons, du moins chez les parents, car cette préoccupation ne se retrouve pas chez les intéressés (92)
- Par ailleurs, il s'agit aussi pour la HAS de considérer plusieurs enjeux éthiques. Premièrement, la vaccination contre les HPV ciblant les filles et les HSH pose des questions d'égalité d'accès à la vaccination vis-à-vis des autres hommes. Ces derniers peuvent être infectés par les HPV, il apparait donc juste de leur proposer le vaccin. Et parce que la santé des femmes concerne également les hommes, l'élargissement de la vaccination contre les HPV aux jeunes garçons responsabiliserait l'ensemble des adolescents à la santé sexuelle face au problème de santé publique que représentent les maladies induites par les HPV. De plus, la stratégie de vaccination actuelle peut engendrer un non-respect de la vie privée et une stigmatisation liée à l'orientation sexuelle. A l'instar de la quinzaine de pays européens qui ont déjà mis en place une vaccination universelle contre les HPV pour les deux

sexes, la HAS considère que la vaccination de tous les adolescents favoriserait la vaccination avant le début de leur activité sexuelle et sans distinction des préférences sexuelles. Au regard de la couverture vaccinale constatée en France, la HAS estime cependant que l'élargissement de la vaccination par Gardasil 9 aux garçons est une condition nécessaire mais pas suffisante pour atteindre l'objectif de protection de la population, estimant que la couverture vaccinale des garçons resterait au mieux similaire à celle des filles sans autre mesure. Cette extension n'aura de sens que si les pouvoirs publics mettent en œuvre une politique vaccinale plus engagée visant à une proposition vaccinale systématique de la part des professionnels de santé et à restaurer de la confiance vis-à-vis de cette vaccination auprès du public et des professionnels de santé, tout en poursuivant les efforts sur le dépistage du cancer du col de l'utérus (93)

4. Question de recherche

Devant l'importance que ce sujet prend au niveau de la santé publique, devant une optique d'amélioration de la CV française et de réduction de transmission du virus entre les femmes et les hommes, il m'a paru important comprendre la perception des parents de jeunes garçons concernant la vaccination anti-HPV.

L'objectif principal de cette thèse d'exercice est donc de comprendre les déterminants de la décision de vaccination contre l'HPV des parents de jeunes garçons âgés de 11 à 14 ans révolus.

MATERIELS ET METHODES

1. Schéma de l'étude

1.1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative. Un guide d'entretien semi-directif a été utilisé, comportant des questions ouvertes au cours d'un face-à-face avec des parents de jeunes garçons âgés de 11 à 14 ans révolu. Nous avons choisi une méthode d'analyse par thématisation.

1.2. Choix des données à recueillir

Le guide d'entretien est en ANNEXE 5. Il comprend une trame de questions ouvertes, cohérentes, neutres, simples et faciles à comprendre. Les questions de relances sont en ANNEXE 6. Elles sont utilisées pour stimuler les réponses des interrogés.
L'objectif d'un entretien de ce type est de recueillir une parole libre afin de permettre à la personne questionnée d'introduire de nouveaux éléments auxquels nous n'aurions pas pensé, sans orienter les réponses. Il permet de définir le déroulement de chaque entretien tout en restant souple dans la chronologie des différentes questions (94).
Le guide d'entretien avait pour but de comprendre les déterminants de la décision de la vaccination chez les garçons de 11 ans à 14 ans auprès de parents. Le guide d'entretien se termine par une question d'ouverture portant sur le fait d'être acteur de la vaccination en conseillant une personne de leur entourage. Il convient de noter que le guide a été testé une première fois puis modifié en fonction du ressenti de l'interrogateur et des différentes réponses reçus.

1.3. Population interrogée

Nous avons décidé d'interroger des parents de jeunes garçons âgés de 11 à 14 ans révolus en Lozère au sein de la MSP Mende Lozère. La méthode utilisée a été tout d'abord de faire un listing des garçons de 11 à 14 ans par l'intermédiaire du logiciel du cabinet qui est WEDA, puis de selectionner les

garçons. Enfin, grâce aux coordonnées du logiciel, les parents ont été contacté pour leur proposer un entretien.

13 parents (mère ou père de famille) ont répondu favorablement à ma sollicitation et ont été interrogés. Au début de chaque entretien, une fiche explicative leur a été donné avec explication du sujet de l'étude et le fait que les enregistrements allaient être anonymisés et effacés après (ANNEXE 7).

Le recueil des données a été réalisé en 2 phases : les 7 premiers ont été réalisé du 5 mars 2021 au 31 mars 2021. Le guide d'entretien a notamment été retravaillé au décours de ces entretiens. Puis, pendant la semaine du 10 au 16 mai 2021, l'équipe de la MSP Mende Lozère a mené une action de santé publique de vaccination en faisant du phoning à tous les parents de garçons entre 13 et 14 ans pour les sensibiliser à la vaccination anti-HPV et leur proposer un rendez-vous pour cette vaccination. Les entretiens ont ensuite repris lors d'une 2ème phase du 17 mai au 23 juin avec 6 entretiens, notamment avec les parents ayant accepté la vaccination. Cette initiative permettait aux parents de voir s'ils allaient se renseigner, chercher des informations après que leur enfant se soit fait vacciner.

2. Retranscription et analyse des données

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide de l'application 'Dictaphone', sur un smartphone IPhone 12 pro et sur l'application 'notability' sur IPad pro. Ils ont duré entre 10 et 20 minutes.

Ils ont été retranscrits intégralement dans le logiciel de traitement de texte Word, mot à mot, constituant le verbatim (ANNEXE 5). L'anonymisation a été immédiate lors de la retranscription : chaque parent a été identifié par les lettres P associé au numéro correspondant à l'ordre des enregistrements (P1 à P14).

Les verbatims ont été analysés grâce à la méthode dite de thématisation, par le questionneur, en veillant à garder une position neutre. Une première lecture intuitive a permis de s'imprégner de chaque verbatim et de dégager des notes en marge. Une deuxième lecture a été faite et a permis d'organiser ces notes en thèmes.

La saturation des données a été atteinte au dixième entretien. Trois entretiens supplémentaires ont été réalisés ensuite afin de confirmer cette saturation de données. En effet, pour atteindre la saturation des données, il faut qu'il y ait saturation des réponses, c'est-à-dire jusqu'à ce qu'aucune nouvelle information ou thématique n'émerge des données (95).

RESULTATS

1. Profils des parents interrogés

Parmi les quatorze parents interrogés (lors d'un entretien, les deux parents étaient présents: entretien numéro trois avec P3 et P3bis), il y avait onze femmes et trois hommes.

Les âges des enfants allaient de 11 ans minimum à presque 15 ans pour le plus grand.
Sur les 13 enfants dont les parents ont été interrogés, seul un n'avait pas le Dr MINET comme médecin traitant mais faisait partie de la MSP Mende Lozère avec le Dr REPOLE comme médecin traitant.

Un parent sur les quatorze n'avait qu'un seul enfant, sept parents avaient deux enfants (trois avaient une fille et un garçon et trois avaient deux garçons), quatre parents avaient trois enfants (un avait deux filles et un garçon, un avait deux garçons et une fille, et deux avaient trois garçons), un parent avait quatre enfants (deux garçons et deux filles) et enfin un parent avait six enfants (deux filles et quatre garçons)

Six parents habitaient à Mende, trois à Chanac, trois au Chastel, un à Rouffiac et un à Chanac.
Tous les parents avaient au moins le niveau baccalauréat et au moins un des parents avait le niveau master.
Cinq parents sur les quatorze avaient un métier dans la santé, quatre étaient dans l'enseignement, cinq étaient dans des métiers en dehors de la santé.

Les entretiens ont eu une durée moyenne de 12 minutes et 73 secondes, avec un minimum de 8 minutes et 18 secondes et un maximum de 16 minutes et 52 secondes.

2. Les connaissances de l'HPV

2.1. Les caractéristiques générales

Certains parents ont su émettre l'idée que c'était un virus « *C'est un virus à priori* »(P5).

Deux parents ont caractérisé l'HPV comme ceci « *Très joli terme pour un bien grand mal* » (P1), ou « *mal du siècle, quelque chose qui est récent, qu'on ne connaissait pas* » (P2).

2.1.1. Lésions associées

La plupart des parents interrogés avait tous en tête que l'HPV était intimement lié au cancer du col de l'utérus « *cela m'évoque le cancer du col de l'utérus chez la femme* » (P1, P8).

D'autres parents ont réussi à évoquer d'autres lésions qui ne sont pas forcément connues de tous « *Il peut entrainer le cancer du col, il peut y avoir aussi des lésions anales, orales, des verrues* » (P4) ou encore « *sorte de petits boutons au niveau des parties génitales* » (P8), et même « *ce n'est pas une sorte d'herpès ?* » (P12), « *Infection génitales notamment chez les filles* » (P8).

Quelques parents ont eu des informations différentes avec des cancers non liés à l'HPV « *Il peut être responsable du cancer des ovaires* » (P2) ou « *cela donne le cancer de l'utérus* » (P5, P7, P8), « *peut-être le cancer de la prostate* » (P8).
D'autres se sont demandés si pour les garçons, les cancers n'étaient pas les mêmes « *peut-être chez les garçons, cela fait d'autres cancers* » (P5).

Certains n'arrivaientt pas à mettre en relation l'HPV et le cancer « *je n'arrivais pas à comprendre le lien entre virus et cancer* » (P5).

Lorsqu'on leur posait la question de ce que leur évoquait le papilloma virus, deux parents pensaient que l'HPV ne faisait rien sur l'organisme des garçons « *Je savais que les garçons pouvaient le transmettre, mais je ne pensais pas que cela pouvait avoir des effets chez eux* » (P9).

2.1.2. Mode de transmission

Tous les parents ont dit la même chose concernant le mode de transmission « *je sais que c'est une maladie sexuellement transmissible* » (P3), « *c'est un virus que l'on contracte lors des relations sexuelles* » (P4), « *la contagion pouvait avoir été obtenue très tôt* » (P3).

Cependant, certains pensent que ce n'est que l'homme qui peut transmettre ce virus « *c'est une maladie qui est transmissible de l'homme à femme* » (P7).
D'autres ont émis plusieurs hypothèses « *il se transmet par la bouche* » (P8), ou « *par la salive* » (P10).

2.1.3. Moyen de protection

En ce qui concerne les moyens de protection, les réponses ont été assez similaires entre les parents « *J'avais espoir que d'avoir des relations sexuelles avec des personnes et de se protéger pourrait suffire* » (P4) ou alors « *les préservatifs lors des rapports sexuels* » (P3, P8), mais aussi « *protection par l'hygiène et les préservatifs* » (P10).

Certains parents ne savaient pas quels étaient les moyens de protection contre l'HPV « *Je ne sais pas si le préservatif est un moyen de protection* » (P2).

2.1.4. Recommandations

Les parents avaient en tête les anciennes recommandations concernant les filles « *A l'époque, j'ai plus appris que c'étaient les filles et les homosexuels pour lesquels le vaccin était préconisé* » (P4).

2.2. Les préjugés/ a priori

Beaucoup des parents interrogés pensaient que les garçons pouvaient le transmettre sans être malade « *C'est vrai que ce n'est pas une mauvaise chose pour eux, ils le transmettent sans être malade* » (P2).
Par ailleurs, certains pensaient que la plupart des garçons étaient porteurs asymptomatiques « *l'homme, s'il l'a, s'il est porteur, c'est moins important que pour une femme* » (P12) ou « *les hommes sont porteurs sains mais cela ne leur fait rien* » (P13).

2.3. Le manque de connaissance sur l'HPV

Ce qui est à retenir surtout sur cette partie est le fait que la quasi-totalité des parents n'étaient pas au courant que l'HPV pouvait toucher les garçons « *je ne savais pas qu'un garçon pouvait l'attraper » (P6) ou alors « jusqu'ici, pour les garçons, je ne me suis jamais posé la question* » (P9).

Deux parents n'avaient jamais, en revanche, entendu parler de ce virus « *Je ne sais absolument rien sur l'HPV* » (P9) ou même « *je ne connaissais pas du tout cette maladie* » (P10).

Un parent était très ouvert à la discussion car n'avait aucune information concernant ce virus « *Je ne suis pas fermé car je ne connais rien de ce virus* » (P11).

3. Les différentes raisons conduisant ou non à la vaccination contre le papilloma virus

3.1. Liées à la vaccination en générale

3.1.1. Histoire de la vaccination

Beaucoup de parents sont convaincus du bien-fondé de la vaccination dans l'histoire de la genèse des vaccins « *cela a permis d'éradiquer tellement de fléaux* » (P1), Ou « *justement éviter d'attraper la maladie* » (P7).

3.1.2. Les vaccins dans notre société

D'autres les feraient les yeux fermés « *je n'ai pas d'avis sur les vaccinations* » (P6) ou même une formalité « *une vaccination, c'est une piqure et c'est fini* » (P7).
Cependant, un parent pense qu'on n'a pas le choix sur certains vaccins « *c'est dans l'évolution, c'est pour lutter contre les maladies, on n'a pas le choix* » (P10).
Et enfin certains voient les vaccins comme des « *choses* » à interdire de mettre dans le corps « *je ne suis pas trop pour m'injecter des choses dans le corps* » (P12).

3.1.3. Le fait d'être dans un pays développé

Le fait de vivre dans un pays comme la France, a été argumenté par un parent « *on a une chance inouïe dans nos pays d'avoir accès à tous cela* » (P13)

3.1.4. Vaccination obligatoire versus recommandé

Certains parents argumentent le fait qu'avant 2018, le calendrier vaccinal était différent et qu'il n'y avait pas autant de vaccination obligatoire « *à l'époque, ce n'était pas obligatoire mais recommandé* » (P1).
Alors que d'autres ne font que les vaccinations obligatoires « *ma ligne de conduite, c'est de faire les vaccinations obligatoires* » (P4).

3.1.5. La France : pays anti vaccin

Un parent travaillant dans la PMI met en évidence la difficulté en France de faire vacciner les enfants » *étant dans la protection de l'enfance, il est déjà difficile de faire les vaccinations obligatoires* » (P7).

3.1.6. L'existence de certains vaccins fait de l'ombre aux vaccins importants

Beaucoup pense que les vaccinations recommandées les moins fréquentes sont moins mises sur le devant de la scène, surtout en ce moment avec la vaccination du covid « *le covid prend le dessus sur tout ce qu'il y a en ce moment* » (P4), ou « *on parle beaucoup de vaccination en ce moment et donc les autres sont oubliées* » (P7).

3.1.7. La multitude de vaccin à faire lors de la petite enfance

La réponse qui est beaucoup sortie de la plupart des parents était qu'il y a trop de vaccinations à faire durant l'enfance « *j'ai eu une période de ma vie où j'ai un peu remis en doute la vaccination quand ils étaient petits car cela faisait beaucoup de vaccination dans le schéma vaccinal* » (P1).

D'autres appuyaient le fait de la différence de vaccination entre leur ainé(e) et leur 2ème ou 3ème enfant « *j'ai eu la différence avec ma fille née il y a un an et mon garçon qui est plus âgé au niveau du nombre de vaccin obligatoire* » (P11).

3.1.8. La culpabilité des parents

Et ce qui va de pair avec l'augmentation des vaccins à réaliser est la culpabilité soulignée par les parents envers leurs enfants « *Parfois j'ai eu des inquiétudes car cela les a vraiment mis KO pendant 2-3 jours, ils n'étaient pas bien. Donc c'est sûr qu'en tant que parent, on se sent un peu coupable sur le coup mais on sait que c'est pour leur bien* » (P1)

3.2. Liées à la vaccination contre le papilloma virus

3.2.1. Effets secondaires et tolérance du vaccin

Beaucoup de parents parlaient de cette vaccination avec un côté négatif du fait de la peur d'effet secondaire « *Est-ce vraiment nécessaire ? J'ai quelques inquiétudes vis-à-vis des effets secondaires* » (P1), « *j'ai toujours peur des effets secondaires* » (P3).

Un parent a plus peur des effets secondaires sur le long terme « *J'ai peur, pas de l'effet immédiat, mais de l'effet dans le temps* » (P11).

Certains disent même qu'ils ne le feront pas si dans la littérature il y a trop d'effets indésirables « *Voir déjà si c'est efficace, car si trop d'effets secondaires, je ne le ferai pas* » (P5).

3.2.2. Efficacité du vaccin, recul insuffisant et balance bénéfice-risque

Au moins la moitié des parents ont mentionné le fait que ce vaccin manquait de recul à l'époque, comme cela ne fait que 10 ans qu'il est sur le marché pour les filles « *pas assez de recul à l'époque* » (P1), et seraient capable de passer le cap car « *Maintenant, on a du recul. Je pense que le bénéfice est peut-être plus important que la prise de risque* » (P1), ou « *le recul aide déjà* » (P2) ou enfin « *on devrait commencer à avoir du recul depuis* » (P5).

Un seul des parents interrogés a même pu sortir des résultats concernant l'efficacité de ce vaccin « *J'ai vu que ce n'était pas efficace à 100% mais 80%* » (P8).

D'autres pensent qu'on n'a toujours pas assez de recul pour le faire « *il faudrait qu'on ait un peu plus de recul* » (P4).

3.2.3. Vision collective et protection des partenaires

Certains parents considèrent cette vaccination anti papilloma virus comme un moyen de protection du partenaire, pour éviter de véhiculer la maladie, mais surtout d'avoir une vision collective de cette vaccination « *si cela peut nous protéger et protéger ses partenaires* » (P2), « *la protection passe par tout le monde et pas de façon égoïste* » (P7), « *pour protéger mon fils et ses futures compagnes* » (P9) Et il y en a qui ne se posent pas de questions sur cette vaccination « *je me suis dit que collectivement, il valait mieux que tout le monde soit vacciné* » (P5), « *le mot qui pourrait me venir concernant la vaccination serait protection et altruisme* » (P9).

Il y en a qui sont plutôt heureux que cette vaccination s'étend pour les garçons car cela va dans la continuité comme eux aussi peuvent l'avoir et le transmettre « *c'est logique que cela concerne les jeunes garçons* » (P1) ou « *je pense que c'est une vision collective, car on couvre un pourcentage de population plus grande en vaccinant même les garçons* » (P5).

Et d'autres attendent avant de faire vacciner qu'on leur dise que ce vaccin est fait pour faire disparaitre cette maladie « *si on me dit qu'à terme, cela aura un effet pour éradiquer l'HPV* » (P9).

3.2.4. La non connaissance de la possibilité de vacciner les garçons

D'une part, certains parents ne savaient pas que cette vaccination existait « *je ne connais rien du tout, je ne savais même pas que cette vaccination existait* » (P11).

D'autres part, il y en avait qui ne savait pas que les garçons pouvaient se faire vacciner « *je l'ai plus ou moins découvert* » (P1), « *je n'en ai jamais entendu parler* » (P3), « *oui j'avais entendu juste pour les filles. Je ne savais pas qu'il y avait aussi pour les garçons* » (P3).

3.2.5. Sexualité et orientation sexuelle

La réponse qui est ressortie beaucoup parmi les parents est celle de l'orientation sexuelle « *cela concerne l'orientation sexuelle du futur garçon* » (P1). Mais tous les parents ne pensent pas que l'orientation sexuelle peut influer sur la décision.

D'autres pensent qu'il est trop tôt pour parler d'éducation sexuelle à 11 ans car cela met mal à l'aise les enfants « *ce n'est pas tabou, cela met juste mal à l'aise les enfants* » (P4), ou « c*'est compliqué de parler de sexualité à cet âge si tôt* » (P12).

Certains en ont profité lors de l'organisation de l'entretien pour discuter de ce genre de chose avant le rendez-vous pour poser toutes les questions qu'il fallait « *On a même parlé de sexualité quand on a organisé l'entretien* » (P2).

La plupart des familles parlent très facilement de sexualité avec leur enfant car cela va dans la continuité des choses « *très peu de sujet tabou dans la famille, on est ouvert* » (P7) et préconisent la communication « *on ne parle pas assez aux garçons, ce que signifie l'HPV, ce que cela signifie par rapport à un garçon* » (P7).

Alors que finalement un parent pense que c'est tabou et ne communique pas avec leur garçon « *C'est un sujet tabou, c'est dans la vie intime* » (P3).

3.3. Liée à l'environnement

3.3.1. Influence du métier

Au moins la moitié des parents interrogés étaient dans la santé et donc s'y sont intéressés « *C'est dans le cadre de mon travail que je m'y suis intéressé* » (P1).

Certains pensent que la décision de de vacciner contre le papilloma virus est largement influençable du fait de la profession « *Je vais être influencé par mon travail* » (P1).

Deux parents étayent l'idée qu'étant dans la santé, il n'y a pas d'interrogation sur les vaccins, qu'ils soient obligatoires ou recommandés « *Pour les vaccins recommandés, mon mari est pharmacien, donc on ne se pose pas de questions* » (P8), « *le fait d'avoir un mari dans la santé aide* » (P8).

Un parent pense que les métiers dans la santé peuvent être à double tranchant. En effet, on s'intéressera beaucoup plus aux choses mais on peut être beaucoup plus craintif « *Je pense que lorsque l'on est dans la santé, on est plus sensibilisé, mais on peut avoir l'esprit craintif des effets secondaires* » (P4).
Mais il est possible aussi de faire la part des choses entre vie privée et professionnelle « *Je fais bien la différence entre ma profession et ma vie privée* » (P9).

3.3.2. Influence de l'entourage, de la famille

Une idée est ressortie lors des entretiens. Elle était que les antécédents de vaccination dans l'entourage proche (famille ou amis) pouvaient avoir un impact sur la décision de vacciner « *Si dans l'entourage, on est vacciné contre l'HPV, cela va rassurer les autres* » (P7) « *s'il y avait eu des maladies en rapport avec vaccin dans la famille, peut être que je l'aurai fait* » (P8), mais aussi le fait d'avoir des frères ou sœurs vaccinés « *le fait d'avoir une sœur vaccinée aide aussi* » (P7). De plus, un parent a souligné qu'un membre de sa famille lui avait préconisé de faire la vaccination « *ma sœur m'a alerté, moi qui aie des garçons de se renseigner pour se faire vacciner* » (P12). Ceci, même si peu de parents avait mentionné le fait d'en avoir été informé par leur entourage ou famille « *une maman m'a parlé de ce vaccin car son fils venait de se faire vacciner* » (P9).

A noter que les familles qui ont fait toutes les vaccinations possibles influencent grandement la décision « *Je suis née dans une famille où on est pour la vaccination* » (P13).

Le point aussi à prendre en compte est qu'un des parents a souligné le fait que c'est difficile aussi lorsque les deux parents ont des avis différents sur les vaccins « *moi je suis tolérante et mon mari c'est complètement différent* ».

Certains parents vont jusqu'à faire des vaccinations dans le dos de leur conjoint(e) sans qu'il(elle) ne le sache « *je lui ai fait le ROR mais en cachette* » (P13).

3.3.3. Le vécu, le passé des parents

3.3.3.1. Les antécédents de mauvaises expériences avec les vaccins

En ce qui concerne le vécu, le passé des parents qui pourraient influencer en bien ou en mal, d'une part, un parent s'est confié sur le fait « *qu'elle remettait un peu en doute tout ce qu'elle entreprenait lors d'une période de sa vie* » (P1).

D'autre part, les anciennes expériences de vaccination impactent beaucoup sur les vaccinations futures *« J'ai fait le vaccin contre la grippe et juste après j'ai eu des difficultés respiratoires* » (P3).

Un parent s'est confié sur le fait qu'elle définissait la vaccination comme une mauvaise expérience du fait de la « piqure » « *ma mère me vaccinait quand j'étais petite* » (P8) et donc avait un blocage par rapport à ceci.

3.3.3.2. Les antécédents en lien avec le papilloma virus entrainent une meilleure vaccination

Un parent souligne l'idée que le fait d'avoir un membre de sa famille qui a eu une maladie qui pourrait être prévenue par un vaccin amènerait à une meilleure vaccination « *La seule chose qui pourrait me faire réfléchir, c'est si un membre de ma famille est touché et du coup je vois la maladie de façon plus concrète* » (P4).

3.3.3.3. Le manque d'information

Enfin, à l'époque où les parents étaient enfants, ce genre de maladie n'était pas encore bien connue, donc difficile d'avoir un avis dans ces cas-là « *On ne parlait pas de cette maladie dans mes souvenirs, je n'ai jamais eu d'informations de mes parents* » (P4).

4. Les principales sources d'information concernant le papilloma virus et son vaccin

4.1. Les professionnels de santé

Beaucoup de parents mentionnent le manque d'information au niveau soit de leur médecin traitant ou gynécologue « *aucun professionnel de santé m'en a parlé* » (P4). Ou alors ils en ont parlé mais aucunement pour les garçons « *Pour les garçons, le médecin ne m'a donné aucune information, cela n'a jamais été évoqué* » (P7).

Il n'y a qu'un petit nombre de professionnels de santé qui commencent à en parler « *la semaine dernière, le médecin traitant m'en a parlé* » (P6, P7, P10), « *on m'a dit que c'était pour protéger les garçons des effets de l'HPV* » (P9), « *Avant les consignes étaient de faire vacciner les filles* » (P10).

Et enfin parfois c'est le gynécologue qui conseille de faire vacciner les garçons « *Le gynécologue m'a dit de faire vacciner mes garçons* » (P13).

Certains professionnels de santé en revanche ne s'attardent pas sur les explications de ce qu'est le papilloma virus et de ses caractéristiques « *j'ai su que le papilloma virus existait à mon premier frottis. Mon gynécologue m'a juste dit que ce n'était pas pour le papilloma virus mais pour vérifier s'il y avait des débuts de cancer. Il a fallu que je me renseigne de moi-même* » (P8).

4.2. Les informations extérieures

4.2.1. Les campagnes publicitaires

4.2.1.1. Le contenu

Tous les parents, sans exception, ont souligné le fait d'un manque total d'information de la part de la société « *je n'ai pas reçu d'information concernant le vaccin* » (P1), ou « *je trouve cela insuffisant, heureusement que j'ai parlé avec mon médecin* » (P7).

Certains ont même supposé que ce soit un sujet un peu méconnu « *je ne pense pas que cela soit un sujet répandu* » (P1) surtout pour les garçons et que « *l'on manque d'informations sur le sujet* » (P4), ou « *on n'en parle pas assez dans les médias* » (P9), « *c'est dommage qu'il n'y ait pas de panneaux publicitaires* » (P7).

Quelques parents ont eu des informations mais surtout concernant les filles « *les livres sur la médecine, ou par les publicités pour les filles mais rien sur les garçons* » (P4).

4.2.1.2. Les sources

- Les publicités

En ce qui concerne les sources d'information en elles-mêmes, certains ont cité « *les publicités dans les cabinets médicaux* » (P5), ou alors aussi à la télévision « *Il y avait même des publicités à la télévision* » (P4).

- Les campagnes de vaccination

Quelques parents ont quand même cité l'utilisation des campagnes de vaccination mais pour les filles à l'époque « *oui campagne de vaccination, mais pas pour les garçons* » (P6), ou « *il y a eu pas mal de campagne vis-à-vis des filles* » (P7).

4.2.2. La méfiance du contenu retrouvé

Quelques parents soulignent le fait de faire attention à ne pas trop en savoir et surtout si on cherche sur internet sans avoir le bon interlocuteur en face « *Je pense que trop de connaissances scientifiques, ou trop vouloir chercher à tout comprendre notamment sur internet peut être alarmiste, pas forcément engageant et aura tendance à faire un peu plus peur. Je fais plutôt confiance à mon médecin généraliste car des fois si la presse s'en mêle, cela fait peur* » (P5).

Un autre parent pointe le fait que les médias en disent beaucoup trop et parfois n'importe quoi « *tout ce qu'on entend au niveau des médias, je réfléchis un peu plus* » (P9)

5. La place de chacun dans la décision de vaccination contre le papilloma virus

5.1. Les professionnels de santé

- *La confiance du professionnel de santé*

La totalité des parents vouent une confiance absolue à leur médecin traitant « *c'était toujours le médecin qui décidait* » (P2), ou « *le seul argument que le médecin traitant a dit qu'il était efficace, donc c'est bien suffisant* » (P6).
D'autres ont souligné le fait que « *le médecin traitant pourrait aider dans la décision de se faire vacciner* » (P2, P3).
Certains veulent faire vacciner leur enfant peut être plus souvent *« si l'on a des médecins qui nous informent vraiment sur la pathologie* » (P4).
De plus si les parents font confiance aux professionnels de santé « *c'est plutôt rassurant* » (P5), mais un parent aimerait bien « *qu'il donne son avis* » (P11) ou attende de le voir « *pour en discuter* » (P12).

5.2. L'entourage

5.2.1. Les parents

Un parent pense que l'enfant n'a pas son mot à dire dans la décision de vaccination « *à la fin ce sont les parents qui décideront* » (P9).
Un parent pense qu'il faut un avis de chaque membre pour décider de ce genre de chose « *je pense que c'est une décision collégiale* » (P4), alors que d'autres soulignent « *le manque de communication dans les familles* » (P4).

5.2.2. La famille

Beaucoup de parents pensent que la famille ne peut qu'aider pour prendre une décision « *ce n'est pas à l'entourage de prendre la décision* » (P3)

5.3. Le garçon

Une part importante des parents mentionne le fait que l'enfant a le droit de donner son avis car cela implique sa vie future « *je ne prendrai pas la décision pour moi, ce n'est pas à nous de lui imposer* » (P3), *« je lui ai demandé s'il était pour* » (P6), et « *l'enfant est le principal concerné* » (P12).
Mais certains préfèrent prendre la décision pour eux car ils sont trop jeunes « *je leur ai juste dit qu'on allait se faire vacciner, car pour moi, ils sont trop influençables à cet âge-là, ils ne sont pas assez murs pour être autonome au niveau des décisions* » (P5), « *on lui a dit que ce n'est pas lui qui déciderait* » (P8).
Un parent mentionne le fait qu'à un certain âge « *mon fils évite le sujet car il n'est pas encore prêt* » (P9).

DISCUSSION

L'objectif principal de cette thèse d'exercice était de comprendre les déterminants de la décision de vaccination contre l'HPV des parents de jeunes garçons de 11 à 14 ans.

1. Les déterminants de la vaccination

1.1. Les perceptions vaccinales

La première question de l'entretien portait sur ce que les parents pensaient de la vaccination en général. Cette question d'introduction permettait de mettre en confiance les parents sur le genre de questions que pourrait contenir le guide d'entretien.

1.1.1. Les vaccins et les Français : une histoire de cœur

La quasi-totalité des parents interrogés sont convaincus du bien-fondé des vaccinations, qu'elles soient recommandées ou obligatoires car elles permettent d'éviter d'attraper des maladies. En effet, pour eux c'est loin d'être un acte médical invasif. Mais certains ont encore des pensées d'obligation vaccinale et qu'ils n'ont pas le choix sur certains vaccins voir même d'introduire des choses dans notre corps sans véritablement savoir ce qu'il y a dans le vaccin.

En effet on peut dire que l'administration des vaccins par injection est souvent considérée comme une intervention douloureuse. Plutôt que réellement douloureuse, elle est surtout crainte par les enfants, et à l'origine d'une peur, voire d'une phobie des piqûres. L'appréhension des piqûres génère une anxiété, qui peut d'une part rendre l'acte plus désagréable, et d'autre part augmenter le risque de report ou de refus d'actes médicaux qui incluent des injections (96).

Une partie des réticences vaccinales, et des CV non optimales, proviennent de la peur des piqûres (97,98). Or, les vaccins et les précautions qui entourent le geste vaccinal sont très peu enseignés aux médecins (99). Il n'existe pas en France de textes officiels guidant ces aspects de la pratique vaccinale. Le dernier guide vaccinal français date de 2012 et évoque très peu les bonnes pratiques de technique de vaccination (100). Améliorer les pratiques vaccinales pourrait contribuer à augmenter la confiance de la population vis-à-vis des vaccins, et ainsi augmenter les CV. Or, depuis une littérature riche est parue, qui suggère des pratiques pouvant aller à l'encontre de celles précédemment admises, ou

pouvant paraître contre intuitives. L'équipe canadienne d'Anna Taddio et Moshe Ipp par exemple a produit en 2015 des guidelines détaillées sur les précautions entourant le geste vaccinal (101). Une enquête avait été réalisée auprès des abonnés d'InfoVac sur les trucs et astuces en vaccination. Il a été découvert qu'auprès des vaccinateurs particulièrement impliqués dans la prévention vaccinale, si la très grande majorité des bonnes pratiques était connue, des voies d'amélioration étaient encore possibles et souhaitables. Puis, à la suite de l'enquête, tout une série d'articles abordaient toutes les techniques susceptibles de diminuer les douleurs et la peur liées à l'injection des vaccins. C'est une boîte à outils dans laquelle chacun puisera les techniques qu'il pourra utiliser dans sa pratique quotidienne en sachant qu'en dehors des techniques d'injection pour chaque méthode, les résultats peuvent être considérés comme modestes mais leur association éventuelle est probablement plus efficace, plutôt que de comparer et opposer les mesures différentes.

1.1.2. La différence entre la vaccination obligatoire et recommandée

La plupart des parents interrogés ne faisaient pas de différences entre les vaccinations recommandées et obligatoires. Certains mentionnent par contre le fait que maintenant, il y a beaucoup plus de vaccins obligatoires que recommandés. Certains sont plutôt pour car cela ne permet de ne pas se poser de questions sur l'utilité de ces vaccins.

Dans cette étude, les vaccins recommandés apparaissent facultatifs selon le point de vue de certains parents qui choisissent de ne faire que les vaccins obligatoires. Ils préfèrent même que les vaccins recommandés soient obligatoires pour ne pas se poser de questions. En 2012, une enquête réalisée par santé publique France a montré que 53% des personnes interrogées pensaient que les vaccins obligatoires entaient plus importants que les vaccins recommandés. (100)

En effet, la coexistence dans le calendrier vaccinal français de vaccins obligatoires et de vaccins recommandés est le reflet de l'histoire de la vaccination en France. Avant l'arrivée des vaccins contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite, ces maladies représentaient de véritables fléaux, responsables à elles trois de plusieurs milliers de décès d'enfants par an en France. L'État a décidé de les rendre obligatoires afin de s'assurer que tous les enfants puissent y avoir accès et être protégés.

Cependant, devant une CV insuffisante pour certaines vaccinations, la réapparition d'épidémies et à la suite des recommandations émises à l'issue de la concertation citoyenne organisée en 2016 (102), le ministère de la Santé a recommandé, en juillet 2017, d'élargir l'obligation vaccinale à huit vaccins supplémentaires chez les bébés de moins de 2 ans (Coqueluche, Haemophilus influenzae b, Hépatite

B, Méningocoque C, Pneumocoque, Rougeole, Oreillons, Rubéole). Ces huit vaccins sont obligatoires pour les enfants nés à partir du 1er janvier 2018, en plus des trois vaccins qui étaient déjà obligatoires depuis de plusieurs années (Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite). Aujourd'hui, les vaccinations contre la rougeole et les infections à Haemophilus influenzae b ont prouvé leur efficacité en France. Ce qui prouve qu'un vaccin recommandé n'est pas moins efficace qu'un vaccin obligatoire.

A noter que l'obligation vaccinale est une quasi-exception culturelle française. En Europe, seule l'Italie a mis en place des obligations vaccinales comme les nôtres. Cependant, nos voisins n'ayant pas d'obligations vaccinales (Allemagne, Royaume-Uni...) ont pour les nourrissons à l'âge de 2 ans, des CV équivalentes, voire meilleurs que les nôtres. (103)

Depuis l'extension des obligations vaccinales, les CV ont augmenté pour tous les vaccins des enfants nés en 2018 par rapport à ceux nés en 2017.

1.1.3. Le contexte de pandémie actuelle occulte toutes les autres vaccinations

Nous sommes actuellement dans une période difficile pendant laquelle la vaccination contre la Covid 19 occupe toutes les pensées. La population française oublie de se faire vacciner normalement durant les périodes de confinement, que ce soit les enfants ou les adultes. Il est difficile de parler des autres vaccinations qui sont recommandés car la population française n'en peut plus de cette pandémie mondiale. En effet, une diminution importante du nombre de vaccins délivrés pendant les périodes de confinement, y compris chez les nourrissons, a été observée (104). Pourtant, il est essentiel d'être attentif à son suivi médical et de réaliser ses vaccinations et les rappels.

Les entretiens ont été réalisés avant l'introduction du pass sanitaire en juillet 2021. Cependant, il y a quand même quelques parents qui parlent de cette vaccination car il était possible de la faire depuis début janvier 2021.

1.1.4. La culpabilité des parents

Le frein le plus visible chez les parents concernant le fait de réaliser les différentes vaccinations était qu'ils se sentaient quasiment tous coupables de devoir faire autant de vaccins lors de la petite enfance.

Ils sont convaincus du bien-fondé des vaccinations mais il y en a certains pour qui, le fait de faire les vaccinations recommandés les rebute un peu pour leurs enfants.
Un autre point dont il faut parler est que beaucoup de parents mettent en cause un manque d'information claire sur les vaccins : Que protègent-ils ? Quels sont les effets secondaires ? A quoi sert le vaccin ? Est-il obligatoire ou recommandé ? Car la plupart des parents n'osent pas en parler à leur médecin par peur d'être jugé. Il a été prouvé que les parents se sentent stigmatisé et culpabilisent pour leurs enfants.
A noter qu'en France, peu de parents osent dire ouvertement qu'ils ne suivent pas, partiellement ou totalement le calendrier vaccinal : ils sont alors catégorisés d'anti vaccin.
Les parents de notre époque se documentent maintenant, en dialoguant avec leur médecin, établissent un rapport bénéfice/risque et il y en a qui remettent en cause l'obligation vaccinale, vécue comme une intrusion et une restriction de leur liberté, au profit de décisions personnelles.
Enfin, par rapport aux vaccinations recommandées, certains prônent la « protection collective » : « si les vaccins sont efficaces, nous ne mettons pas les autres qui, eux, sont vaccinés » (105).

1.1.5. La protection individuelle et collective

Peu de parents ont énoncé le mot « protection collective » concernant cette vaccination. Ceux qui en ont parlé prônent l'arrêt de circulation et de transmission du virus et sont plutôt dans la logique de faire cette vaccination à leurs garçons.
On admet le droit d'un malade à refuser un traitement. Mais en France, les vaccinations contre le tétanos, la diphtérie et la poliomyélite sont l'objet de lois les rendant obligatoires. La protection de la collectivité passe par l'interdiction de contracter et de transmettre les infections.
La très grande majorité des vaccinations du nourrisson comporte une double justification, individuelle par la protection conférée au sujet vacciné, collective, par la réduction de la circulation de l'agent pathogène et donc la diminution du risque de contamination pour les personnes non vaccinées ou non vaccinables. Se vacciner, c'est aussi donc protéger les autres (106). Car au-delà de sa propre protection, la personne vaccinée va le plus souvent également contribuer à protéger d'autres personnes qu'elle-même. Plus la population est vaccinée, plus on réduit la circulation de la bactérie ou du virus concerné et plus on réduit le nombre de cas chez les vaccinés et les non vaccinés.
La vaccination est vécue par la plupart des participants de l'étude comme une protection contre les maladies d'abord individuelle mais aussi collective. Ils ont bien conscience que les vaccins ont permis l'élimination de maladies très graves il y a maintenant longtemps. Ces résultats sont en corrélation

avec l'enquête Nicolle réalisée en 2006 : en effet, elle indiquait que la population générale avait globalement une bonne opinion de la vaccination. La plupart des personnes interrogées avait conscience des enjeux de prévention individuelle et collective de la vaccination. Pour 94,0 % des personnes interrogées, se faire vacciner était « *très* » ou « *plutôt* » important pour se protéger individuellement de la maladie et pour 94,9 %, il était « *très* » ou « *plutôt* » important de le faire afin d'éviter de transmettre la maladie (107).

1.1.6. Les antécédents de la population

Le principal facteur intervenant dans la décision vaccinale est l'expérience des antécédents face à une maladie ou à une vaccination. Les parents qui refusent les vaccins recommandés ont en majorité, dans leur famille ou leur entourage, un antécédent négatif après une vaccination. Ceci est basé sur des connaissances empiriques plutôt que des preuves scientifiques.
En effet, les individus ont plus tendance à évaluer la véracité d'un évènement par la facilité avec laquelle ils recherchent dans leur mémoire en confondant son degré de familiarité avec la fiabilité de l'information. Ceci est majoritairement utilisé par les médias qui, agissent sur l'opinion publique.
Le rôle des émotions dans la prise de décision fait l'objet d'un intérêt croissant. L'un des précurseurs, Zajonc (1980) a affirmé que les réponses affectives aux stimuli sont souvent les premières réactions spontanées qui guident ensuite le traitement et le jugement de l'information (108). Par la suite, des neurologues ont démontré comment les déficits émotionnels, qu'ils soient innés (Damasio, 1994 (109)) ou induits expérimentalement (Wilson et al., 1993 (110)) affectent la prise de décision.

1.1.7. Le concept d'hésitation vaccinale

La méfiance envers la vaccination a été conceptualisée par l'OMS sous le terme « hésitation vaccinale ». Celle-ci ne fait pas uniquement référence au refus de se faire vacciner, mais prend en compte également le retard à la vaccination ou l'acceptation malgré une remise en question persistante. C'est un réel problème de santé publique et plus particulièrement en France. L'OMS considère l'hésitation vaccinale comme une des dix plus grandes menaces pour l'humanité en 2019 (111). Ce concept est schématisé à travers un modèle regroupant les déterminants de la réticence vaccinale.

C'est le « retard dans l'acceptation ou le refus des vaccins malgré la disponibilité des services de vaccination pour soi-même ou pour ses enfants. C'est un phénomène complexe, spécifique au contexte et variant selon le moment, le lieu et les vaccins. Il est influencé par des facteurs tels que la sous-estimation du danger de la maladie, la difficulté à se faire vacciner et la confiance de la population envers le vaccin et les autorités sanitaires » (112). Elle se rapporte ainsi aux personnes ayant déjà refusé un vaccin, mais également à celles qui se font vacciner et chez qui un doute persiste. L'hésitation vaccinale démontre l'existence d'un accord avec « le principe de l'importance de la vaccination pour la santé mais aussi par le rejet de certains vaccins ou de certains de leurs composants » (113).

Il existe alors des pensées opposées ou distinctes : un consensus altéré sur le rôle du vaccin protecteur mais aussi les craintes des effets secondaires, la remise en question de son efficacité, l'utilisation du vaccin comme source de revenus pour les laboratoires. Ceci s'explique par la disparition des maladies graves. La part émotive de la maladie n'est plus ressentie. Il ne reste que la théorie protectrice, alors que les effets indésirables sont d'actualité dans les médias, amenant peur et méfiance. Au siècle dernier, la variole, la poliomyélite, la diphtérie étaient encore connues du grand public. Aujourd'hui, il ne reste que des chiffres, des dates historiques.

L'hésitation vaccinale n'est pas synonyme de non-vaccination. Par-contre, la non-vaccination est une conséquence de l'hésitation vaccinale, qui devient alors une menace pour la santé publique. On assiste encore aujourd'hui à la recrudescence d'épidémies mortelles en France et en Europe de maladies graves évitables alors qu'il existe un moyen simple et efficace de s'en prémunir : la vaccination.

Dans une étude réalisée par Huchet Alice, on remarque que certains vaccins comme celui contre la diphtérie, tétanos, poliomyélite, Haemophilus, coqueluche ou encore le ROR (rougeole, oreillons, rubéole) ont un taux d'acceptabilité élevé. Ce qui n'est pas le cas des vaccins contre l'hépatite B ou anti-méningocoque C qui obtiennent le plus de refus de la part des parents interrogés (106). Les couvertures vaccinales restent stables en 2016. Que ce soit contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, la coqueluche ou les infections invasives à Haemophilus influenzae b, tous ces vaccins ont des taux de couvertures proches de 97%. Celle contre le pneumocoque dépasse les 90% (36).

Par conséquent, ces niveaux très élevés de CV obtenus dans la première année de vie ont permis de faire disparaître en France des maladies qui, avant la vaccination étaient responsables chez l'enfant de centaines de décès ou d'invalidités, telles que la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite et plus récemment les méningites à Haemophilus influenzae b.

Si en majorité les français perçoivent bien l'efficacité du processus vaccinal, certains vaccins suscitent bien plus l'approbation que d'autres. En effet, les vaccins contre la grippe saisonnière, l'hépatite B ou le papillomavirus déclenchent le plus de réticences.

1.2. Le papilloma virus et sa vaccination

1.2.1. Efficacité

Beaucoup de parents prônent l'efficacité du vaccin et son effet à long terme avant de vouloir le faire. L'efficacité du vaccin anti-HPV, tout comme l'efficacité des vaccins en général, n'est pas beaucoup remis en cause par la majorité des participants de notre étude. Mais certains ont toujours quelques réticences concernant leur efficacité. Ils prônent un manque de de recul.

Une étude réalisée en Belgique en 2019 a cherché à analyser le rapport coût/efficacité de la vaccination des garçons contre l'HPV (114) à travers cinq grands essais randomisés et contrôlés mesurant l'efficacité du vaccin contre les infections par HPV ou contre les lésions précancéreuses et les cancers chez des sujets jeunes. Ils ont découvert qu'il y avait 90% d'efficacité concernant l'ensemble des lésions précancéreuses avancées et les cancers pour les types d'HPV contenus dans les vaccins. Cette efficacité est particulièrement élevée pour des populations naïves (n'ayant jamais été en contact avec le HPV). Par contre, si l'on envisage l'ensemble des lésions avancées dues à tous les types de HPV confondus (contenus dans les vaccins ou pas), l'efficacité des vaccins est alors bien plus faible, dépassant rarement 50%. Cependant, il existe une exception : la grande efficacité du cervarix contre les lésions précancéreuses avancées et les cancers du col utérin chez les sujets naïfs (93% pour Cervarix contre 46% pour gardasil 4). Mais, il n'existe pas de données sur l'efficacité des vaccins anti-HPV contre les lésions précancéreuses du pénis et de l'oropharynx (ce qui explique qu'ils ne soient pas officiellement indiqués pour ces deux cancers). Les données disponibles suggèrent cependant une efficacité contre les lésions précancéreuses du pénis (mais sur la base d'une seule étude portant sur peu de cas) et contre les infections persistantes de l'oropharynx. L'efficacité des vaccins gardasil 4 et Gardasil 9 contre les verrues anogénitales causées par les types de HPV contenus dans les vaccins est élevée, dépassant 95%, chez les sujets naïfs.

Ils ont aussi étudié la protection croisée : Les vaccins confèrent parfois un certain niveau de protection contre des autres types que ceux inclus dans les vaccins eux-mêmes. Pour le cancer du col utérin, Cervarix et gardasil 4 fournissent un certain niveau de protection croisée contre les types de HPV à haut risque autres que ceux qu'ils contiennent, en particulier 31, 33 et 45 (qui sont inclus dans le vaccin Gardasil 9), mais cervarix semble plus efficace à cet égard. Cette meilleure protection croisée peut expliquer la meilleure efficacité de cervarix contre les lésions précancéreuses avancées et les cancers du col provoqués par tous les types de HPV. Les premiers résultats concernant gardasil 9 ne semblent pas indiquer une meilleure protection croisée qu'avec garsasil 4. Gardasil 4 ne montre pas de protection croisée chez les hommes contre des lésions de l'anus, du pénis et les verrues anogénitales dues à des types HPV que ce vaccin ne contient pas. En ce qui concerne les cancers

oropharyngés, Cervarix ne semble pas efficace contre les infections persistantes dues à 17 autres types.

Les données concernant la durée de protection pour les cancers du col utérin, qui est la première indication des vaccin anti-HPV, montrent que l'efficacité de Cervarix et Gardasil 4 contre les lésions précancéreuses reste stable durant au moins 4 ans. La plus longue durée de suivi est actuellement de 8-10 ans tant pour Cervarix que pour Gardasil 4 et la protection semble se maintenir. Pour Gardasil 9, le plus long suivi est actuellement de 6 ans chez la femme. Il n'est pas encore possible de se prononcer sur la durée de la protection chez les hommes, ni pour d'autres types de cancers, par manque de données sur une période suffisamment longue.

Une méta-analyse réalisée en 2015 de 20 études dans neuf pays, a évalué l'effet indirect de la vaccination des filles avec Cervarix ou Gardasil 4 sur les garçons, les hommes et les femmes non vaccinés pendant 4 ans :

- Dans les pays où les filles sont couvertes à plus de 50%, on observe une diminution significative des verrues anogénitales chez les hommes de 15 à 39 ans et chez les femmes de 20 à 39 ans, ce qui suggère l'existence d'un effet indirect. Par contre, Ils ont observé une augmentation du nombre de lésions cervicales précancéreuses avancées chez les femmes âgées de 20 à 39 ans.
- Dans les pays où la CV des filles est inférieure à 50%, ils n'observent aucun effet significatif sur les verrues anogénitales ou les infections par HPV-16 et 18.

Donc ceci montre qu'il y a un effet indirect chez les hommes lorsque les femmes se font vacciner et qu'il y a une corrélation entre CV des femmes et diminution des lésions bénignes chez les hommes.

1.2.2. Les effets secondaires

La quasi-totalité des parents ont peur des éventuels effets secondaires, mais surtout concernant les effets secondaires dans le temps. Ils préfèrent un vaccin déjà efficace et ensuite un vaccin avec le moins d'effets secondaires.

La tolérance de la vaccination anti-HPV s'avère bonne et toutes les données indiquent qu'elle n'entraîne aucun effet secondaire à long terme (115). L'importance de la protection vaccinale en termes de prévention des dysplasies ne doit pas être sous-estimée. Les jeunes se soucient plutôt des effets indésirables directs, les parents se préoccupent davantage d'éventuels effets indésirables à long terme causés par les vaccins.

La sécurité des vaccins anti-HPV, quant à elle, est considérée comme bonne. Il existe certes des rapports isolés concernant d'éventuelles associations de la vaccination anti-HPV avec des maladies graves, notamment thromboembolies veineuses, stérilité, insuffisance ovarienne, avortement spontané et décès, tout comme avec des maladies auto-immunes telles que la sclérose en plaques, le syndrome de Guillain-Barré, etc. Ces associations n'ont toutefois pas pu être confirmées dans des études de grande envergure. Au contraire, les données recueillies avant et après la commercialisation du vaccin dans plusieurs pays, pendant plusieurs années concernant 4 millions de femmes documentent un excellent profil de sécurité de la vaccination HPV et n'établissent aucune association avec de telles maladies (116). Une récente méta-analyse en 2018 de 109 études couvrant au total plus de 2,5 millions de personnes vaccinées a confirmé qu'il n'y avait pas de risque accru d'effets graves qui soit associé à la vaccination contre le HPV. La même conclusion a été formulée par l'OMS en 2017. Comme pour tous les vaccins, un surveillance stricte des signaux de sécurité reste indispensable, et il n'est jamais exclu de voir apparaître de nouveaux soupçons d'association avec l'une ou l'autre pathologie (114).

1.2.3. L'éducation sexuelle : est-ce qu'il est trop tôt pour en parler ?

Pour les différents parents interrogés, l'orientation sexuelle ne joue pas sur la décision de vaccination car cela n'est pas tabou. Cependant, ce qui est difficile pour eux, c'est d'en parler aussi tôt avec leurs enfants qu'ils jugent trop jeunes, pour certains. En effet, jusqu'en 2019, le vaccin anti-HPV était recommandé jusqu'à l'âge de 26 ans chez les homosexuels. Dans le cadre des modifications du calendrier vaccinal en France, le HCSP a recommandé en décembre 2019 de débuter la vaccination des jeunes garçons contre l'HPV entre l'âge de 11 et 14 ans. Chez ceux qui, passé l'âge de 14 ans, n'ont pas encore été vaccinés contre l'HPV, un rattrapage a été proposé jusqu'à l'âge de 19 ans révolus.

L'extension de l'indication de cette vaccination aux jeunes garçons de 11 à 14 ans ne semble pas choquer de nombreux parents qui ne considèrent pas que leurs garçons soient trop jeunes pour avoir une vie sexuelle. La vaccination contre les HPV des garçons est perçue plutôt favorablement par les parents, les adolescents et les jeunes adultes, et très favorablement par les médecins généralistes.

La majorité des parents interrogés abordent la sexualité avec leurs garçons assez tôt dans l'adolescence. Il s'agit principalement d'éducation sexuelle. Mais pour certains parents, le tabou de la sexualité est évident, ils préfèrent ne pas en parler ou alors attendent le dernier moment.

La vaccination anti-HPV est fortement liée à la sexualité et soulève des problèmes dépassant le domaine de la santé et de la prévention. L'acceptabilité de cette vaccination de la part des parents suppose qu'ils ont intégré l'éventualité d'une activité sexuelle de leur garçon (117).

En conclusion, l'opinion des parents est partagée entre :

- D'une part, les partisans d'une vaccination précoce séparée d'une discussion sur la sexualité et les infections sexuellement transmissibles
- D'autre part, ceux qui préfèrent une vaccination tardive.

Dans ce contexte, il est préférable d'assouplir la tranche d'âge de la vaccination pour permettre au médecin de proposer cette vaccination au meilleur âge en fonction du ressenti de l'enfant, de sa famille et de ses propres convictions.

1.2.4. L'extension de la vaccination anti-papilloma virus chez les garçons : bonne ou mauvaise idée

Notre étude montre que les parents interrogés sont plutôt favorables à l'extension de la vaccination vers les garçons, car pour eux cela leur permet de ne pas transmettre et de véhiculer le virus quand leur enfant aura un/une éventuel(le) partenaire futur(e). Cela leur permet de les responsabiliser.

En effet, une étude réalisée par l'Institut national du cancer, en partenariat avec la HAS, auprès des médecins généralistes, principaux prescripteurs de la vaccination, et de parents de filles de 11 à 19 ans et/ou de garçons de 11 à 14 ans. Elle avait été réalisée dans la perspective éventuelle de l'extension de la vaccination aux garçons sur Internet en 2019 (118).

Cette étude avait montré que 38 % des parents vaccineraient leur fils si la vaccination était recommandée et 42 % d'entre eux hésiteraient. Les parents qui ont déjà vacciné leur fille ont tendance à vacciner plus leurs garçons que ceux qui n'ont pas vacciné leur fille (72 % versus 22 %).

Les principaux freins des parents qui hésiteraient ou ne feraient pas vacciner leur garçon sont : crainte des effets secondaires (45 % versus 57 %), une vaccination qui inciterait à avoir des rapports sexuels précoces (9 % versus 23 %) et les risques de contracter une maladie grave sont moins importants pour les garçons (7 % versus 18 %). Les raisons choisies pour la vaccination de leur garçon sont : « protéger leur fils contre les cancers liés aux HPV » (65 %), puis « protéger les garçons aussi bien que les filles » (36 %) et enfin « réduire la transmission des infections HPV » (34 %).

1.3. L'information

1.3.1. Les professionnels de santé

En ce qui concerne la place des professionnels de santé, certains parents de notre étude avaient été informés par leur médecin traitant. Ils avaient été, pour la plupart, encouragé par celui-ci. Ils accordent une grande importance à la parole de leur médecin traitant. D'autres parents ont été encouragé par leur gynécologue. Cependant, la majorité des parents ne les considéraient pas assez informatifs, ne s'attardant pas sur les conseils et la prévention autour de l'HPV.

Enfin, une partie des intervenants a expliqué avoir entendu des avis médicaux différents au sujet de la vaccination papillomavirus, ce qui avait influencé leur décision de ne pas vacciner et surtout qu'il avait fallu que le parent s'informe lui-même.

Parmi les professionnels de santé, les médecins constituent les piliers de la vaccination en France, surtout les médecins généralistes. Ces médecins généralistes sont les premières personnes que les patients voient et sont leur confidents. La confiance des patients dans leur médecin est élevée car il y a une relation de proximité. Les recommandations vaccinales qu'ils donnent sont très influentes et ont un gros impact sur les décisions de leurs patients de se vacciner ou pas (119). Ils suivent le statut vaccinal de leurs patients, leur proposent et prescrivent les vaccins recommandés dans le calendrier vaccinal, leur expliquent les raisons de se vacciner et répondent à leurs questions sur les effets secondaires des vaccins.

Une étude transversale téléphonique a été réalisée en 2014 en France (120), mené par Pierre Verger, dans le cadre d'un panel national représentatif de plus de 1 500 médecins généralistes (MG) de ville pour mieux comprendre leurs perceptions et pratiques dans le domaine de la vaccination mais aussi d'évaluer la prévalence de l'hésitation vaccinale chez les MG.

Dans le tableau 1, 10% des MG ne recommandaient jamais le vaccin papillomavirus et 17% recommandaient parfois ce vaccin aux jeunes filles de 11 à 14 ans.

• **Tableau 1.** Fréquence déclarée de recommandation par les MG de différents vaccins aux groupes cibles.

% lignes, données redressées, N = 1 582	Jamais	Parfois	Souvent Toujours
ROR aux adolescents ou jeunes adultes non immunisés	4	13	83
Méningocoque C en rattrapage de 2 à 24 ans	18	26	57
Méningocoque C chez les nourrissons de 12 mois	16	17	68
HPV aux filles de 11-14 ans	10	17	72
Hépatite B en rattrapage chez l'adolescent	11	26	63
Grippe saisonnière aux adultes diabétiques <65 ans	5	12	84

Une part des MG considérait plutôt ou tout à fait probable que le vaccin soit responsable d'effets secondaires graves, malgré le fait que ces liens ne soient pas scientifiquement établis (Tableau 3) : 6% pour des liens entre le vaccin papillomavirus et la sclérose en plaques et 33% pour des liens entre adjuvants et complications à long terme.

• **Tableau 3.** Perception des MG de la sécurité des vaccins.

% lignes, données redressées, N = 1 582	Pas du tout probable	Peu probable	Assez probable	Très probable
Grippe saisonnière et syndrome de Guillain-Barré	22	54	21	4
Hépatite B et sclérose en plaques	48	40	9	2
Aluminium (adjuvant) et Alzheimer	38	50	9	3
A/H1N1 (Pandemrix®) et narcolepsie	30	49	16	5
Human papillomavirus (HPV) et sclérose en plaques	51	43	5	1
Adjuvants et complications à long terme	18	49	26	7

La perte de confiance dans les autorités sanitaires et dans la science a été étudiée, et a donc ainsi un rôle dans l'évolution des comportements vaccinaux (121). Qu'en est-il pour les médecins ? Leurs résultats indiquent que 80 % des MG accordent leur confiance aux autorités de santé pour les informer sur les bénéfices et les risques des vaccins (45 % pour l'industrie pharmaceutique). Cette confiance est très relative car 53 % des MG estiment que les autorités sanitaires sont influencées par les laboratoires pharmaceutiques et 29 % préfèrent se fier à leur propre jugement plutôt qu'aux recommandations officielles sur les vaccins.

La question se pose aussi de savoir si l'hésitation des patients peut avoir des répercussions sur les perceptions et comportements des médecins. 60 % des MG ne se sentent pas à l'aise pour expliquer à leurs patients l'intérêt et les risques des adjuvants. Les MG percevant des réticences des patients vis-à-vis des vaccins contre le papilloma virus, le recommande moins souvent qu'aux patients n'exprimant pas de réticences. Les MG percevant des réticences envers le vaccin papillomavirus le recommandaient moins souvent qu'aux patients n'exprimant pas de réticences.

Enfin, 92 % des MG préfèrent le caractère obligatoire de certains vaccins. Cela suggère qu'ils voient un rempart contre l'hésitation vaccinale des patients et un facilitateur pour vacciner leurs patients. Cela permet d'obtenir l'adhésion à un vaccin de patients réticents à un coût en termes de temps et, parfois, de préservation de la relation médecin-patient.

Ces résultats indiquent que les multiples controverses vaccinales en France ont contribué à développer une hésitation vaccinale chez les MG et que cette hésitation dépend en partie de la confiance relative qu'ils accordent aux autorités de santé.

Ces travaux ont montré que la confiance relative des MG dans les autorités de santé a une influence très significative sur leurs perceptions de l'utilité et de la sécurité des vaccins (122) : moins les MG ont confiance dans les autorités de santé, plus leur perception de l'utilité et des risques des vaccins est dégradée. Le maintien ou la restauration d'un niveau de confiance élevé des médecins dans les autorités de santé s'avère être ainsi, comme pour la population générale, un aspect cardinal du problème.

La formation initiale et continue des MG dans le domaine de la vaccination devrait être considérablement renforcée et des aides leur être apportées pour les aider à faire face aux réticences vaccinales chez leurs patients. De plus, il est indispensable de rétablir la confiance, pour le public comme pour les professionnels de santé, dans les autorités sanitaires et la science.

Face à l'ensemble de ces résultats, la question de la formation des médecins dans le domaine de la vaccination se pose. Une étude nationale sur la façon dont les étudiants en 6e année de médecine perçoivent l'enseignement de la vaccination durant leur formation initiale a montré que 33 % ne se sentaient globalement pas suffisamment préparés pour leur pratique future (123) : 64 % ne se sentaient pas suffisamment préparés concernant la communication, 42 % concernant les compétences pratiques, 41 % concernant les sources d'information et la politique vaccinale, 31 % concernant les maladies à prévention vaccinale et 21 % concernant les aspects immunologiques.

1.3.2. Les informations extérieures perçues par les parents

1.3.2.1. La campagne de vaccination

`

Les parents interrogés évoquent le fait d'un manque cruel de communication des médias.

La partie la plus importante de la question portant sur les sources d'information concernent les différentes campagnes publicitaires. En effet tous les parents interrogés sont assez déçus du fait qu'ils ne reçoivent pas de brochures d'informations, qu'il n'y ait pas de publicité à la télévision ou même dans les cabinets de médecine générale. Ils sont étonnés de devoir eux-mêmes en parler avec leur médecin traitant sans que ce soit lui qui prenne l'initiative. La plupart pense aux filles en générale quand on leur parle de cette vaccination.

Dans notre étude, seule une minorité avait été informé sur la vaccination antipapillomavirus via une campagne de vaccination (brochures, affiches, spots télévisuels).

Une étude a été réalisée par Valentina Campana consistant en une analyse de revues systématiques en avril 2019 recensant les revues systématiques portant sur les interventions ayant pour objectif l'augmentation de la CV anti-HPV ou la diminution de l'hésitation vaccinale (124).

La France est l'un des pays occidentaux avec la plus faible CV contre l'HPV. Au vu des données actuelles, l'identification et le déploiement d'interventions ayant démontré leur efficacité pour améliorer cette CV sont essentiels pour prévenir les maladies dues aux HPV et notamment le cancer du col de l'utérus.

Parmi la littérature scientifique existante, le Community Guide identifie trois catégories principales d'interventions augmentant la CV : " Enhancing Access to Vaccination Services", " Increasing Community Demand for Vaccinations" et " Provider- or System-Based Interventions".

Si les déterminants de l'hésitation vaccinale sont aujourd'hui connus, peu d'études se sont précisément intéressées à l'efficacité d'interventions permettant d'agir sur ces derniers en France. A l'étranger, l'efficacité de plusieurs interventions permettant d'augmenter la CV contre les HPV en agissant sur de multiples facteurs, dont l'hésitation vaccinale, a déjà été établie.

Les résultats de leur étude ont permis de déterminer que les interventions ayant une action sur les comportements et les connaissances agissent directement sur l'une des causes majeures de la faible CV : l'hésitation vaccinale.

Cependant, les interventions agissant uniquement sur les connaissances incluses dans la revue ne démontrent qu'une efficacité variable qui ne semble pas perdurer au-delà de l'intervention. Si les intentions de se faire vacciner augmentent directement après l'intervention, la CV évolue peu. En effet, un changement d'attitude ou d'opinion n'entraîne pas immédiatement une modification significative de la CV.

Les interventions mettant en place un système de rappels sont les plus représentées parmi les interventions recensées. Elles montrent des efficacités plus ou moins importantes en fonction des caractéristiques propres à chaque étude (support des rappels, contenu des messages, durée de l'intervention), mais sont en grande majorité efficaces sur toutes les populations, tous les âges et toutes les catégories-socio-professionnelles. Ces interventions ont l'avantage d'être bien acceptées par la population et d'être faciles à mettre en place, même si elles peuvent être chronophages.

Par ailleurs, l'inclusion des adolescents aux côtés des parents dans l'intervention leur permet de participer à la décision. Les interventions faisant intervenir les nouvelles technologies, semblent être bien adaptées aux jeunes populations et présentent l'avantage de permettre d'atteindre de nombreux individus pour un coût peu élevé.

A noter qu'il est important d'intervenir auprès des professionnels de santé. En effet, l'un des facteurs favorisant la vaccination contre l'HPV est d'être suivi par un médecin généraliste favorable à la vaccination. Les interventions ciblant les professionnels de santé, et surtout les MG,

sont souvent très efficaces pour agir sur la CV de leur patientèle, en particulier lorsqu'elles sont combinées à des interventions ciblant la population à vacciner.

1.3.2.2. La médiatisation des effets secondaires

Deux parents perçoivent les informations contenues sur les sites internet comme des choses à éviter, de ne pas trop en savoir sur le sujet, et surtout d'aller voir son médecin pour avoir des informations. Car les opinions dues à la vaccination ont toujours existé, mais leur écho et leur propagation se voient augmentées par l'usage des médias et d'Internet qui jouent sur les émotions pour atteindre le public. La télévision, internet et les réseaux sociaux sont des facteurs d'amplification des mouvements d'opposition à la vaccination. Ils influencent le comportement individuel et collectif. A noter qu'internet est la principale source d'information sur le vaccin antipapillomavirus. La vitesse de diffusion des informations, le pouvoir des images, la situation hautement compétitive entre les médias favorisent une approche émotionnelle des faits au détriment d'une démarche analytique et rationnelle. C'est ainsi que les médias font croire en de nouvelles théories sur la sécurité des vaccins, en se basant uniquement sur des hypothèses non validées scientifiquement (125).
En ce qui concerne internet, les craintes des parents interrogés à propos de la vaccination antipapillomavirus trouvent leurs origines dans des réseaux sociaux, des blogs de ligue anti-vaccin et divers sites web, mais aussi dans des revues, magazines, articles de journal, livres, émissions de radio et de télévision. Les participants voient en la vaccination papillomavirus comme un nouveau marché profitant essentiellement aux industries pharmaceutiques, accusés de manipulation des autorités de santé au vu des intérêts financiers et politiques mis en jeu. La multiplicité des vaccins associés aux modifications régulières du calendrier vaccinal ne fait que renforcer cette méfiance envers les autorités sanitaires.

1.4. La décision de vaccination

1.4.1. Le manque de connaissance

Dans notre étude, les parents ont quasiment tous dit que le papillomavirus est une infection sexuellement transmissible. Les autres types de contamination étaient beaucoup moins connus du groupe de personnes interrogées. Certains ont pensé que c'est une maladie transmissible que de l'homme à la femme sans distinction. D'autres modes ont été évoqué mais pour la plupart erronés et font partie plutôt des croyances populaires.

Parmi les lésions en lien avec le papillomavirus, le cancer est une des premières réponses donnée par la totalité des parents, mais beaucoup n'ont pas su situer le cancer en question. Des lésions génitales ont été évoquées comme les condylomes ou des lésions anales. A noter que deux parents ne pensaient pas que le virus pouvait se transmettre aux garçons.

Le moyen de prévention le plus mentionné est le préservatif alors que son pouvoir protecteur est très insuffisant face au HPV. Le vaccin anti-papillomavirus n'a été cité que par une minorité des participants sachant que c'est un des moyens de protection le plus important.

Une étude quantitative a été réalisée par le Dr CASTAGNA-CAUTY en 2021 (126) pendant laquelle un questionnaire avait été remis aux parents de garçons de 11 à 19 ans pour savoir comment était accueilli la vaccination anti-HPV. Les résultats ont montré que :

- Les HPV sont sous-estimés, tant en termes d'exposition (seulement 25% des réponses juste) qu'en termes de mortalité puisque seulement 22% des parents interrogés considèrent que les HPV sont responsables de plus de 300 décès par an
- Plus d'un tiers des parents pensent que les HPV ne concernent que les filles.
- Puis près d'un quart des personnes ne savent pas que les HPV peuvent développer des cancers.

La répartition des parents bons répondeurs avait été analysée en fixant un seuil de bonne réponse à 70% : 73% des parents ont moins de 70% de bonnes réponses et 27% ont plus de 70% de bonnes réponses.

La plupart des parents français de jeunes garçons en âge de recevoir la vaccination anti-papillomavirus ont un niveau de connaissance insuffisant sur le papillomavirus, son développement, et ses moyens de prévention, pour pouvoir comprendre les atouts de la vaccination anti-HPV.

1.4.2. La place des parents

Les parents interrogés étaient pour la plupart des mères de famille. Par ailleurs, la totalité des parents qui sont en couples ont ajouté que la décision se fait à deux. En ce qui concerne les parents séparés, cette situation est un peu plus compliquée car parfois un des 2 deux parents n'est pas d'accord. Cette décision est difficile car les parents se trouvent dans un dilemme : ils pensent que le choix de ne pas vacciner les expose au risque que leur garçon leur reproche un jour de pas l'avoir protégé de lésions en lien avec l'HPV.

Les autres facteurs influençant le refus vaccinal sont le mode de vie et la profession des parents. Dans notre étude, sans le vouloir, plus de la moitié des parents exercent un métier dans la santé. Ceci peut alors engendrer un frein ou un levier dans la décision de vacciner contre le papillomavirus. Car ils vont être influencé par leur travail. En effet, ils vont être plus craintifs devant les effets de cette

vaccination mais en même temps ils vont être plus sensibilisés quant à la balance bénéfice-risque de ce vaccin et de faire la part entre vie professionnelle et vie privée.
Les opposants à toute vaccination ne représentent que 2% selon une étude réalisée en Ontario (127). Ces parents ne changeront jamais d'idée et il est difficile de les faire changer d'avis. Mais bien d'autres acceptent mieux les vaccins quand celui qui dispense les soins écoute leurs préoccupations et y répond correctement.
Par conséquent, il est important d'écouter les arguments des parents et tenter de comprendre la genèse de leurs positions. Il faut alors comprendre les inquiétudes précises des parents et établir une relation de confiance avec eux. Pour parvenir à une communication efficace, il faut pouvoir présenter des preuves d'une manière facile à écouter et à comprendre, tout en démontrant de l'empathie et de la compassion envers l'enfant et la famille. Il est important de répondre calmement aux questions des parents, dans un langage clair et facile à comprendre et, si la situation le justifie, de citer des recherches fondées sur des données probantes pour appuyer les affirmations. On peut rappeler l'épidémiologie des maladies infectieuses, expliquer la nécessité du maintien d'un niveau élevé de CV, la notion d'évolutivité des stratégies vaccinales.
Il faut également rappeler aux parents que la décision de ne pas faire vacciner leur enfant peut avoir des conséquences sur autrui. Un enfant non vacciné en bonne santé peut transmettre une maladie évitable par la vaccination à des membres de sa famille et à des inconnus, particulièrement des personnes à haut risque. Il faut alors souligner l'importance de l'altruisme au sein de la famille et de la communauté.
Il convient de souligner que, lorsque ceux qui dispensent les soins ne sont pas à jour dans leur propre dossier de vaccination, leurs patients sont également moins susceptibles de l'être.
On peut aussi citer l'exemple de la vaccination anti Covid 19 qui est maintenant étendue à tous les enfants de 5 à 18 ans sans être obligatoire. Une partie de la population française a des difficultés à vouloir se faire vacciner, donc il est difficile d'imaginer faire vacciner leurs enfants.

1.4.3. Rôle de l'enfant

La plupart des parents interrogés soulignent le fait que l'enfant a un impact sur la décision de vacciner. Ils sont pour qu'il soit acteur de son avenir. L'enfant est le principal concerné et il faut lui donner le maximum d'information concernant cette vaccination. Pour la plupart des parents, l'enfant est d'accord avec les décisions des parents.

Il y a encore des parents pour lesquels l'enfant n'a pas son avis sur la question. Ce sont aux parents de prendre la décision sans que leur enfant ne le sache. Les parents interrogés prônent le fait qu'il est trop jeune et qu'il est trop influençable.

2. Ouverture pour le futur

Cette étude a été réalisée dans le but d'évaluer les déterminants vis-à-vis de la vaccination anti-HPV auprès de parents de garçons afin d'améliorer la CV de la population masculine pour diminuer le taux de lésions associées à l'HPV. Il est alors constaté que pour améliorer la couverture, ce qui est le plus important sont les représentations des parents concernant la vaccination anti HPV, le papilloma virus en lui-même, la vaccination en générale et tenter de convaincre du bien-fondé du vaccin papillomavirus grâce à un argumentation claire et précise.
Les déterminants de la décision vaccinale concernant la vaccination anti-HPV chez les garçons dépendent d'un certains nombres de facteurs qui sont :
- Les représentations vaccinales en générale des parents
- L'inquiétude par rapport au virus et ses conséquences sur la santé
- La motivation à se protéger et à se rassurer
- Un vaccin qui n'est que recommandé
- L'attitude des parents favorables vis-à-vis de la vaccination
- La confiance en la sécurité et l'efficacité du vaccin
- La durée de protection
- La médiatisation des vaccins : ceci augmente les inquiétudes vis-à-vis de la tolérance
- La multitude de vaccin à faire pendant l'enfance
- L'éducation sexuelle des enfants
- L'âge de leurs enfants
- Le besoin de se rassurer
- Le regret anticipé.

Pour compléter cette étude, une étude qualitative pourrait être réalisée, mais cette fois-ci, en questionnant les médecins généralistes sur leur pratique de la vaccination anti-HPV en cabinet et les déterminants de cette vaccination.

Un autre type d'étude pourrait être réalisée en questionnant seulement les pères de familles de jeunes garçons car dans notre étude, la plupart des parents interrogés étaient des mères donc beaucoup plus alertes concernant le papilloma virus que les pères.
Dans le même style que d'interroger les pères, il serait utile de réaliser une étude qualitative sur le ressenti, la perception des jeunes de garçons concernant la vaccination anti-HPV.
Enfin, il serait intéressant de réaliser la même étude mais au jour d'aujourd'hui. En effet, la pandémie mondiale qu'est la Covid 19 prend pas mal d'ampleur et la vaccination prend pas mal de place dans notre quotidien en comparaison à l'époque où les parents étaient interrogés.

A la suite de notre étude, il faudrait améliorer l'accessibilité et en particulier mettre en place des programmes de vaccination à l'école, de réaliser des brochures d'information à mettre dans les salles d'attente des cabinets de médecine générale, dans les infirmeries scolaires. Cela va permettre d'augmenter la CV et de diminuer les inégalités sociales en atteignant une plus large population. En Europe, les pays ayant mis en place un programme de vaccination scolaire atteignent les meilleurs niveaux de CV. En revanche, certaines barrières entravent la faisabilité de ces programmes, comme des difficultés logistiques et une faible acceptation de certains parents. Il serait donc intéressant d'associer, en amont de ces programmes de vaccination, des interventions agissant sur l'hésitation vaccinale des jeunes et de leurs parents par l'intermédiaire des professionnels de santé, de brochures, ou de campagnes de vaccination. En effet, un certain nombre d'études dont la nôtre ont montré l'insuffisance des campagnes de sensibilisation aux différentes vaccinations. Il est important de privilégier des échanges directs pour expliquer les risques liés à la maladie et les moyens de les contrer.
Il faudrait aussi améliorer la formation des médecins généralistes à la vaccination et à la prévention, ici pour le papilloma virus, mais aussi pour les autres vaccinations qui ne sont pas obligatoires.

3. Forces et faiblesses de l'étude

3.1. Les forces de l'étude

3.1.1. Originalité du travail

Après revue de la littérature, trois études quantitatives avaient été réalisée :

- Une « HPVac » qui permettait de déterminer l'acceptabilité de la vaccination contre l'HPV chez les garçons

- Une autre étude dénommée « papiloga », prospective et observationnelle. L'étude réalisée sur cette thèse

Mais aucune thèse qualitative sur l'acceptabilité de la vaccination auprès des parents de jeunes garçons n'avait encore été réalisée au moment de la bibliographie. Ceci est probablement due au fait que la recommandation HAS n'est sortie qu'en décembre 2019.

3.1.2. La méthode qualitative

La méthode qualitative est une technique de premier choix pour explorer, comprendre et décrire des attitudes et ressentis. Cette méthode permet, grâce à des entretiens semi-dirigés, de savoir la perception, le niveau de connaissance, les expériences des parents et leurs opinions.
Les parents ont été sélectionnés en leur disant que la thèse portait sur le papilloma virus chez les garçons et leurs connaissances. Comme les parents n'ont pas eu d'explication précise sur l'entretien, cela a permis d'avoir des réponses de vie réelle, sans recherche préalable sur le sujet des parents.
Enfin, le lieu de l'entretien était choisi par moi-même mais à des heures adaptables en fonction des parents. Ces entretiens étaient faits dans le cabinet de leur médecin traitant, donc dans un endroit familier.

3.1.3. La population étudiée

Dans cette étude, les parents avaient tous au moins un garçon âgé en moyenne de 12 ans..

3.1.4. L'analyse des données

L'analyse thématique des données a été réalisée en même temps que le recueil des données. Cela a permis de déterminer la taille de l'échantillon nécessaire à la saturation des données. Cette saturation des données à été atteinte à partir du dixième entretien.

3.2. Faiblesses et limites de l'étude

3.2.1. Biais de sélection

3.2.1.1. Biais de recrutement

La population était tous suivi à la MSP Mende Lozère, qui œuvre pour la promotion de la vaccination avec notamment la vaccination comme axe de santé publique. Les patients interrogés étaient déjà dans un contexte favorable à la vaccination, ce qui a pu biaiser les données recueillies car les patients d'un même médecin ont souvent les mêmes informations données sur certains sujets.
Parmi les interrogés, il y avait un couple de parents qui a été interrogé dans le même entretien en présence de leur enfant. Un des 2 parents avaient de toute évidence plus la parole que l'autre parent par rapport aux différentes réponses données. Cela a pu constituer un biais dans les réponses apportées par le 2ème parent qui pouvait être d'accord sans donner son avis.
Par ailleurs, trois parents ont été recrutés après une mission de santé publique centrée sur la vaccination anti papillomavirus chez les garçons réalisée dans la MSP Mende Lozère. Les parents étaient alors au courant de ce qu'était le papilloma virus et on alors fait vacciner leur garçon avant l'entretien.

3.2.1.2. Biais de volontariat

L'étude a été réalisée sur la base du volontariat. Les parents dont les enfants avaient entre 11 et 14 ans sur la base de données du logiciel de la MSP Mende Lozère ont été contacté puis décidaient s'ils voulaient participer à l'étude ou non. Les enfants et leurs parents participants à l'étude sont certainement plus soucieux de leur santé et plus sensibilisés par le sujet.

3.2.2. Biais de méthode

Les conditions d'entretien n'étaient pas toujours favorables au bon déroulé de la réflexion des parents interrogés. Certains entretiens ont été interrompus par des bruits environnants du cabinet lorsque ceux-ci se déroulaient lors des horaires de consultations habituelles. Quelques-uns étaient

interrompus par des appels téléphoniques. Ces interruptions coupaient la réflexion qu'avait le parent à ce moment-là.
Par ailleurs, il s'agissait de la première étude de l'enquêteur. Du fait du manque d'expérience, il peut y avoir des erreurs dans la passation du guide d'entretien notamment sur le temps accordé entre deux questions ou sur les questions de relance, qui ont pu se révéler fermées parfois.

3.2.3. Biais d'interprétation

L'analyste de l'étude étant la même personne que l'enquêteur, cela a pu biaiser les résultats du fait du manque d'expérience de celui-ci. La triangulation des données n'a pas été réalisée, elle aurait pu renforcer la validité interne de l'étude. (110)

3.2.4. Biais d'influence

Sachant que l'enquêteur était un médecin, les personnes interrogées ont peut-être nuancé leurs réponses ou même censuré certains propos, par peur d'un jugement, malgré l'explication donnée en début d'entretien sur le non-jugement et l'anonymisation des données.

3.2.5. Saturation des données

La saturation des données a été obtenue au terme du dixième entretien. Il a ensuite été réalisé trois autres entretiens afin de la confirmer. Mais le dernier entretien a été l'un des plus riche en termes de contenu.

CONCLUSION

Le papilloma virus est l'infection sexuellement transmissible qui est la plus fréquente dans le monde et touche aussi bien les femmes que les hommes. Les complications sont nombreuses, comme le cancer, et parfois pouvant aller jusqu'au décès. Devant ces problématiques, la prise en charge du papillomavirus est devenue un objectif de santé publique dans le monde et en France.

Depuis quelques années, cette prise en charge est menée par un examen de dépistage par frottis cervico-utérin et par plusieurs vaccins contre certaines souches qui sont les plus en lien avec le cancer du col de l'utérus pour les femmes. Puis, une nouvelle recommandation a été émise en 2016 à l'égard des HSH : ils pouvaient se faire vacciner jusqu'à l'âge de 26 ans. Enfin, les dernières études réalisées concernant le papillomavirus dans les autres pays du monde montrent un bénéfice de la vaccination antipapillomavirus chez les jeunes garçons dans la même tranche d'âge que les filles dans la diminution de transmission du virus et de la réduction d'apparition de lésions chez les filles comme les garçons. Une nouvelle recommandation est donc sortie en 2019 en France pour essayer d'améliorer la couverture vaccinale des garçons et de rattraper son retard par rapport aux autres pays.

Cette étude a montré que les parents de jeunes garçons de 11 à 14 ans sont plutôt favorables à la vaccination anti-HPV. Mais, une catégorie de personnes encore hésitante en est ressortie, qui a besoin d'être mieux informée sur la maladie afin de prendre sa décision. De plus, il a été constaté que le manque de connaissances de l'HPV et du vaccin contre l'HPV persiste et est même plus important concernant le lien HPV-garçon. Même si la quasi-totalité des participants avaient entendu parler de l'HPV, il reste des lacunes dans leurs connaissances sur la prévention, la transmission, le dépistage et le traitement médical. Entre autres, elle a aussi montré que la notion de protection collectives, la médiatisation de l'information, les lacunes d'information par les réseaux, le lien entre le vaccin et la sexualité, l'hésitation vaccinale des médecins généralistes, font partie des freins à la vaccination papillomavirus.

A noter que les autorités sanitaires doivent aussi prendre des mesures pour rétablir la confiance dans la vaccination antipapillomavirus en informant le public sur toutes les caractéristiques du vaccin. Les médecins généralistes doivent être aidés car ils sont les principaux acteurs dans la vaccination contre le papillomavirus. Ils doivent être formé à avoir un même discours convaincant, rassurant, et valide sur le vaccin, pour qu'ils puissent en parler avec leurs patients. En effet, pour faire face aux sous-entendus vaccinaux et pouvoir proposer cette vaccination à l'âge optimal en fonction des enfants (quel que soit le sexe), de sa famille et de ses convictions.

BIBLIOGRAPHIE

1. Comprendre le cancer du col de l'utérus [Internet]. [cité 8 sept 2021]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/cancer-col-uterus/comprendre-cancer-col-uterus
2. Riethmuller D, Schaal JP, Mougin C. Épidémiologie et histoire naturelle de l'infection génitale à papillomavirus humain. Gynécologie Obstétrique Fertil. 1 févr 2002;30(2):139-46.
3. Développement et Santé | Le papillomavirus (HPV) responsable de nombreuses maladies et surtout du cancer du col de l'utérus [Internet]. [cité 8 sept 2021]. Disponible sur: https://devsante.org/articles/le-papillomavirus-hpv-responsable-de-nombreuses-maladies-et-surtout-du-cancer-du-col-de-l-uterus
4. Bouscarat F, Pelletier F, Fouéré S, Janier M, Bertolloti A, Aubin F. VERRUES GÉNITALES (CONDYLOMES) EXTERNES. :9.
5. Dunne EF, Nielson CM, Stone KM, Markowitz LE, Giuliano AR. Prevalence of HPV Infection among Men: A Systematic Review of the Literature. J Infect Dis. 15 oct 2006;194(8):1044-57.
6. Gavillon N, Vervaet H, Derniaux E, Terrosi P, Graesslin O, Quereux C. Papillomavirus humain (HPV) : comment ai-je attrapé ça ? Gynécologie Obstétrique Fertil. 1 mars 2010;38(3):199-204.
7. Andrews E, Seaman WT, Webster-Cyriaque J. Oropharyngeal carcinoma in non-smokers and non-drinkers: A role for HPV:Oral Oncol 2009; 45: 486-91.
8. D'Souza G, Pawlita M, Westra WH. Case–Control Study of Human Papillomavirus and Oropharyngeal Cancer. N Engl J Med. 2007;13.
9. Kreimer AR, Clifford GM, Boyle P, Franceschi S. Human Papillomavirus Types in Head and Neck Squamous Cell Carcinomas Worldwide: A Systematic Review. Cancer Epidemiol Biomark Prev. 2005;10.
10. Termine N, Panzarella V, Falaschini S, Russo A, Matranga D, Lo Muzio L, et al. HPV in oral squamous cell carcinoma vs head and neck squamous cell carcinoma biopsies: a meta-analysis (1988–2007). Ann Oncol. oct 2008;19(10):1681-90.
11. Herrero R. Human Papillomavirus and Oral Cancer: The International Agency for Research on Cancer Multicenter Study. CancerSpectrum Knowl Environ. 3 déc 2003;95(23):1772-83.
12. Mork J, Koskela P, Lehtinen M. Human Papillomavirus Infection as a Risk Factor for Squamous-Cell Carcinoma of the Head and Neck. N Engl J Med. 2001;7.
13. Pintos J, Black M, Sadeghi N, Ghadirian P, Zeitouni A, Viscidi R. Human papillomavirus infection and oral cancer: A case-control study in Montreal, Canada. Oral Oncol 2008; 44: 242-50.
14. Grabar S, Costagliola D, Bouvier A-M. Épidémiologie du cancer de l'anus. Cancéro Dig [Internet]. 2011 [cité 2 oct 2021];(4). Disponible sur: http://hdl.handle.net/2042/45851
15. Daling JR, Madeleine MM, Johnson LG, Schwartz SM, Shera KA, Wurscher MA, et al. Human papillomavirus, smoking, and sexual practices in the etiology of anal cancer. Cancer. 2004;101(2):270-80.
16. Giuliano AR, Anic G, Nyitray AG. Epidemiology and pathology of HPV disease in males. Gynecol Oncol. mai 2010;117(2 Suppl):S15-19.
17. Abramowitz L, Jacquard A-C, Jaroud F, Haesebaert J, Siproudhis L, Pradat P, et al. Human papillomavirus genotype distribution in anal cancer in France: The EDiTH V study. Int J Cancer. 2011;129(2):433-9.
18. HCSP. Recommandations vaccinales contre les infections à papillomavirus humains chez les hommes [Internet]. Rapport de l'HCSP. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2016 févr [cité 2 oct 2021]. Disponible sur: https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=552
19. IARC. Biological Agents [Internet]. [cité 2 oct 2021]. Disponible sur: https://publications.iarc.fr/Book-And-Report-Series/Iarc-Monographs-On-The-Identification-Of-Carcinogenic-Hazards-To-Humans/Biological-Agents-2012
20. Palefsky JM. HPV Infection in Men. Dis Markers. 2007;23(4):261-72.
21. Alain S, Hantz S, Denis F. Papillomavirus : les virus et la physiopathologie de l'infection. Médecine Thérapeutique Pédiatrie. 1 janv 2010;13(1):5-19.
22. Denis F, Hanz S, Alain S. Clairance, persistance et récidive de l'infection à Papillomavirus. Gynecol Obstet Fertil. 2008;4(36):430-40.
23. Giuliano AR, Nyitray AG, Kreimer AR, Pierce Campbell CM, Goodman MT, Sudenga SL, et al. EUROGIN 2014 Roadmap: Differences in HPV infection natural history, transmission, and HPV-related cancer incidence by gender and anatomic site of infection. Int J Cancer J Int Cancer. 15 juin 2015;136(12):2752-60.
24. Gillison ML. Human papillomavirus-related diseases: oropharynx cancers and potential implications

for adolescent HPV vaccination. J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med. oct 2008;43(4 Suppl):S52-60.
25. Gillison ML, Broutian T, Pickard RKL, Tong Z, Xiao W, Kahle L, et al. Prevalence of oral HPV infection in the United States, 2009-2010. JAMA. 15 févr 2012;307(7):693-703.
26. Machalek DA, Poynten M, Jin F, Fairley CK, Farnsworth A, Garland SM, et al. Anal human papillomavirus infection and associated neoplastic lesions in men who have sex with men: a systematic review and meta-analysis. Lancet Oncol. mai 2012;13(5):487-500.
27. Nyitray A, Nielson CM, Harris RB, Flores R, Abrahamsen M, Dunne EF, et al. Prevalence of and risk factors for anal human papillomavirus infection in heterosexual men. J Infect Dis. 15 juin 2008;197(12):1676-84.
28. Franceschi S, Castellsagué X, Dal Maso L, Smith JS, Plummer M, Ngelangel C, et al. Prevalence and determinants of human papillomavirus genital infection in men. Br J Cancer. 4 mars 2002;86(5):705-11.
29. Smith JS, Gilbert PA, Melendy A, Rana RK, Pimenta JM. Age-specific prevalence of human papillomavirus infection in males: a global review. J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med. juin 2011;48(6):540-52.
30. Nielson CM, Flores R, Harris RB, Abrahamsen M, Papenfuss MR, Dunne EF, et al. Human papillomavirus prevalence and type distribution in male anogenital sites and semen. Cancer Epidemiol Biomark Prev Publ Am Assoc Cancer Res Cosponsored Am Soc Prev Oncol. juin 2007;16(6):1107-14.
31. Doornum GJV, Prins M, Juffermans LH, Hooykaas C, Hoek JA van den, Coutinho RA, et al. Regional distribution and incidence of human papillomavirus infections among heterosexual men and women with multiple sexual partners: a prospective study. Sex Transm Infect. 1 août 1994;70(4):240-6.
32. HCSP. HCSP, Avis ; relatif à la révision de l'âge de vaccination contre les infections à papillomavirus humains des jeunes filles ; 28 septembre 2012 [Internet]. 2012 sept [cité 14 sept 2021]. Disponible sur: https://www.vaccinhpv.com/le-papillomavirus
33. Masson E. Guimezanes A., Mathieu M. Vaccination : agression ou protection ?. Inserm et Éditions Le Muscadier, Coll. « Choc santé » (2015). ISBN 979-10-90685-53-6. 128 pp. [Internet]. [cité 16 sept 2021]. Disponible sur: https://www.em-consulte.com/article/1019397/guimezanes-a-mathieu-m-vaccination
34. GARDASIL - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. [cité 3 oct 2021]. Disponible sur: http://dev4-afssaps-marche2017.integra.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
35. HCSP. Prévention des infections à HPV : place du vaccin Gardasil 9® [Internet]. Rapport de l'HCSP. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2017 févr [cité 3 oct 2021]. Disponible sur: https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=603
36. HCSP. HCSP, Avis ; relative à la place du vaccin GARDASIL 9® dans la stratégie actuelle de prévention des infections à papillomavirus humains ; 10 février 2017. 2017 févr p. 17.
37. CERVARIX - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. [cité 3 oct 2021]. Disponible sur: http://dev4-afssaps-marche2017.integra.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/CERVARIX
38. Avis favorable pour l'octroi d'une AMM pour six nouveaux médicaments : retour sur la réunion de juin 2016 du CHMP - Point d'Information - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. [cité 3 oct 2021]. Disponible sur: https://archiveansm.integra.fr/S-informer/Travaux-de-l-Agence-Europeenne-des-Medicaments-EMA-Comite-des-medicaments-a-usage-humain-CHMP/Avis-favorable-pour-l-octroi-d-une-AMM-pour-six-nouveaux-medicaments-retour-sur-la-reunion-de-juin-2016-du-CHMP-Point-d-Information
39. HCSP. Vaccination contre les papillomavirus humains 16 et 18 par un vaccin bivalent [Internet]. Rapport de l'HCSP. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2007 déc [cité 10 oct 2021]. Disponible sur: https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=19
40. HCSP. Infections à HPV : nouveau schéma vaccinal du vaccin Gardasil® [Internet]. Rapport de l'HCSP. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2014 mars [cité 10 oct 2021]. Disponible sur: https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=416
41. HCSP. Infections à HPV : nouveau schéma vaccinal du vaccin Cervarix® [Internet]. Rapport de l'HCSP. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2014 févr [cité 10 oct 2021]. Disponible sur: https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=411
42. Infections à HPV des jeunes filles : révision de l'âge de vaccination [Internet]. [cité 16 sept 2021]. Disponible sur: https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/AvisRapportsDomaine?clefr=302

43. Infections à Papillomavirus humains (HPV) [Internet]. [cité 8 sept 2021]. Disponible sur: https://vaccination-info-service.fr/Les-maladies-et-leurs-vaccins/Infections-a-Papillomavirus-humains-HPV?gclid=CjwKCAjwn9v7BRBqEiwAbq1Eyxf_2cZ7CzUFzjfltDAKEUwr2RSWuBmbc69w9cL2qNo9PIOwQhPhvhoCe0IQAvD_BwE&xtor=SEC-19-GOO-%5BVaccin_HPV%5D--S-%5B%2Bhpv%20%2Bvaccin%5D
44. Laura Z. Haute Autorité de santé. :177.
45. La HAS recommande de vacciner aussi les garçons contre les papillomavirus [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 16 sept 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3135747/fr/la-has-recommande-de-vacciner-aussi-les-garcons-contre-les-papillomavirus
46. Fonteneau L. ÉVOLUTION DE LA COUVERTURE VACCINALE DU VACCIN CONTRE LE PAPILLOMAVIRUS EN FRANCE – 2008-2018 / EVOLUTION OF HUMAN PAPILLOMAVIRUS VACCINATION COVERAGE IN FRANCE – 2008-2018. :7.
47. Bruni L, Diaz M, Barrionuevo-Rosas L, Herrero R, Bray F, Bosch FX, et al. Global estimates of human papillomavirus vaccination coverage by region and income level: a pooled analysis. Lancet Glob Health. juill 2016;4(7):e453-63.
48. Meites E, Markowitz LE, Paz-Bailey G, Oster AM, NHBS Study Group. HPV vaccine coverage among men who have sex with men - National HIV Behavioral Surveillance System, United States, 2011. Vaccine. 12 nov 2014;32(48):6356-9.
49. Loretan C, Chamberlain AT, Sanchez T, Zlotorzynska M, Jones J. Trends and Characteristics Associated With Human Papillomavirus Vaccination Uptake Among Men Who Have Sex With Men in the United States, 2014-2017. Sex Transm Dis. juill 2019;46(7):465-73.
50. Health AGD of. National Immunisation Program Schedule [Internet]. Australian Government Department of Health. Australian Government Department of Health; 2017 [cité 10 oct 2021]. Disponible sur: https://www.health.gov.au/health-topics/immunisation/immunisation-throughout-life/national-immunisation-program-schedule
51. Australia C. HPV vaccination uptake [Internet]. National Cancer Control Indicators. Cancer Australia; 2015 [cité 10 oct 2021]. Disponible sur: https://ncci.canceraustralia.gov.au/prevention/hpv-vaccination-uptake/hpv-vaccination-uptake
52. Canada, National Advisory Committee on Immunization, Public Health Agency of Canada. An advisory committee statement (ACS) - National Advisory Committee on Immunization (NACI): update on the recommended human papillomavirus (HPV) vaccine immunization schedule. [Internet]. 2015 [cité 10 oct 2021]. Disponible sur: https://central.bac-lac.gc.ca/.item?id=HP40-128-2014-eng&op=pdf&app=Library
53. Humane Papillomaviren (HPV) [Internet]. [cité 10 oct 2021]. Disponible sur: https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Uebertragbare-Krankheiten/Infektionskrankheiten-A-Z/Humane-Papillomaviren-(HPV).html
54. Guidance on HPV vaccination in EU countries: focus on boys, people living with HIV and 9-valent HPV vaccine introduction [Internet]. European Centre for Disease Prevention and Control. 2020 [cité 10 oct 2021]. Disponible sur: https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/guidance-hpv-vaccination-eu-focus-boys-people-living-hiv-9vHPV-vaccine
55. Vaccine Scheduler | ECDC [Internet]. [cité 10 oct 2021]. Disponible sur: https://vaccine-schedule.ecdc.europa.eu/Scheduler/ByDisease?SelectedDiseaseId=38&SelectedCountryIdByDisease=-1
56. Markowitz LE, Gee J, Chesson H, Stokley S. Ten Years of Human Papillomavirus Vaccination in the United States. Acad Pediatr. 1 mars 2018;18(2):S3-10.
57. Machalek DA, Garland SM, Brotherton JML, Bateson D, McNamee K, Stewart M, et al. Very Low Prevalence of Vaccine Human Papillomavirus Types Among 18- to 35-Year Old Australian Women 9 Years Following Implementation of Vaccination. J Infect Dis. 23 avr 2018;217(10):1590-600.
58. Drolet M, Bénard É, Pérez N, Brisson M, HPV Vaccination Impact Study Group. Population-level impact and herd effects following the introduction of human papillomavirus vaccination programmes: updated systematic review and meta-analysis. Lancet Lond Engl. 10 août 2019;394(10197):497-509.
59. Thiry N. Cost-effectiveness analysis of HPV vaccination of boys in Belgium. :113.
60. Goldstone SE, Jessen H, Palefsky JM, Giuliano AR, Moreira ED, Vardas E, et al. Quadrivalent HPV vaccine efficacy against disease related to vaccine and non-vaccine HPV types in males. Vaccine. 20 août 2013;31(37):3849-55.
61. Giuliano AR, Palefsky JM, Goldstone S, Moreira ED, Penny ME, Aranda C, et al. Efficacy of quadrivalent HPV vaccine against HPV Infection and disease in males. N Engl J Med. 3 févr 2011;364(5):401-11.

62. Palefsky JM, Giuliano AR, Goldstone S, Moreira ED, Aranda C, Jessen H, et al. HPV vaccine against anal HPV infection and anal intraepithelial neoplasia. N Engl J Med. 27 oct 2011;365(17):1576-85.
63. Wierzbicka M, Berkhof JH, Dikkers FG. Prophylactic human papilloma virus vaccination in head and neck: indications and future perspectives. Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg. avr 2019;27(2):85-90.
64. Suzich JA, Ghim SJ, Palmer-Hill FJ, White WI, Tamura JK, Bell JA, et al. Systemic immunization with papillomavirus L1 protein completely prevents the development of viral mucosal papillomas. Proc Natl Acad Sci U S A. 5 déc 1995;92(25):11553-7.
65. Pinto LA, Kemp TJ, Torres BN, Isaacs-Soriano K, Ingles D, Abrahamsen M, et al. Quadrivalent Human Papillomavirus (HPV) Vaccine Induces HPV-Specific Antibodies in the Oral Cavity: Results From the Mid-Adult Male Vaccine Trial. J Infect Dis. 15 oct 2016;214(8):1276-83.
66. Herrero R, Quint W, Hildesheim A, Gonzalez P, Struijk L, Katki HA, et al. Reduced prevalence of oral human papillomavirus (HPV) 4 years after bivalent HPV vaccination in a randomized clinical trial in Costa Rica. PloS One. 2013;8(7):e68329.
67. Wilkin TJ, Chen H, Cespedes MS, Leon-Cruz JT, Godfrey C, Chiao EY, et al. A Randomized, Placebo-Controlled Trial of the Quadrivalent Human Papillomavirus Vaccine in Human Immunodeficiency Virus-Infected Adults Aged 27 Years or Older: AIDS Clinical Trials Group Protocol A5298. Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am. 15 oct 2018;67(9):1339-46.
68. Lei J, Ploner A, Elfström KM, Wang J, Roth A, Fang F, et al. HPV Vaccination and the Risk of Invasive Cervical Cancer. N Engl J Med. 1 oct 2020;383(14):1340-8.
69. Van Damme P, Olsson SE, Block S, Castellsague X, Gray GE, Herrera T, et al. Immunogenicity and Safety of a 9-Valent HPV Vaccine. Pediatrics. juill 2015;136(1):e28-39.
70. Iversen O-E, Miranda MJ, Ulied A, Soerdal T, Lazarus E, Chokephaibulkit K, et al. Immunogenicity of the 9-Valent HPV Vaccine Using 2-Dose Regimens in Girls and Boys vs a 3-Dose Regimen in Women. JAMA. 13 déc 2016;316(22):2411-21.
71. Castellsagué X, Giuliano AR, Goldstone S, Guevara A, Mogensen O, Palefsky JM, et al. Immunogenicity and safety of the 9-valent HPV vaccine in men. Vaccine. 27 nov 2015;33(48):6892-901.
72. Van Damme P, Meijer CJLM, Kieninger D, Schuyleman A, Thomas S, Luxembourg A, et al. A phase III clinical study to compare the immunogenicity and safety of the 9-valent and quadrivalent HPV vaccines in men. Vaccine. 29 juill 2016;34(35):4205-12.
73. Haut conseil de la santé publique. Place du vaccin Gardasil 9® dans la prévention des infections à papillomavirus humains. Paris; 2017 févr p. 56.
74. gardasil-9-epar-product-information_fr.pdf [Internet]. [cité 11 oct 2021]. Disponible sur: https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/gardasil-9-epar-product-information_fr.pdf
75. Plus de vaccin anti-papillomavirus Gardasil après le 31 décembre 2020 : seul le vaccin Gardasil 9 sera disponible [Internet]. Plus de vaccin anti-papillomavirus Gardasil après le 31 décembre 2020 : seul le vaccin Gardasil 9 sera disponible. [cité 16 sept 2021]. Disponible sur: http://www.mesvaccins.net/web/news/15224-plus-de-vaccin-anti-papillomavirus-gardasil-apres-le-31-decembre-2020-seul-le-vaccin-gardasil-9-sera-disponible
76. HAS. Commission de la transparence, avis du 19 février 2020; vaccin papillomavirus humain 9-valent, recombinant, adsorbé GARDASIL 9, suspension injectable en seringue pré remplie GARDASIL 9, suspension injectable [Internet]. 2020 févr [cité 9 sept 2021] p. 23. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/evamed/CT-17461_GARDASIL9_PIC_REEV_AvisDef_CT17461&17456.pdf
77. Liddon N, Hood J, Wynn BA, Markowitz LE. Acceptability of human papillomavirus vaccine for males: a review of the literature. J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med. févr 2010;46(2):113-23.
78. Weiss TW, Zimet GD, Rosenthal SL, Brenneman SK, Klein JD. Human papillomavirus vaccination of males: attitudes and perceptions of physicians who vaccinate females. J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med. juill 2010;47(1):3-11.
79. Perkins RB, Clark JA. Providers' attitudes toward human papillomavirus vaccination in young men: challenges for implementation of 2011 recommendations. Am J Mens Health. juill 2012;6(4):320-3.
80. Kester LM, Shedd-Steele RB, Dotson-Roberts CA, Smith J, Zimet GD. The effects of a brief educational intervention on human papillomavirus knowledge and intention to initiate HPV vaccination in 18-26 year old young adults. Gynecol Oncol. mars 2014;132 Suppl 1:S9-12.
81. Fontenot HB, Fantasia HC, Charyk A, Sutherland MA. Human papillomavirus (HPV) risk factors, vaccination patterns, and vaccine perceptions among a sample of male college students. J Am Coll Health J ACH. 2014;62(3):186-92.

82. Cates JR, Diehl SJ, Crandell JL, Coyne-Beasley T. Intervention effects from a social marketing campaign to promote HPV vaccination in preteen boys. Vaccine. 16 juill 2014;32(33):4171-8.
83. Tisi G, Salinaro F, Apostoli P, Bassani R, Bellicini A, Groppi L, et al. HPV vaccination acceptability in young boys. Ann Ist Super Sanita. 2013;49(3):286-91.
84. Mehta P, Sharma M, Lee RC. Designing and evaluating a health belief model-based intervention to increase intent of HPV vaccination among college males. Int Q Community Health Educ. 2014 2013;34(1):101-17.
85. Katz ML, Kam JA, Krieger JL, Roberto AJ. Predicting human papillomavirus vaccine intentions of college-aged males: an examination of parents' and son's perceptions. J Am Coll Health J ACH. 2012;60(6):449-59.
86. DiClemente RJ, Crosby RA, Salazar LF, Nash R, Younge S. Is male intent to be vaccinated against HPV a function of the promotion message? Int J STD AIDS. juin 2011;22(6):332-4.
87. Reiter PL, McRee A-L, Gottlieb SL, Brewer NT. HPV Vaccine for Adolescent Males: Acceptability to Parents Post-Vaccine Licensure. Vaccine. 31 août 2010;28(38):6292-7.
88. Gerend MA, Madkins K, Phillips G, Mustanski B. Predictors of Human Papillomavirus Vaccination Among Young Men Who Have Sex With Men. Sex Transm Dis. mars 2016;43(3):185-91.
89. Cohen R, Vié Le Sage F, Weil-Olivier C, Romain O, Hau I, Guérin N, et al. Plaidoyer pour un avancement de l'âge de la vaccination contre les papillomavirus en France: Position du Groupe de Pathologie Infectieuse Pédiatrique (GPIP) et de l'Association Française de Pédiatrie Ambulatoire (AFPA). Arch Pédiatrie. 1 nov 2012;19:S145-9.
90. OMS. Sécurité vaccins OMS 2017. Le point sur l'innocuité des vaccins contre le HPV - Relevé épidémiologique hebdomadaire de l'OMS. 14 juillet 2017 vol. 92, 28 (p. 398) [Internet]. 2017 juill [cité 9 sept 2021] p. 12. Disponible sur: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255870/WER9228.pdf
91. Vaccination contre les HPV et cancers - Infections [Internet]. [cité 8 sept 2021]. Disponible sur: https://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Reduire-les-risques-de-cancer/Infections/Vaccination-contre-les-HPV-et-cancers
92. Iresp. Etat des lieux des connaissances et des actions d'amélioration de la couverture vaccinale dans le cadre de l'action 1.2.5 du Plan Cancer 2014-2019 [Internet]. 2017 juin [cité 8 sept 2021] p. 118. Disponible sur: https://www.iresp.net/wp-content/uploads/2019/02/RAPPORT_V7_final-erratum-version-compr%C3%A9ss%C3%A9e.pdf
93. Vacciner tous les garçons contre les papillomavirus ? La HAS met en consultation publique un projet de recommandation vaccinale [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 8 sept 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3116003/fr/vacciner-tous-les-garcons-contre-les-papillomavirus-la-has-met-en-consultation-publique-un-projet-de-recommandation-vaccinale
94. Guide méthodologique pour réaliser une thèse qualitative [Internet]. [cité 9 janv 2022] p. 13. Disponible sur: https://nice.cnge.fr/IMG/pdf/GMTQuali.pdf
95. Bloor M, Wood F. Keywords in qualitative methods: A vocabulary of research concepts. Thousand Oaks, CA: Sage Publications Ltd; 2006. viii, 195 p. (Keywords in qualitative methods: A vocabulary of research concepts).
96. McMurtry CM, Pillai Riddell R, Taddio A, Racine N, Asmundson GJG, Noel M, et al. Far From « Just a Poke »: Common Painful Needle Procedures and the Development of Needle Fear. Clin J Pain. oct 2015;31(10 Suppl):S3-11.
97. Taddio A, Chambers CT, Halperin SA, Ipp M, Lockett D, Rieder MJ, et al. Inadequate pain management during routine childhood immunizations: the nerve of it. Clin Ther. 2009;31 Suppl 2:S152-167.
98. Taddio A, Ipp M, Thivakaran S, Jamal A, Parikh C, Smart S, et al. Survey of the prevalence of immunization non-compliance due to needle fears in children and adults. Vaccine. 6 juill 2012;30(32):4807-12.
99. Béchet S. Phobie des vaccins, Peur des piqûres : Comment la prévenir [Internet]. Infovac France. 2020 [cité 13 déc 2021]. Disponible sur: https://www.infovac.fr/infovac/les-experts
100. Guide_des_vaccinations_edition_2012.pdf [Internet]. [cité 13 déc 2021]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_des_vaccinations_edition_2012.pdf
101. Taddio A, McMurtry CM, Shah V, Riddell RP, Chambers CT, Noel M, et al. Reducing pain during vaccine injections: clinical practice guideline. CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can. 22 sept 2015;187(13):975-82.
102. Vaccination : retour sur la concertation citoyenne [Internet]. [cité 13 déc 2021]. Disponible sur: https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2017/vaccination-retour-sur-la-concertation-citoyenne

103. Floret D. Pour une révision de la politique vaccinale. Le concours médical.136(10):828-31. 2014.
104. COVID-19 : la HAS appelle à reprendre d'urgence les vaccinations, en priorité chez les nourrissons et les personnes fragiles [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 13 déc 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3189882/fr/covid-19-la-has-appelle-a-reprendre-d-urgence-les-vaccinations-en-priorite-chez-les-nourrissons-et-les-personnes-fragiles
105. Psychologies.com. Pourquoi ils ne font pas vacciner leurs enfants [Internet]. 2012 [cité 13 déc 2021]. Disponible sur: https://www.psychologies.com/Bien-etre/Prevention/Hygiene-de-vie/Articles-et-Dossiers/Ces-parents-reticents-aux-vaccins/Pourquoi-ils-ne-font-pas-vacciner-leurs-enfants
106. Huchet A. Motifs de refus de la vaccination anti-papillomavirus : étude qualitative réalisée auprès des parents de jeunes filles entre 11 et 19 ans en Haute-Normandie. 2017.
107. Gautier A, Jauffret-Roustide M, Jestin C. Enquête Nicolle 2006: connaissances, attitudes et comportements face au risque infectieux. Saint-Denis: INPES; 2008. (Études santé).
108. Zajonc RB. Feeling and thinking: Preferences need no inferences. Am Psychol. 1980;35(2):151-75.
109. Hoorebeke D van. Emotion and decision making. Rev Francaise Gest. 16 mai 2008;182(2):33-44.
110. Wilson TD, Lisle DJ, Schooler JW, Hodges SD, Klaaren KJ, LaFleur SJ. Introspecting about Reasons can Reduce Post-Choice Satisfaction. Pers Soc Psychol Bull. 1 juin 1993;19(3):331-9.
111. Dix ennemis que l-OMS devra affronter cette année [Internet]. [cité 27 déc 2021]. Disponible sur: https://www.who.int/fr/news-room/spotlight/ten-threats-to-global-health-in-2019
112. 1_Report_WORKING_GROUP_vaccine_hesitancy_final.pdf [Internet]. [cité 27 déc 2021]. Disponible sur: https://www.who.int/immunization/sage/meetings/2014/october/1_Report_WORKING_GROUP_vaccine_hesitancy_final.pdf
113. Rapport au nom de l'Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques sur l'hésitation vaccinale - Compte rendu de l'audition publique du 14 novembre 2019 et de la présentation des conclusions du 20 février 2020 [Internet]. Vie publique.fr. [cité 27 déc 2021]. Disponible sur: https://www.vie-publique.fr/rapport/274379-hesitation-vaccinale-compte-rendu-audition-publique-du-14-novembre-2019
114. Thiry N, Gerkens S, Cornelis J, Jespers V, Hanquet G. ANALYSE COÛT-EFFICACITÉ DE LA VACCINATION DES GARÇONS CONTRE LE VIRUS HPV. 2019;26.
115. World Health Organization = Organisation mondiale de la Santé. Human papillomavirus vaccines: WHO position paper, May 2017. Wkly Epidemiol Rec Relevé Épidémiologique Hebd. 12 mai 2017;92(19):241-68.
116. Scheller NM, Svanström H, Pasternak B, Arnheim-Dahlström L, Sundström K, Fink K, et al. Quadrivalent HPV vaccination and risk of multiple sclerosis and other demyelinating diseases of the central nervous system. JAMA. 6 janv 2015;313(1):54-61.
117. Heard I, Floret D. Vaccins contre les papillomavirus humains (HPV) - Dernières recommandations du Haut conseil de la santé publique, et premiers résultats cliniques et virologiques. médecine/sciences. 1 déc 2013;29(12):1161-6.
118. Vaccination contre les HPV : enquête de perception auprès des médecins généralistes et des parents - Actualités [Internet]. [cité 27 déc 2021]. Disponible sur: https://www.e-cancer.fr/Actualites-et-evenements/Actualites/Vaccination-contre-les-HPV-enquete-de-perception-aupres-des-medecins-generalistes-et-des-parents
119. confiance_vaccination_p_verger_revue-medecine_mars2017.pdf [Internet]. [cité 28 déc 2021]. Disponible sur: https://sesstim.univ-amu.fr/sites/default/files/confiance_vaccination_p_verger_revue-medecine_mars2017.pdf
120. Verger P, Fressard L, Collange F, Gautier A, Jestin C, Launay O, et al. Vaccine Hesitancy Among General Practitioners and Its Determinants During Controversies: A National Cross-sectional Survey in France. EBioMedicine. août 2015;2(8):891-7.
121. Larson HJ, Cooper LZ, Eskola J, Katz SL, Ratzan S. Addressing the vaccine confidence gap. Lancet Lond Engl. 6 août 2011;378(9790):526-35.
122. Raude J, Fressard L, Gautier A, Pulcini C, Peretti-Watel P, Verger P. Opening the « Vaccine Hesitancy » black box: how trust in institutions affects French GPs' vaccination practices. Expert Rev Vaccines. juill 2016;15(7):937-48.
123. Kernéis S, Jacquet C, Bannay A, May T, Launay O, Verger P, et al. Vaccine Education of Medical Students: A Nationwide Cross-sectional Survey. Am J Prev Med. sept 2017;53(3):e97-104.
124. Article - Bulletin épidémiologique hebdomadaire [Internet]. [cité 10 oct 2021]. Disponible sur:

http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/31-32/2019_31-32_5.html
125. Wheeler M, Buttenheim AM. Parental vaccine concerns, information source, and choice of alternative immunization schedules. Hum Vaccines Immunother. 1 août 2013;9(8):1782-9.
126. Castagna-Cauty J. Accueil de la vaccination anti-HPV chez les garçons. :103.
127. Trends in medical and nonmedical immunization exemptions to measles-containing vaccine in Ontario: an annual cross-sectional assessment of students from school years 2002/03 to 2012/13 - PubMed [Internet]. [cité 30 déc 2021]. Disponible sur: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26457292/

ANNEXES

ANNEXE 1 : Enquête Rapport au sexe (ERAS)

Une estimation de la CV chez les HSH a été réalisée par Santé publique France, par le biais de l'enquête Rapport au sexe (ERAS), qui s'est déroulée en février-mars 2019. Cette enquête visait à évaluer l'appropriation des différents outils de prévention du VIH et des autres infections sexuellement transmissibles chez les HSH. La méthodologie reposait sur la diffusion d'un questionnaire en ligne et un recrutement via les sites Internet et applications de rencontres, des sites d'information gays et les réseaux sociaux. Le questionnaire incluait des questions sur le statut vaccinal pour le vaccin HPV et le nombre de doses reçues. Pour l'estimation de la CV, nous avons inclus les hommes âgés de 18 à 28 ans résidant en France, et qui se définissait comme homosexuels, et ceux qui ne se déclaraient pas comme homosexuels, mais déclaraient avoir eu au moins un rapport sexuel avec un homme au cours de leur vie. À noter que les hommes âgés de 28 ans, au moment de l'enquête, étaient à la limite de l'âge recommandé pour la vaccination en 2016 (hommes nés en 1990 ayant eu 26 ans au cours de l'année 2016 et âgés de 28 ans révolus en 2019). Parmi les 24 308 participants, 9 232 répondaient au critère d'inclusion pour l'analyse. La proportion d'hommes déclarant avoir été vaccinés avec le vaccin HPV était de 15 % et 53 % des répondants ne connaissaient pas leur statut vaccinal. La proportion de vaccinés diminuait avec l'âge, passant de 18 % chez les hommes âgés de 18 ans à 13 % chez les hommes âgés de 28 ans ($p<10-3$) (cf. tableau ci-dessous). La proportion de vaccinés était de 29 % chez les HSH séropositifs pour le VIH versus 16 % chez les séronégatifs ($p<10-3$). Les estimations de CV doivent être interprétées avec prudence compte tenu du mode de recrutement des participants. La population de l'étude ne peut pas être considérée comme représentative de l'ensemble des HSH en France. L'analyse descriptive fait apparaitre une grande diversité de profils et de modes de vie parmi les participants. Concernant la vaccination en particulier, les HSH ayant participé à l'étude pourraient être plus sensibilisés et informés par rapport à la prévention des IST, dont la vaccination HPV. Néanmoins, elle permet d'obtenir une estimation de la CV dans cette population.

Tableau 3 : nombre de participants et proportion d'HSH vaccinés contre les HPV, Enquête rapport au sexe, 2019 (source : Santé publique France)

Âge au moment de l'enquête (ans)	Total participants		Vaccinés contre les HPV	
	Effectifs	**Part de l'échantillon (%)**	**Effectifs**	**Proportion de vaccinés (%)**
18	520	5,6	94	18,1
19	1 054	11,4	168	15,9
20	973	10,5	173	17,8
21	966	10,5	134	13,9
22	1 012	11,0	147	14,5
23	973	10,5	139	14,3
24	940	10,2	154	16,4
25	814	8,8	111	13,6
26	668	7,2	92	13,8
27	671	7,3	98	14,6
28	641	6,9	83	12,9
Total	**8 850**	**100**	**1 332**	**15,1**

ANNEXE 2 : Étude Papill-Hom

Une autre enquête en ligne a été réalisée auprès de HSH entre les mois d'octobre 2018 et janvier 2019. La méthodologie de l'enquête reposait sur la diffusion d'un questionnaire en ligne via les réseaux sociaux, applications et sites de rencontres. L'enquête a inclus 2 094 personnes et une sous-analyse est présentée pour les 501 HSH âgés de moins de 27 ans en 2016 ou dans les années suivantes. Parmi ces 501 hommes, 90 (18 %) ont déclaré qu'ils étaient vaccinés contre le HPV. La proportion de vaccinés était plus élevée chez les HSH sous PrEP (52,5 % versus 15,0 %, p<0,01). Seuls 23 % des HSH indiquaient que la vaccination leur avait été proposée par un médecin. Parmi les non vaccinés, 80 % accepteraient la vaccination si elle leur était proposée. Dans la discussion, les auteurs soulignent les biais de l'étude, avec une possible surestimation de la CV liée à la composition de l'échantillon. En effet, ils ont observé une surreprésentation des HSH sous PrEP liée au recrutement via une plateforme de discussion sur la PrEP. Les HSH ayant participé à l'étude pourraient être mieux sensibilisés et informés sur la problématique des HPV. La CV est donc probablement surestimée par rapport à la population des HSH.

Tableau 4 : actualisation des programmes de vaccination anti-HPV concernant le choix de la populati

Pays, référence, année	Année d'actualisation	Population ciblée	Type de programme	Couverture vaccinale
Allemagne Takla *et al.*, 2018 (35) Rieck *et al.*, 2018 (36) STIKO, 2017 (37)	2018	Garçons et filles de 9 à 14 ans et rattrapage de 15 à 17 ans	Cabinet médical	43 % chez les filles (2017)
Australie *National Immunisation Program*, 2019 (27) *National HPV Vaccination Program Register*, 2018 (28)	2013	Garçons et filles de 12 à 13 ans	Scolaire	80 % chez les filles et 76 % chez les garçons (trois doses à 15 ans en 2017)
Autriche *Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz*, 2019 (31) Paul, 2016 (32)	2014	Garçons et filles de 9 à 12 ans et rattrapage de 13 à 15 ans	Scolaire / centres publics	60-65 % chez les filles (2014)
Belgique KCE, 2019 (38) Conseil supérieur de la santé, 2017 (39) Vaccination-info, 2019 (40)	2019	Garçons et filles de 9 à 14 ans (11-12 ans en pratique) et rattrapage jusqu'à 26 ans	Scolaire / cabinet médical	Chez les filles, 90 % dans la communauté flamande (trois doses, 2016) et 36 à 50 % dans la communauté française (2017)
Canada NACI, 2017 (29) MSSS, 2018 (41) PHAC, 2019 (42)	2012	Garçons et filles de 9 à 12 ans et rattrapage jusqu'à 26 ans	Scolaire	73 % chez les filles (14 ans, 2013) Variations en fonction des provinces et territoires, mais vaccination universelle recommandée dans l'ensemble du pays
Danemark *Sundheds- og Ældreministeriet*, 2018 (43)	2019	Garçons et filles de 12 ans	Cabinet médical	36 % chez les filles (deux doses, 2017). Chute de la couverture vaccinale des filles en 2015 (passant de

Pays, référence, année	Année d'actualisation	Population ciblée	Type de programme	Couverture vaccinale
				90 % à 40 % dans certaines régions), dans un contexte de crise médiatique
Estonie *Vaktsineeri*, 2019 (44)	2019	Garçons et filles de 12 à 14 ans	Scolaire	—
États-Unis ACIP, 2011 (26) Markowitz *et al.*, 2018 (45) Novakovic *et al.*, 2018 (46)	2011	Garçons et filles de 11 à 12 ans et rattrapage jusqu'à 21 ans et jusqu'à 26 ans pour les HSH	—	65 % pour une dose et 43 % pour trois doses chez les filles et 56 % pour une dose et 31 % pour trois doses chez les garçons (2016) Variations en fonction des États (de 46,9 % pour une dose en 2017 dans le Wyoming à 91,9 % dans le district de Columbia), mais vaccination universelle recommandée dans l'ensemble du pays
Finlande *Finnish Institute for Health and Welfare*, 2018 (47)	2019	Garçons et filles de 11 à 12 ans	Scolaire	—
France HCSP, 2016 (1)	2016	Filles de 11 à 14 ans et rattrapage de 15 à 19 ans révolus HSH jusqu'à 26 ans	—	21 % chez les filles (2016)
Israël *Ministry of Health, State of Israel*, 2019 (48)	2015	Garçons et filles de 13 ans à 14 ans et rattrapage jusqu'à 26 ans	Scolaire	Variations en fonction des provinces, mais vaccination universelle recommandée dans l'ensemble du pays
Irlande HIQA, 2018 (49)	2019	Garçons et filles de 12-13 ans et rattrapage jusqu'à 26 ans	Scolaire	—
Italie *Ministerio della Salute*, 2019 (50)	2017	Garçons et filles de 12 ans et rattrapage jusqu'à 49 ans	Cabinet médical	50 % chez les filles et environ 20 % chez les hommes (2016)
Norvège NIPH, 2018 (51)	2018	Garçons et filles de 12 à 13 ans	Scolaire	—

Pays, référence, année	Année d'actualisation	Population ciblée	Type de programme	Couverture vaccinale
Nouvelle-Zélande *New Zealand Ministry of Health*, 2014 (52)	2017	Garçons et filles de 11-12 ans et rattrapage jusqu'à 26 ans	Scolaire	—
Pays-Bas RIVM, 2018 (53)	—	Filles de 12-13 ans (discussions sur l'extension de la vaccination anti-HPV aux garçons en cours)	—	—
Royaume-Uni JCVI, 2018 (54) JCVI, 2017 (55) PHE, 2019 (56) PHE, 2018 (57)	2019	Garçons et filles de 12-13 ans et jusqu'à 45 ans pour les HSH	Scolaire	84 % chez les filles (trois doses, 2017-2018)
Suède *Public Health Agency*, 2017 (58) *Public Health Agency*, 2018 (59) *Public Health Agency*, 2017 (60)	—	Filles de 12-13 ans (discussions sur l'extension de la vaccination anti-HPV aux garçons en cours)	Scolaire	—
Suisse InfoVac, 2019 (61) Riesen *et al.*, 2018 (62)	2015	Garçons et filles de 11 à 14 ans et rattrapage jusqu'à 26 ans	Scolaire / cabinet médical	Variations en fonction des cantons, mais vaccination universelle recommandée dans l'ensemble du pays

STIKO : Standing Committee on Vaccination ; KCE : Belgian Health Care Knowledge Centre ; NACI : National Advisory Committee on Immunization ; MSSS : Ministère de la santé et des services sociaux ; PHAC : Public Health Agency of Canada ; ACIP : Advisory Committee on Immunization Practices ; HCSP : Haut conseil de la santé public ; HIQA : Health Information and Quality Authority ; NIPH : Norwegian Institute of Public Health ; RIVM : National Institute for Public Health and the Environment ; JCVI : Joint Committee on Vaccination and Immunisation ; PHE : Public Health England

ANNEXE 3 : études d'efficacité

Des analyses ont été menées par Palefsky et al. en 2011, dans un sous-groupe de 598 hommes qui se sont identifiés comme ayant des rapports sexuels avec des hommes. L'efficacité per protocole était de 77,5 % [39,6 %-93,3 %] pour la prévention des néoplasies intraépithéliales de l'anus (AIN) causées par les quatre types d'HPV ciblés par le vaccin, cinq cas dans le groupe vacciné et 24 cas dans le groupe placebo (Tableau 10). En incluant tous les HSH, y compris ceux qui étaient infectés par des HPV vaccinaux à l'inclusion ou qui n'ont pas reçu l'ensemble des trois doses (analyse de l'ensemble de la population d'HSH), l'efficacité était de à 50,3 % [25,7 %-67,2 %] pour les AIN des grades 1, 2 ou 3 (38 cas dans le groupe vacciné et 77 cas dans le groupe placebo). De la même manière, l'efficacité du vaccin pour la prévention des infections persistantes de l'anus dues aux types 6, 11, 16 et 18 chez les HSH naïfs à l'inclusion était de 94,9 % [80,4 %-99,4 %] et de 59,4 % [43,0 %-71,4 %] lorsque l'ensemble de la population HSH est analysée. Ces différences d'efficacité dans les analyses per protocole et en intention de traiter confirment que l'efficacité du vaccin est maximale avant le début de la vie sexuelle.

Tableau 5 : efficacité du vaccin quadrivalent (HPV 6, 11, 16, 18) pour la prévention des affections liées aux infections HPV de types 6, 11, 16 et 18 chez les HSH d'après Palefsky et al., 2011

Critères d'évaluation	Vaccin quadrivalent		Placebo		Efficacité vaccinale (EI)
	N	n(cas)	N	n(cas)	EI (IC 95 %)
Infections anales persistantes					
Per protocole (trois doses, naïfs à l'inclusion)	193	2	208	39	94,9 (80,4-99,4)
Intention de traiter	275	51	276	113	59,4 (43,0-71,4)
Néoplasies intraépithéliales anales					
Per protocole (trois doses, naïfs à l'inclusion)	194	5	208	24	77,5 (39,6-93,3)
Intention de traiter	275	38	276	77	50,3 (25,7-67,2)

ANNEXE 4 : synthèse des études d'acceptabilité menées en France

Tableau 6 : synthèse des études d'acceptabilité menées en France

Auteurs, année, référence	Type d'étude	Population (N)	Principaux résultats
Gellenoncourt et di Patrizio, 2014 (208)	Observationnelle monocentrique	328 lycéens masculins âgés de 16 à 18 ans	- 41 % des adolescents indécis - 34,4 % acceptent la vaccination - 24 % refusent catégoriquement
Meireles, 2018 (209)	Observationnelle départementale multicentrique	145 collégiens et lycéens	53/145 (soit 36,6 %) souhaiteraient se faire vacciner contre le HPV. Plus de 50 % étaient indécis
Eve *et al.*, 2017 (237)	Observationnelle, monocentrique	1 155 parents élèves de 6e de Basse-Normandie	78,6 % (92/117) des parents ayant l'intention de faire vacciner leur fille feraient vacciner leur fils si la vaccination était recommandée pour les garçons 87,0 % (114/131) des parents n'ayant pas l'intention de faire vacciner leur fille n'auraient pas non plus l'intention de faire vacciner leur fils si la vaccination était recommandée pour les garçons
Grégoire, 2018 (210)	Observationnelle départementale multicentrique	127 parents de collégiens et lycéens	48/127 (soit 37,8 %) parents accepteraient de faire vacciner leur fils contre les papillomavirus. La majorité des parents (50,4 %) étaient indécis.
Moisset, 2018 (239)	Observationnelle multicentrique	177 parents de garçons de 11 à 19 ans	41 % [IC 95 % : 32,6-49,5] des parents accepteraient de faire vacciner leur fils contre les papillomavirus 12 % [IC 95 % : 6,4-17,5] refuseraient 47 % [IC 95 % : 38,4-55,5] étaient indécis
Enquête HAS/INCa BVA, 2019[5]	Sondage internet	Échantillon représentatif des foyers ayant au moins une fille de 11 à 19 ans et/ou un garçon de 11 à 14 ans	Parmi les parents ayant au moins un garçon âgé de 11 à 14 ans, 42 % seraient hésitants à faire vacciner leur(s) fils en cas de recommandation pour les garçons en France, 38 % auraient l'intention de le(s) faire vacciner et 20 % refuseraient Parmi les parents ayant au moins un garçon de 11 à 14 ans et une fille de 11 à 19 ans dans le même foyer, 72 % accepteraient de faire vacciner leur garçon, 22 % hésiteraient à faire vacciner leur fils et 6 % refuseraient dès lors que la sœur est déjà vaccinée tandis qu'ils seraient 43 % à hésiter, 22 % à accepter et 35 % à refuser si la sœur n'était pas vaccinée ou avec un statut vaccinal
Collange *et al.*, 2016 (220)	Observationnelle transversale nationale ; multicentrique	1 712 médecins généralistes	45,6 % des médecins recommandent toujours la vaccination chez les filles ; 26,8 % souvent, 17,1 % la recommandent parfois, et 10,5 % des médecins ne la recommandaient jamais
Gontier, 2014 (224)	Observationnelle monocentrique	258 médecins généralistes	87,3 % des médecins étaient prêts à vacciner les hommes
Enquête HAS/INCa BVA, 2019[5]	Sondage Internet	Échantillon représentatif de 300 médecins généralistes	84 % des médecins recommanderaient la vaccination chez les garçons si elle était intégrée au calendrier vaccinal, 4 % ne la recommanderaient pas et 12 % sont indécis

[5] Gall B, Venot C, Rousseau S. Évaluation de l'acceptation et des perceptions concernant la vaccination HPV. Étude réalisée par BVA pour l'INCa et la HAS. Montrouge: BVA; 2019

ANNEXE 5 : Guide d'entretien

1. Que pensez-vous de la vaccination en générale ?

2. Qu'est-ce que vous évoque le papilloma virus ?

3. Pouvez-vous vous souvenir d'une situation à laquelle vous aurez échangé ou été informé sur le vaccin contre le papilloma virus (GARDASIL ou cervarix) ?

4. Que pensez-vous de la vaccination anti HPV chez les garçons ?

5. Quels sont les arguments qui vous ont aidé ou vous aiderons à prendre la décision de vacciner ou non votre fils ?

6. Si une personne vous demandait conseil pour la vaccination de son fils contre le papilloma virus, qu'est-ce que vous lui diriez ?

ANNEXE 6 : Questions de relance pour entretien

Rebondir sur ce qui a été dit

Vous avez mentionné [xxx], pouvez-vous m'en dire plus ? Que voulez-vous dire par [xxx] ? C'est intéressant. Avez-vous des exemples ?

Creuser davantage un sujet

Pourquoi ? Vous avez mentionné [xxx], quelle est la raison de cela ? Comment cela se fait-il ?

Demander des précisions

Que voulez-vous dire par [xxx] ? Qu'entendez-vous par [xxx] ?

Faire écho / interpréter / refléter

Et donc, vous dites/pensez que [xxx] ? Répétition d'une partie de la phrase avec un point d'interrogation. On dirait que vous dites [xxx], est-ce correct / ai-je bien compris ?

Rappel des expériences passées

Pouvez-vous me donner / penser à un exemple de [xxx] ? Pouvez-vous me montrer comment vous aviez fait ?

La fin mais peut-être pas de l'entretien

Y a-t-il quelque chose que vous aimeriez ajouter ? Avez-vous des questions à me poser sur le projet ? Voulez-vous parler d'un sujet précis avant que nous ne terminions ?

ANNEXE 7 : Fiche explicative avant entretien

Étude qualitative sur la vaccination anti papillomavirus virus chez le garçon de 11 à 14 ans.

Note explicative adressée aux parents de jeune garçon en âge d'être vaccinés inclus dans cette étude.

Invitation : Nous vous proposons de participer à une étude sur les freins et leviers de la vaccination anti HPV

Quel est l'objectif de l'étude ?
L'objectif de l'étude est d'étudier votre vision de la vaccination anti papilloma virus chez les jeunes garçons de 11 à 14 ans.

Pourquoi me propose-t-on de participer à cette étude ?
Vous avez été choisi car vous êtes le parent d'un jeune garçon de 11 à 14 ans.

Suis-je obligé(e) de participer à cette étude ?
La participation se fait sur la base du volontariat. C'est à vous de décider si vous voulez refuser de participer ou d'interrompre l'étude à tout moment.

Que devrais-je faire si je participe ?
Si vous participez, on vous donnera un rendez-vous qui se déroulera dans le cabinet de Mende ou de St Etienne de Valdonnez (à votre convenance bien sûr). Cela consistera en une interview avec vous de 30min.

Ma participation restera-t-elle confidentielle ?
Les données recueillies seront et resteront strictement confidentielles. Pour ce faire, ces conversations seront enregistrées puis retranscrite et rendu anonymes.
Les enregistrements ne seront entendus que par le médecin qui réalise l'étude, AUFFRET Nicolas, et seront détruits après retranscription.
Conformément aux dispositions de la loi "informatique et liberté", vous pourrez à tout moment exercer votre droit d'accès et de rectification de ces données auprès du médecin ou du Dr MINET.

Gestion des données :

Les données recueillis feront l'objet d'une analyse par le médecin pour ensuite les utiliser pour un travail de thèse. Votre identité ne sera jamais révélée.

Il y a possibilité, si vous le souhaitez, d'être informé des résultats une fois l'étude terminée.

AUFFRET Nicolas et Dr MINET

J'ai lu et compris les explications ci-dessus et je suis d'accord pour participer à cette étude

Le à

Signature

ANNEXE 8 : VERBATIMS

PARENT 1 :

1. Que pensez-vous de la vaccination en générale ?

Je pense que c'est une très bonne chose et que cela a permis d'éradiquer tellement de fléau et pour avoir vécu en Afrique et avoir vu des gens qui ont été atteint par la poliomyélite. Je suis donc très favorable à la vaccination

Est- ce que tes enfants sont vaccinés ? Oui ils le sont tous.

J'ai eu une période de ma vie où j'ai un peu remis en doute quand ils étaient petit car cela faisait beaucoup de vaccination dans le schéma vaccinal. Donc je me suis un petit peu posé des questions mais voilà, la seule vaccination que je n'ai pas faite, c'était celle pour la gastro-entérite car elle n'était pas obligatoire et on ne me l'avait pas proposé. Je ne l'ai pas fait car cela faisait trop d'un coup, ce n'était pas nécessaire. Mais sinon, ils sont vaccinés. Et je trouvais que c'était suffisant ce qu'on leur injectait.

Est-ce qu'il y d'autres vaccins que tu as refusés ? Non il ne me semble pas, les vaccins obligatoires, je les ai tous fait. Aussi parce que je suis issu d'une famille dans la santé, on est sensibilisé à ça, mon père était vétérinaire, ma mère était infirmière. On a vécu en Afrique, donc on a eu beaucoup de vaccination. Pour moi ce n'est pas un tabou.

Qui décide de la vaccination dans la famille ? On décide tous les 2. Je me suis documenté un peu comme tout le monde. Est-ce que c'est vraiment nécessaire ? Est-ce que c'est une bonne idée d'infliger cela ? Parce que la réaction le jour J et le lendemain, ils ne sont pas très bien. Des fois, cela me fait un peu de la peine. Parfois j'ai eu des inquiétudes car cela les a vraiment mis K.O pendant 2-3 jours, ils n'étaient pas bien. Donc c'est sûr qu'en tant que parents, on se sent un peu coupable sur le coup mais on sait que c'est pour un bien. Je ne regrette pas, c'est tellement important.

2. Qu'est-ce que vous évoque le papilloma virus ? Je le trouve très joli ce terme pour un bien grand mal. Cela m'évoque le cancer du col de l'utérus. Après c'est la 1ère association que j'ai fait. J'avais découvert ce terme au détour d'un stage que j'ai fait au centre international de recherche sur le cancer, d'une équipe qui bossait là-dessus, dans les 1ers essais clinique en Inde avec un médecin en chef qui était indien. Donc c'est là que j'ai découvert un peu toute cette terminologie. C'est vrai que j'étais assez naïve.

J'ai fait ce stage il y a 12 ans, donc et depuis je n'ai pas suivi l'évolution en Inde, mais en tout cas cela avait fait progresser les choses sur le terrain parce que c'était compliqué quand même.

3. Pouvez-vous vous souvenir d'une situation à laquelle vous aurez échangé ou été informé sur le vaccin contre le papilloma virus (GARDASIL ou cervarix) ?

Quand le vaccin est paru, je me souviens m'être posée la question. J'ai des souvenirs un peu confus. C'était des amis un peu plus âgés qui avaient des enfants un peu dans ces eaux-là. Et c'est vrai qu'à l'époque, il me semble qu'il n'était pas obligatoire, ou recommandé. La question que l'on se posait c'est que l'on n'avait pas assez de recul à l'époque. Et pourtant, on sait que c'est un vaccin qui a passé tous les essais cliniques. J'ai le souvenir de savoir si on avait assez de recul, est ce qu'il n'y a pas une prise de risque trop importante sur cette nouvelle vaccination ? Mais cela ne me concernait pas directement, ni mes enfants.

Est-ce que le médecins traitant ou pédiatre vous a-t-il donné des informations sur ce vaccin ?

On n'en a pas encore discuté car mon ainé va avoir 11 ans dans quelques jours.

4. Que pensez-vous de la vaccination anti HPV chez les garçons ?

En fait, je l'ai plus ou moins découvert. Je me suis informé dessus finalement au décours de la mission santé publique sur la vaccination. Donc cela date d'il y a très peu pour moi, quand je suis arrivé à la MSP, début 2020 car justement on attendait les nouvelles recommandations et c'est là que j'ai commencé à m'y intéresser. Donc finalement cela fait un an.

En effet, je trouve que c'est cohérent parce que finalement, cela concerne la santé sexuelle. Si cela concerne les adolescentes, c'est logique que cela concerne les jeunes garçons.

Avez-vous des exemples ? Peut-être que c'est moi qui aie des idées erronées mais je pense peut être à l'orientation sexuelle future du garçon. On ne sait pas car même mon enfant ne sait pas qu'elle sera son orientation sexuelle. J'ai cru comprendre que cela protégeait les garçons qui plus tard auraient des relations homosexuelles en fait.

5. Quels sont les arguments qui vous ont aidé ou vous aiderons à prendre la décision de vacciner ou non votre fils ?

Car c'est important de commencer le schéma vaccinal tout, de façon précoce, cela protègera plus tôt et pour moi maintenant on a du recul sur ce vaccin car cela fait quelques années qu'on le pratique sur les jeunes filles. Pour moi je pense que le bénéfice est peut-être plus important que la prise de risque.

Après c'est plutôt dans le cadre de mon travail et parce que je m'y suis intéressé, mais c'est vrai que sinon je n'ai pas eu de la part du corps médical d'informations concernant le vaccin mais probablement car mes enfants n'étaient pas encore concernés à ce moment-là, d'où le fait que je n'ai pas encore reçu cette information.

Est-ce que c'est parce qu'aussi les médecins n'en parlent pas trop ? Oui c'est car je n'ai pas encore ces informations.

Est-ce que tu vaccinerais ton enfant par rapport au fait que tu sois dans une MSP, ou que des amis qui ont déjà fait vacciner leur enfant ? Pour je vais probablement être plus influencé parce que je côtoie des membres, des professionnels de santé parce qu'au quotidien, dans mes relations, amicales ou autres, on n'en a pas forcément discuté. Je n'ai pas l'impression que dans la population générale, que cela soit un sujet très

répandu. L'argument peut être bien sur le lieu de travail qui influence beaucoup la décision.
6. Si une personne vous demandait conseil pour la vaccination de son fils contre le papilloma virus, qu'est-ce que vous lui diriez ?
D'abord, je lui conseillerai d'en parler avec un personnel de santé qui sera peut être beaucoup plus informé que moi, le médecin traitant ou pédiatre.
Et puis après peut être que moi, je peux faire le relais d'informations que j'ai, de référence, de sites officiels que je peux citer car il faut quand même se méfier de toutes les autres sources.

PARENT 2 :
1. Que pensez-vous de la vaccination en générale ?
Si cela existe, c'est qu'il y a une raison, je ne se suis pas contre. Tout ce qu'il a fallu faire pour les enfants, même moi je me fais vacciner.
Êtes-vous à jour dans vos vaccinations ? oui
Dans votre famille, qui décide de la vaccination ?
Pour les enfants et pour moi, cela a toujours été le médecin qui décidait. S'il faut en faire un, j'en fais un.
Y-a-t-il des vaccins que vous avez refusés ? non
Le mot qui me vient quand on parle de vaccination, c'est protection.
2. Qu'est-ce que vous évoque le papilloma virus ?
C'est le mal du siècle, un des maux du siècle.
De quoi peut-il être responsable ? Du cancer des ovaires.
Comment se transmet-il ? sexuellement
Comment peut-on se protéger ? je ne sais pas, les préservatifs peut-être.
Qu'est-ce que vous voulez dire par le mal du siècle ? Parce que c'est un truc qui me semble que c'est récent, qu'on ne connaissait pas.
Est-ce que vous en avez beaucoup entendu parlé récemment ? On en entend parler à la télé. J'ai une amie qui gynécologue, des copines qui ont des filles, en âge d'avoir une activité sexuelle, qui se sont faites vaccinées. Donc pour la protection, il y a le vaccin pour les filles. Après je ne sais pas si le préservatif est une protection.
3. Pouvez-vous vous souvenir d'une situation à laquelle vous aurez échangé ou été informé sur le vaccin contre le papilloma virus (GARDASIL ou cervarix) ?
Oui notamment mes copines, le gynécologue.
Comment vous en parle-t-il ? Quand on fait des contrôles réguliers. C'est un sujet qui revient.
Le médecin traitant vous en parle-t-il ? non pas encore.
Pouvez-vous me raconter une situation ? non pas vraiment.
Comment avez-vous été informé de l'HPV, les informations données sont-elles suffisantes ? oui je pense.
4. Que pensez-vous de la vaccination anti HPV chez les garçons ?
Là, je découvre, c'est vrai que ce n'est pas une mauvaise chose car eux, ils le transmettent sans être malade.
Est-ce que dans le fait que vous ne connaissiez pas qu'on pouvait se faire vacciner, est ce que cela peut-être inutile ? non cela peut-être utile.
Est-ce que c'est difficile de parler de sexualité, tabou ? non
On en a même parlé quand on a organisé l'entretien. Discussion à 4. On y met les mots, on les tourne. J'ai aussi une fille mais qui est jeune.
5. Quels sont les arguments qui vous ont aidé ou vous aiderons à prendre la décision de vacciner ou non votre fils ?
Le recul déjà.
Y-a-t-il d'autres arguments ? non
Est-ce que l'orientation sexuelle aiderait ? non
L'entourage n'aiderait pas, mais les médecins oui.
Avez-vous d'autres arguments ? Si cela peut nous protéger et protéger ses partenaires oui.
6. Si une personne vous demandait conseil pour la vaccination de son fils contre le papilloma virus, qu'est-ce que vous lui diriez ?
Oui pour protéger les filles, car on en vient au même truc, les garçons le transmettent alors que cela ne leur fait rien à eux. Alors qu'une fille, ça donne le cancer.
Avez-vous d'autres conseils à donner sur ce virus ? je n'en ai pas.

PARENT 3 et 3bis :
1. Que pensez-vous de la vaccination en générale ?
Je ne suis pas contre. Je trouve que c'est bien, j'ai toujours peur des risques secondaires, mais tous les vaccins obligatoires, même la méningite, on leur a fait aux enfant.
Comment vous voyez la différences entre les vaccins obligatoires et recommandés ? Le seul que l'on a fait aux enfants qui n'était pas obligatoire, c'est la méningite. Après on ne nous en a pas conseillé d'autres. On écoute beaucoup le médecin traitant, je fais confiance au médecin traitant. Donc on s'est lancé et je n'ai pas réfléchi.
Êtes-vous à jour dans vos vaccinations ? oui
Y-a-t-il des vaccins que vous avez refusés ? non
Dans votre famille, qui décide de la vaccination ? cela se fait à 2.
Donnez-moi un mot qui représente la vaccination. Protéger
N'oublie pas ta dernière réaction au vaccin de la grippe (père).
Racontez-moi. J'ai fait le vaccin de la grippe et quelques jours après, j'ai eu de grosses difficultés respiratoires. Le médecin généraliste a déterminé que j'étais allergique probablement à un des composants du vaccin, donc il m'a dit que je ne ferai plus le vaccin contre la grippe.
2. Qu'est-ce que vous évoque le papilloma virus ?
Je sais que c'est une maladie sexuellement transmissible. Après. il peut y avoir des problèmes de cancer mais je n'en sais pas plus sur le sujet.
père : moi j'ai découvert vendredi dernier. j'en avais entendu parler pour les filles. j'ai cherché des informations la dessus et j'étais très content de participer à ça, j'ai fait des recherches sur internet. Donc je sais que c'est une IST, les risque qu'il pouvait y avoir à long terme. La contagion pouvait avoir été obtenu très tôt et la maladie pouvait se manifester très tard.

Donc l'HPV, dans vos connaissance ça serait plus pour les filles ? Oui j'avais entendu pour les filles. Je ne savais même pas qu'il y avait pour les garçons .
De quoi peut-il être responsable ? De cancer
Avez d'autres choses en tête que l'HPV pourrait donner ? non
Comment peut-on se protéger ? le préservatif est le moyen le plus efficace.
3. Pouvez-vous vous souvenir d'une situation à laquelle vous aurez échangé ou été informé sur le vaccin contre le papilloma virus (GARDASIL ou cervarix) ?
Je n'en ai jamais entendu parler. Les seules fois où j'en ai entendu parler du vaccin, c'était pour les filles, c'était des articles internet dans la press.
Et vous monsieur, dans votre vécu ? et non pas du tout.
Personne dans votre entourage, qui aurait eu ou qui aurait été vacciné, qui aurait eu des lésions associées à ce virus ? jamais
Et puis comme c'est une MST IST, c'est un sujet un peu tabou aussi. Les gens ne vont pas dire "tiens j'ai eu ça", donc c'est peut-être ça qui explique aussi qu'on a moins d'informations.
Mon mari a eu un cancer des testicules et c'était déjà tabou, car c'est un cancer qu'on n'ose pas trop dire le nom et donc là c'est pareil, c'est une MST, c'est moins facile à dire que certains cancers, c'est dans la vie intime.
Quelles informations votre médecin traitant vous a-t-il données par rapport à ce vaccin ? Rien
4. Que pensez-vous de la vaccination anti HPV chez les garçons ?
Est-ce que si un enfant, dans sa future vie, n'est pas homosexuel, est ce que cela s'attrape quand même ?
Je vous pose surtout la question par rapport à votre ressenti par rapport à la vaccination, donc que pensez-vous maintenant que c'est recommandé ? C'est compliqué.
Comment vous abordez le sujet de la sexualité à la maison ? On n'a pas eu trop l'occasion d'aborder, on a parlé des préservatifs.
Est-ce tabou ? Il n'y a pas de non-dit entre nous, on leur fait confiance. Dès qu'il a une question à nous poser, il nous la pose, on ne lui dit pas "non, tu es trop jeune, on ne te répond pas".
5. Quels sont les arguments qui vous ont aidé ou vous aiderons à prendre la décision de vacciner ou non votre fils ?
Je ne prendrai pas la décision pour moi, c'est à lui de prendre sa décision. Pour moi c'est sa vie à lui, on peut lui exposer les arguments pour et contre. Après c'est à lui de faire la balance, il est assez intelligent à l'idée de se faire son propre choix. Effectivement, s'il nous demande des conseils, de l'orienter, de lui expliquer en détail ce que c'est. Ce n'est pas à nous de lui imposer à son âge car cela va le concerner pour sa vie à lui. Autant les vaccinations, quand ils sont plus petits, c'est aux parents de choisir.
Est-ce que si vous auriez eu une mauvaise expérience passée, est ce que cela changerait la donne ? Les vaccins ne sont pas les mêmes, cela dépend de l'expérience. Si l'expérience de quelqu'un du même âge, qui a eu un vaccin qui n'est pas bien passé, oui je ne mettrai pas de pour.
Comment par exemple votre métier pourrait influencer, est ce qu'il ou comment il pourrait influencer ? Pas plus car je suis en manque d'informations sur ce vaccin.
Comment l'entourage pourrait vous amener à donner des arguments ? si on connaissait des cas, mais ils ont tous à peu près les mêmes tranches d'âge que nous et des enfants du même âge qui n'ont pas connu ce problème de ce virus. C'est vrai pour se faire aiguiller par l'entourage, c'est compliqué. Et comme on n'a pas eu de mauvaise expériences, et même on peut avoir des mauvaises expériences sans le savoir, sans forcément qu'ils le disent. Si on n'a pas de retours en négatif et puis 2èmement, ce n'est pas à la famille où aux amis de lui dicter ses choix. A la limite, de lui expliquer, mais ce n'est pas à eux de prendre la décision.
6. Si une personne vous demandait conseil pour la vaccination de son fils contre le papilloma virus, qu'est-ce que vous lui diriez ?
Je suis conseillerai d'aller voir son médecin traitant pour peser le pour et le contre. On n'est pas médecin, on ne sait pas nous non plus. Ce n'est pas à nous d'aguiller les gens.

PARENT 4 :
1. Que pensez-vous de la vaccination en générale ?
Malgré que je sois infirmière, je m'en tiens principalement aux vaccinations obligatoires. Sinon je suis dans la réflexion mais j'attends qu'il y ait un peu de recul sur les vaccins qu'on peut avoir.
Qu'est-ce qui fait que vous vous en tenez plus aux vaccinations obligatoires par rapport aux vaccinations recommandées ? Par que je me dis que c'est si obligatoire, c'est que c'est forcément par rapport aux pathologies, pour éviter qu'elles se développent à nouveaux en France et protéger mes enfants bien sûr. Après c'est vrai que les vaccinations recommandées, je ne les ai pas fait faire à mes enfants.
Êtes-vous à jour dans vos vaccinations ? oui tout est à jour.
Y-a-t-il des vaccins que vous avez refusés ? y en a-t-il que vous avez plus refusé que d'autres parmi les recommandés ? Non je n'ai fait que les obligatoires.
Dans votre famille, qui décide de la vaccination ? Cela a été réfléchi en couple.
Donnez-moi un mot qui représente la vaccination. La prévention.
2. Qu'est-ce que vous évoque le papilloma virus ?
Je sais que c'est un virus que l'on contracte lors des relations sexuelles. Qu'effectivement, à l'époque, j'ai plus appris que c'étaient les filles et les homosexuels qui étaient préconisés pour ce vaccin. Effectivement, je sais que cela a changé récemment, mais je ne me suis pas du tout informé par rapport aux jeunes garçons.
Est-ce que vous savez de quoi peut-il être responsable ? Il peut entrainer les cancer du col, il peut y avoir aussi des lésions anales, orales, des verrues.
Comment se transmet-il ? Lors des relations intimes, mais aussi des caresses ou des contacts peuvent aussi transmettre la maladie.

Comment peut-on se protéger ? Ce qu'il est préconisé, c'est le préservatif en 1ère intention car c'est le plus simple je pense d'accès et bien sur la vaccination maintenant.

3. Pouvez-vous vous souvenir d'une situation à laquelle vous aurez échangé ou été informé sur le vaccin contre le papilloma virus (GARDASIL ou cervarix) ?

Je pense par les informations en 1ère intention et des livres des fois que je peux lire sur la médecine, infirmière.

Est-ce qu'il y avait plus d'informations sur une campagne de vaccination ? ils avaient fait des publicités, ils en avaient parlé, mais effectivement, je trouve qu'il y a eu beaucoup sur les jeunes filles, mais la par exemple pour les garçons, c'est vous qui me l'aviez appris par exemple. Je n'avais pas eu l'information, je n'ai rien lu. Après le covid prend le dessus sur tout ce qu'il y a en ce moment mais je pense déjà qu'il y a moins d'information sur les garçons.

Est-ce que votre médecin traitant a déjà commencé à vous en parler, vous a-t-il donné des informations ? Absolument pas, ni pédiatre, ni médecin traitant. J'ai 3 enfant de 13, 10 et 7 ans, donc j'en aurai 2 qui pourraient.

Est-ce que dans votre passé on vous avait parlé de ce vaccin ? Non, pour nous, on n'en parlait pas. Déjà de la maladie on n'en parlait pas. Je n'ai jamais eu d'informations de mes parents, c'est venu dans mes études, dans l'entourage, des jeunes filles.

Et dans votre entourage, comment en parle-t-on ? Dans l'entourage proche, personne n'a été touché par cela et je pense que c'est ce qui fait que les langues se délient souvent familialement, c'est lorsqu'on est touché qu'on commence à y réfléchir. Quand cela ne touche pas la famille, cela reste tabou.

Donc vous n'avez pas d'expériences passées concernant d'éventuels effets secondaires du vaccin ou du cancer du col ? non mais après j'ai des connaissances qui l'ont eu et des grossesses avec des accouchements qui ont été beaucoup plus surveillés.

4. Que pensez-vous de la vaccination anti HPV chez les garçons ?

Je ne sais pas quoi en penser, jusqu'à présent, ma ligne de conduite, c'est faire les vaccinations obligatoires et pour moi, après j'ai le coté prévention auprès de mes enfants avec qui je discute beaucoup (que ce soit avec préservatif et tout ça), même si je sais que cela ne protège pas à 100%, mais j'avais espoir qu'avec la prévention avec le fait de les orienter sur le fait d'avoir des relations sexuelles avec des personnes que l'on aime et de se protéger pourrait suffire en tout cas à les protéger.

Qu'est-ce que vous voulez dire par le fait que le vaccin ou le préservatif ne protège complètement ? oui le fait que cela puisse se transmettre aussi par le toucher, effectivement, on ne peut pas se protéger partout, donc du coup cela peut se transmettre, mais on n'est à l'abri de rien, c'est sûr.

Pour l'instant la question est de savoir si je ferai vacciner ou pas mes enfants, je ne sais pas.

Comment chez vous se passe l'abord de la question de l'éducation sexuelle, est-ce tabou ? Ce n'est pas tabou, mais cela met mal à l'aise mes enfants. Donc j'ai opté pour acheter un bouquin imagé que je leur ai donné et après je reste ouverte à toutes les questions qu'ils peuvent me poser, les choses qu'ils n'ont pas comprises.

Comment ce fait cet abord de la sexualité à la maison ? Avec votre mari ? seule ? Je pense que c'est plutôt moi, mais lorsque cela touche les parties plus intimes d'homme, c'est plus mon mari qui prend le relais.

5. Quels sont les arguments qui vous ont aidé ou vous aiderons à prendre la décision de vacciner ou non votre fils ?

Je ne sais pas. Déjà je pense qu'il faudrait qu'on ait un peu plus de recul. Donc du coup cela peut-être des témoignages, des choses comme ça qui peuvent m'interpeller, me faire réfléchir. Je pense que l'on manque d'information dessus. Et pourtant je suis dans le métier et même en étant dans le métier, je trouve que l'on manque d'information.

Me faire changer d'avis, mais en fait je n'ai pas d'avis franc. Donc du coup je pense que je peux vaciller autant d'un côté que de l'autre. Mais pour moi s'il y a du recul et que les informations sont bonnes et que l'on a des médecins qui nous informent vraiment dans ce qu'il en est, s'il y a des effets secondaires ou non.

Est-ce que votre profession pourrait aider ou faire l'inverse par rapport à la pathologie ? Je pense quand même qu'on a plus d'informations sur le corps, donc c'est plus concret pour nous car c'est un virus. On a les risques par rapport au cancer, donc je pense qu'on est plus sensibilisé mais on peut aussi avoir ce côté craintif des effets secondaires. Des fois le trop d'information peut amener aussi à des craintes que quelqu'un de novice n'aurait ^peut être pas car il ne va pas aller dans la réflexion profonde en tout cas de ce qu'il y a dans le vaccin. Cela peut être un avantage comme un inconvénient d'être dans le métier.

Est-ce que l'orientation sexuelle peut vous aider ou pas à vacciner ? Peut-être cela me ferait plus réfléchir car effectivement pour moi les rapports homme homme, tout ce qui est anal pourrait me faire réfléchir.

Et dans votre entourage ? Est-ce que dans votre famille il y a des personnes qui vous donneraient des conseils, est ce que cela vous aiderait ou pas ? Honnêtement je ne pense pas, j'ai mes idées qui des fois un peu arrêtées, aujourd'hui je ne me laisse pas embarquer. La seule chose qui pourrait me faire réfléchir c'est si un membre de ma famille est touché et du coup je vois vraiment la maladie de façon plus concrète, les émotions rentrent un peu jeu et peut être que cela me ferait un peu plus réfléchir en tout cas.

6. Si une personne vous demandait conseil pour la vaccination de son fils contre le papilloma virus, qu'est-ce que vous lui diriez ?

Je pense que je leur donnerai les informations sur la pathologie et après je laisserai libre choix, pour moi ce n'est pas obligatoire, cela reste un choix à chacun et cela appartient surtout à chacun, je pense que cela ne doit pas être jugé.

Est-ce que vous pensez que l'enfant, d'en parler à son enfant avant, pour lui demander son avis pour se faire vacciner pourrait être un frein ? Imaginons que vous avez des information pour le faire vacciner, mais

s'il ne veut pas le faire, est ce que vous pouvez l'obliger par exemple ? Alors je ne pense pas que je l'obligerai. Après j'ai des enfants qui craignent beaucoup les soins, sont assez réfractaires à tout ça. Je pense que s'il a compris la maladie, les risques, la prévention et que j'ai l'impression que pour lui c'est clair et qu'il me dit non, je pourrai entendre sa décision et puis je donnerai mes arguments. Mais je pense que c'est une décision collégiale. Je pense que c'est la base de la prévention. Malheureusement, ce qu'il manque dans les familles, c'est la discussion, l'échange et je pense que c'est déjà la base pour toutes les MST.

PARENT 5 :

1. Que pensez-vous de la vaccination en générale ?
Je pense que cela protège des maladies, donc c'est plutôt un progrès.

Qu'est-ce qui fait que vous allez plutôt aller dans les vaccinations recommandées plutôt que les obligatoires ? cela peut être si on va dans des pays à l'étranger. On va aller sur des vaccinations pas forcément obligatoire mais pour se protéger contre le VHA par exemple, mais sinon des choses qui ne sont peut-être pas obligatoires mais qui protègent quand même, comme l'HPV, la grippe.

Êtes-vous à jour dans les vaccinations de vos enfants ? Les obligatoires, on les fait, le VHB on ne l'a pas fait, l'HPV, on l'a fait pour ma fille et après on me l'a conseillé de le faire pour les garçons, je suis en train de le faire. Ce qui n'est pas obligatoire, on le fait quand on part à l'étranger par exemple.

Y-a-t-il des vaccins que vous avez refusés ? non

Dans votre famille, qui décide de la vaccination ? c'est moi.

Donnez-moi un mot qui représente la vaccination. Piqure

2. Qu'est-ce que vous évoque le papilloma virus ? Le cancer de l'utérus

Pensez-vous que cela puisse être autre chose ? c'est dans les MST. C'est un virus à priori.

De quoi peut-il être responsable à part le cancer du col de l'utérus ? non, peut-être chez les garçons, cela fait d'autres cancers.

A part le cancer du col de l'utérus, cela peut-il donner d'autres lésions ? je ne sais pas.

Comment se transmet-il ? sexuellement

Comment peut-on se protéger ? cela doit être un peu le sida, avec le préservatif, le vaccin, l'équivalent des préservatifs mais féminin.

3. Pouvez-vous vous souvenir d'une situation à laquelle vous aurez échangé ou été informé sur le vaccin contre le papilloma virus (GARDASIL ou cervarix) ?
Je pense que j'en ai parlé avec ma mère au téléphone. Elle me dit qu'il faut se faire vacciner car elle est à fond dans les vaccins. Sinon je pense qu'il y a eu des pub notamment chez le médecin.

Êtes-vous au courant s'il y a eu des campagnes de vaccination qui ont été proposées par rapport à ce vaccin ? Plutôt en rapport avec les pubs que j'ai vu dans les cabinets médicaux.

Quelles informations votre médecin vous a-t-il donné déjà ? Je sais qu'au début c'était plutôt accès aux femmes, aux jeunes filles, il y avait même des pub télé. Là récemment c'est un peu sur les garçons.
Elle m'a dit il y a un que cela se faisait pour les garçons, pour éviter que cela se transmette. Elle ne m'a pas dit que c'était spécialement pour que les garçons aient quelque chose mais qu'ils transportaient le virus de fille en fille, donc c'était dans le but de protéger les filles, c'est une vision collective.

Est-ce que vous pensez vous que la source d'information autour de vous est suffisante ? Je ne regarde pas trop les informations à la télé ou à la radio, je ne peux pas trop juger. Après je pense que si on cherche l'information sur internet, on la trouve. Pour cela il faut avoir envie de la chercher. Je n'ai pas eu à la chercher spécialement, je me suis dit que collectivement, valait mieux que tout le monde soit vacciné mais je n'ai pas cherché trop d'information c'est vrai.

Est-ce que dans votre entourage, il y a eu des moments ou des soucis causés par cet HPV ? non

4. Que pensez-vous de la vaccination anti HPV chez les garçons ?
Je pense que c 'est une vision collective, enfin c'est ce que je pensais au début, que le garçon véhicule comme les MST donc on couvre un pourcentage de population plus grande en vaccinant même les garçons.

Pensez-vous que le fait de ne pas avoir assez de recul, de ne pas avoir assez de connaissances du vaccin, c'est inutile ? Il me semble que j'avais posé la question car au début je n'arrivais à comprendre le lien entre une virus et un cancer car pour moi, un cancer c'est une multiplication de cellules anarchiques et je ne vois pas comment un virus peut jouer là-dessus. Donc au début déjà, je ne comprenais pas trop le principe et je n'ai pas creusé plus. Et le médecin quand je lui ai demandé, m'a dit que c'était utile. Après je ne sais pas le recul. Et comme ce n'est pas trop récent, je pense donc on devrait commencer à avoir du recul quand même.

Comment se passe l'abord de la sexualité à la maison ? Très petit, je leur ai expliqué et donc du coup ce n'est pas trop tabou mais pour eux c'est un peu tôt. Le fait qu'il soit encore jeune c'est difficile d'en discuter aussi. Je ne sais plus si je leur ai expliqué à quoi servait cette vaccination. Je leur ai juste dit qu'on allait se faire vacciner. Par contre ma fille sait que c'est pour le cancer du col mais les garçons, je ne crois pas.

5. Quels sont les arguments qui vous ont aidé ou vous aiderons à prendre la décision de vacciner ou non votre fils ?
Voir déjà si c'est efficace car si on vous dit qu'on se fait vacciner mais que cela ne sert à rien, trop d'effets secondaires, je ne le ferai pas. Si je vois qu'il n'y a pas d'effets secondaires et que cela couvre en partie les risques, je le ferai.

Est-ce que votre mode de vie pourrait influencer le fait de vacciner ou pas ? par exemple les voyages. Si va plus être au contact de gens qui peuvent être malades. Ceux qui travaillent avec beaucoup de contact humain, ça passe par l'air, on a tendance à être plus vacciné qu'en travaillant dans l'individuel.

Est-ce que les arguments par rapport à votre profession pourraient influencer, aider ou pas ? D'un autre coté si on cherche trop à tout savoir, ça peut faire peur car je trouve qu'on lit beaucoup de chose. Donc quelque part de trop en savoir, ça fait peur, alors que si on fait juste confiance au médecin, c'est plutôt rassurant. Je pense que trop de connaissance scientifiques, ou trop vouloir chercher à tout comprendre notamment sur internet où cela peut être alarmiste, pas forcément engageant et ça à plus tendance à faire peur. Moi en tout cas, au niveau vaccin, je fais plutôt confiance au médecin. S'il y a trop la press des fois qui s'en mêle, ça fait peur.

Est-ce que l'orientation sexuelle pourrait être un argument ? non

Est-ce que l'influence de l'entourage pourrait vous aider à vacciner ? cela dépend de l'entourage, ma mère est plutôt pour, ma belle-mère est plutôt craintive. Cela dépend des opinions. Je pense qu'il ne faut pas trop se laisser influencer. Il faut prendre ses décisions soi-même.

Discuter de l'implication du garçon, comme c'est sa vie, est ce que ça pourrait être un argument, du fait qu'il sera acteur de sa vie ? A cet âge-là, je ne pense pas. Pour moi, ils sont trop influençables à cet âge-là, on peut les orienter comme on veut, donc si on veut leur dire "oui faut se faire vacciner" donc on le fera, si on donne tous les arguments et on peut le faire. Pour l'instant ils ne sont pas assez murs pour être autonome au niveau des décisions.

6. Si une personne vous demandait conseil pour la vaccination de son fils contre le papilloma virus, qu'est-ce que vous lui diriez ?

J'expliquerai ce moi j'ai compris, que c'est un vaccin contre le cancer du col de l'utérus, une MST et que moi je l'ai fait et que cela protège plus d'un point de vue collectif. Après s'il veut plus d'information, je lui conseillerai d'aller voir son médecin. Je ne pense pas que j'irai influencé quelqu'un là-dessus.

Donc juste lui donner des informations que vous avez eu. Ce que je pense être juste. Je ne vais pas influencer plus d'une côté que d'un autre les gens.

PARENT 6 :

1. Que pensez-vous de la vaccination en générale ?

Je ne suis pas contre du tout, je pense qu'il faut la faire, car cela permet quand même d'éviter toutes les complications. Je pense qu'il faut toutes les faire, les vaccinations obligatoires et celles-là en plus.

Comment voyez la différence qu'il y a entre les vaccination obligatoires et recommandées ? Moi honnêtement, j'aurai tendance à leur faire tout faire. Après je n'ai pas vraiment d'avis contre les vaccinations

Vos enfant sont-ils à jour dans les vaccinations ? plus ou moins.

Est-ce qu'il y a des vaccins que vous avez refusé ? non

Dans votre famille qui décide de la vaccination ? c'est moi car on est séparé avec leur père.

Donnez-moi un mot qui représenterait la vaccination. Prévention

2. Qu'est-ce que vous évoque le papilloma virus ?

Déjà, je ne savais pas qu'un garçon pouvait l'attraper, je pensais que c'était uniquement chez la femme.

Ce que cela m'évoque c'est que c'est une maladie de l'utérus.

Savez-vous de quoi ce virus peut-il être responsable ? Pas vraiment.

D'accord, vous me parliez de l'utérus. Oui je pensais que c'était que chez la femme donc.

Voyez-vous d'autre choses ? Ca doit pouvoir transmettre autre chose ailleurs mais je ne suis pas du tout au courant.

Comment se transmet-il ? par voie sexuelle, mais autrement je ne sais pas.

Est-ce que vous savez comment se protéger de ce virus ? si c'est uniquement par les voies sexuelles oui après si on peut l'attraper autrement non.

Et par voie sexuelle, à quoi pensez-vous ? aux préservatifs.

Depuis combien de temps savez-vous que les garçon peuvent l'attraper ? La semaine dernière lorsque je suis parti voir le médecin traitant et donc il m'en a parlé. Justement je lui ai dit qu'il faudrait faire le point sur les vaccins des garçons. Quand on a vu qu'il y avait ce vaccin à faire en plus du rappel du DTP, et donc elle m'a proposé que justement on faisait ca maintenant chez les garçons.

3. Pouvez-vous vous souvenir d'une situation à laquelle vous aurez échangé ou été informé sur le vaccin contre le papilloma virus (GARDASIL ou cervarix) ?

Pas du tout car même chez les filles, je n'en ai pas entendu parler.

Avez-vous entendu des campagnes de vaccination. Oui, ce genre de chose mais pas pour les garçons.

Quelles informations votre médecin traitant vous as -t-il donné ? Elle m'a dit que c'était un vaccin qui marchait très bien, après je n'ai pas eu beaucoup plus d'info et je n'ai pas demandé plus.

Est-ce que pour vous, au niveau de la société dans laquelle on vit, les sources d'informations sont-elles suffisantes pour justement essayer de palier à ce virus ? Personnellement je ne pense pas.

Est-ce que dans votre passée, vous avez eu des informations ou pas ? non que le médecin traitant.

4. Que pensez-vous de la vaccination anti HPV chez les garçons ?

Je trouve cela très bien.

A la maison comment se passe l'abord du sujet de l'éducation sexuelle ? on en parle, ce n'est pas tabou. Mon fils a 12 ans donc cela commence à le travailler et on en parle régulièrement. Il a sa copine depuis le mois de septembre, il en toujours eu, on parle des copines, on parle de tout ça. Après ce n'est pas tabou.

Avez-vous une idée de pourquoi le vaccin est disponible chez les garçons ? non

5. Quels sont les arguments qui vous ont aidé ou vous aiderons à prendre la décision de vacciner ou non votre fils ?

Le seul argument que le médecin traitant a dit c'est qu'il était efficace, que cela marchait très bien donc c'est suffisant, c'est un argument suffisant.

Est-ce que l'influence de l'entourage peut-il aider ? j'ai pris la décision seule.
Le fait de discuter de l'implication de l'enfant, est-ce pertinent par rapport au vaccin ? je n'ai pas demandé. Je lui ai dit qu'on allait le vacciner pour ça, après je ne lui ai pas demandé s'il était pour.
Est-ce que l'orientation sexuelle pourrait être un frein ou un levier par rapport à cette vaccination ? non pas du tout.
Comment votre profession peut-elle aider à peser le pour et le contre ? non je ne pense pas.
6. Si une personne vous demandait conseil pour la vaccination de son fils contre le papilloma virus, qu'est-ce que vous lui diriez ?
Je lui conseillerai de le faire, car il n'y a pas trop d'effets secondaires, il n'y a pas de contre-indication et du moins que le vaccin fonctionne. Cela ne coute rien de le faire. On a la possibilité au contraire, autant en profiter.
Conseillerez-vous autre chose pour se renseigner ? d'aller le voir le médecin pour en parler. Je ne suis pas tellement informé pour porter les informations nécessaires, donc oui pour aller voir son médecin pour en discuter.

PARENT 7 :
1. Que pensez-vous de la vaccination en générale ?
C'est une bonne chose pour justement éviter d'attraper la maladie et tous ceux qui sont fragiles etc., de manière à pouvoir être en bonne santé.
Avez-vous eu des mauvaises expériences sur la vaccination, des effets indésirables ? non
Vos enfants sont-ils à jour pour les vaccinations ? ils sont tous les 3 à jour.
Entre les vaccinations recommandés et les vaccinations obligatoires ? Je les ai tous faite. Mon grand n'a pas fait l'HPV car avant ce n'était que les filles mais s'il avait pu le faire, il l'aurait fait.
Dans votre famille, qui décide de la vaccination ? avec mon mari, on est tous les 2 d'accord, après quand les enfants sont en âge, c'est eux qui choisissent ou non de se faire vacciner si c'est recommandé. On n'impose pas le vaccin, on leur explique pourquoi, les effets secondaires et après c'est à eux de prendre la décision, c'est pour leur corps donc c'est pour eux. C'est tout aussi s'ils peuvent choisir en en prenant conscience.
Est-ce que vous pouvez me donner un mot qui représente la vaccination ? Santé, protection
2. Qu'est-ce que vous évoque le papilloma virus ?
En 1er lieu, cancer de l'utérus chez la femme et après c'est une maladie qui est très transmissible de l'homme à la femme et après il me semble aussi vis à vis des MST, où il y a une protection, il me semble sur certaines.
Pour vous, comment peut-on se protéger de l'HPV ? la vaccination, suivi quand même régulier, comme pour les femmes par exemple de manière à pouvoir déceler au plus vite là où il y a un cancer ou après par rapport aux autre maladies, donc c'est surtout un suivi régulier. Il y a aussi le préservatif.
Mis à part le cancer du col de l'utérus, savez-vous de quoi peut-il être responsable de plus ? non
Saviez-vous que ce virus pouvait être attrapé par les garçons ? je l'ai su il y a 6 mois, un an. Je l'ai su avec des amis. Elle me parlait de son fils qui allait se faire vacciner par rapport à l'HPV et savoir si je faisais vacciner le mien. Et je lui ai dit mais ce n'est pas pour les filles ? Et en discutant, c'est là où j'ai su que pour les garçons.
3. Pouvez-vous vous souvenir d'une situation à laquelle vous aurez échangé ou été informé sur le vaccin contre le papilloma virus (GARDASIL ou cervarix) ?
Le vaccin par rapport à ma fille, ça je savais, car de toute façon pour la vaccination, il y a eu pas mal de campagne vis à vis des filles. Par rapport à mon médecin traitant aussi quand ma fille a été en âge. En parlant avec d'autres collègues de travail et amis. Pour le coup, pour les garçons, cela a été un coup de chance.
Quelles informations votre médecin traitant vous a-t-il donné ? pour le garçon, aucune information, cela n'a jamais été évoqué. Mais par contre pour les filles si. J'étais avec ma fille pour le coup et donc du coup, elle nous a expliqué un peu pourquoi, a quoi cela consistait, les effets secondaires, la marche à suivre, une injection, puis une 2ème injection, de tel âge à tel âge, tout le cheminement de la vaccination, pourquoi cela servait.
Est-ce que vous pensez que les sources d'information concernant le vaccin, est-ce un frein ? est-ce suffisant ? Je trouve cela insuffisant, heureusement que j'ai parlé avec mon médecin. Mais ce n'est pas tout le monde qui a la possibilité de parler de tous ces sujets qui sont des fois un peu tabou. On voit que certaines maladies sont tabous, les MST aussi et du coup j'ai eu de la chance d'en discuter. Mais c'est dommage qu'il n'y ait pas de panneaux publicitaires, des prospectus à l'école, des petites choses comme cela qui permettraient davantage de donner l'information.
Est-ce que dans votre passé, il y a eu des évènements qui se sont passés par rapport à cet HPV ? Justement, j'ai une amie qui a eu le cancer du col de l'utérus mais la vaccination n'existait pas à ce moment-là.
Dans votre entourage, peut-on en parler librement ? oui
Avez-vous déjà échangé avec eux ? oui, par exemple, ma sœur a un garçon qui a 11 ans et justement le fait d'avoir participer à cette thèse, je me suis dit "tiens et ton garçon, est ce que tu sais qu'on peut les faire vacciner", et elle me disait que non.
Et en parlant avec mes parents, on parlait de la vaccination du covid mais qu'on ne parlait pas forcément des autres vaccinations recommandées, et que c'était dommage d'en faire tout un tapage alors qu'il y a d'autres vaccinations qui étaient importantes et ce serait bien aussi de pouvoir en parler tout autant.
4. Que pensez-vous de la vaccination anti HPV chez les garçons ? C'est une bonne chose.
A la maison, comment se passe l'abord du sujet de l'éducation sexuelle ? A la maison, on a très peu de sujets tabous, c'est comme le fait de comment on fait les bébés etc., il y a tout un tas de chose qui viennent spontanément comme on parlerait des fleurs, des maladie, enfin cela vient naturellement le sujet sur la table. Des fois c'est en plaisantant. Mon fils est rentré au collège, donc voilà, bientôt tu vas passer dans la cours des grands, avoir une petite amie, il va falloir faire plus

attention. Donc c'est naturel. D'ailleurs on a étonné beaucoup de personnes car quand on parle avec les grands, souvent ils disent "mes copains ils hallucinent de voir que cela vient quand ils viennent, comme si vous parliez de la pluie et du beau temps".

Est-ce que vous pensez que le fait d'avoir la non connaissance du fait de vacciner les garçons, est ce que c'est inutile par rapport aux filles ? Déjà on ne parle pas assez aux garçons, qu'est-ce que c'est que l'HPV, qu'est-ce que cela signifie par rapport à un garçon ? On pense surtout à l'HPV chez les filles, on pense qu'un garçon il n'y a pas d'utilité puisque cela ne sert à rien. Donc du coup déjà au moins de pouvoir en parler ne serait-ce qu'aux parents déjà et bien évidemment les garçons pour qu'ils soient plus informés et bien sur les prospectus pour que les jeunes puissent être interpellés par rapport à ça, à l'école car il y a tout un tas de sujet possibles abordables. Car par le biais des enfants, cela remonte aux parents.

5. Quels sont les arguments qui vous ont aidé ou vous aiderons à prendre la décision de vacciner ou non votre fils ?

Pour moi, la vaccination signifie protection que du coup on peut protéger, donc je ne comprends pas qu'on ne puisse pas utiliser les moyens que l'on a pour protéger et prendre des risques inutiles alors qu'une vaccination c'est un piqure et c'est fini.

Est-ce que votre profession pourrait aider, car vous êtes avec des enfants, dans la santé ? Alors nous on est surtout dans la protection de l'enfance, alors on est déjà sur les vaccinations obligatoires et non obligatoires de 0 à 6 ans (pouponnière) et déjà on a beaucoup de mal à faire les vaccinations obligatoires. Et déjà cela, c'est quelque chose qui devrait être amené régulièrement dans les suivis quand on peut car la plupart du temps c'est nous qui nous occupons d'amener les enfants chez le docteur et on va pouvoir ensuite en parler. S'ils sont trop jeunes pour avoir le vaccin donc en générale ce n'est pas parler. Mais ce qui serait bien, c'est que tous ces enfants qui sont en âge après, qu'on puisse en parler chez le docteur de manière à pouvoir le relater aux parents et de pouvoir travailler la dessus.

Est-ce que l'orientation sexuelle peut influencer le fait de vacciner ou pas ? non

Est-ce que l'entourage peut aider dans l'argumentation de vacciner ? oui je pense. Déjà si on est à même d'accord à se faire vacciner, si dans l'entourage, on est vacciné, que forcément, d'avoir montré l'exemple va rassurer nos propres enfants (si mes parents, cousine etc. l'a fait, c'est qu'il doit y avoir une importance et s'ils ne l'ont pas fait, cela va faire naitre des réticences). Le fait d'avoir une sœur qui s'est faite vaccinée aide aussi.

Est-ce que pour vous, c'est important de discuter de l'implication du garçon dans le choix de l'argumentation de faire vacciner ou pas ? oui car c'est un peu en ricochet, c'est protection mais par rapport à la personne qu'il y aura avec lui. Donc c'est important la protection, cela passe par tout le monde et pas de façon égoïste.

6. Si une personne vous demandait conseil pour la vaccination de son fils contre le papilloma virus, qu'est-ce que vous lui diriez ?

Déjà aussi de commencer à en parler avec son docteur et après je parlerai de son expérience et en disant que chacun a le choix mais que pour ma part, je trouvais que c'était important de pouvoir le faire comme le ROR (vaccination non obligatoire).

PARENT 8 :

1. Que pensez-vous de la vaccination en générale ?

Je suis plutôt pour.

Qu'est ce qui fait que vous êtes plutôt pour ? Ca à l'air d'avoir fait ses preuves. Si on peut se protéger un maximum et éviter certaines maladies. Il y en a bien d'autres que l'on ne peut pas éviter.

Quand on dit vaccination, vous pensez à quoi ? Je pense à piqure et j'ai horreur des piqures.

Pourquoi pensez-vous au mot piqure ? parce que c'est une mauvaise expérience. Alors je ne sais pas si c'est une mauvaise expérience mais c'est ma mère qui me vaccinait quand j'étais petite et je pense que l'aiguille n'a pas fait bon ménage. Si j'avais fait que par un médecin, je pense que cela se serait mieux passer. Comme c'est la maman qui pique, on a tendance à avoir peur plus facilement et à oser partir en courant.

D'accord, donc c'est votre mère qui vous vaccinait ? oui.

Est-ce que vous avez d'autres significations de la vaccination ? je vous disais protection des maladies contre lesquelles on veut éviter.

Dans votre famille, qui décide de la vaccination ? c'est une décision de couple pour les enfants et c'est chacun pour soi pour le couple. Mon mari a voulu se faire vacciner contre le covid, moi je préférai attendre même si je n'étais pas prioritaire, j'ai attendu. Pour les enfants, ce sont des discussions rapides car on est tous les 2 pour. Pour les vaccinations obligatoires, on ne se posent pas de questions et les non obligatoires, mon mari est pharmacien et en générale, cela se fait assez facilement et la discussion est rapide.

2. Qu'est-ce que vous évoque le papilloma virus ?

Infection notamment génitale chez les filles. Depuis peu, depuis qu'on a fait le vaccin à mon fils, donc cancer de l'utérus car je n'avais pas fait lien. Et maintenant chez le garçon vous m'avez plus renseigné, donc éviter les cancers de l'anus, peut-être la prostate, mais je ne suis plus sur et j'ai rapidement des parties intimes mis à part les seins, bouches, les parties génitales.

Est-ce que vous savez comment il se transmet ? Pareil, par la bouche et les rapport sexuelles.

Comment peut-on se protéger ? Mis à part les vaccins, on peut utiliser les préservatifs lors des rapports sexuels.

Est-ce que vous savez si l'HPV peut donner d'autres lésions ? Je pense à des sortes de petits boutons au niveau des parties génitales, des pustules.

3. Pouvez-vous vous souvenir d'une situation à laquelle vous aurez échangé ou été informé sur le vaccin contre le papilloma virus (GARDASIL ou cervarix) ?

Non, j'ai su que l'HPV existait à mon premier frottis, que j'ai fait parce qu'on m'a dit de faire et après non, mis à

part la vaccination que vous m'avez proposé pour mon fils, je n'en savais pas plus.
Au niveau du frottis, qui vous avait expliqué, qu'est-ce que vous avait dit sur ce vaccin, sur l'HPV ? C'est le gynéco qui m'a dit qu'il fallait en faire un, un contrôle ordinaire. Il m'a juste dit que ce n'était pas pour l'HPV mais que c'était pour vérifier des débuts de cancer. Donc le mot HPV, je ne me souviens pas qu'il avait été dit et après le frottis, c'est moi qui me suis renseigné sur quels types de cancer l'HPV pouvait donner et c 'est là que j'ai vu HPV sortir.
Il n'y a jamais eu de discussion autour de ce mot ? non pas avec les professionnels.
Et au niveau de la famille ? pas dans mes souvenirs non plus.
Quelles informations votre médecin traitant vue a-t-il donné ? Non je ne m'en souviens plus, et après ma fille n'a pas encore l'âge d'y être.
Pensez-vous que les Sources d'informations sont assez suffisantes ? En générale dans les salles d'attente des médecins, on voit quand même pas mal de prospectus concernant beaucoup de maladie. L'HPV, je n'ai pas souvenir de l'avoir vu et pourtant je fais partie des personnes qui aiment bien lire les prospectus.
4. Que pensez-vous de la vaccination anti HPV chez les garçons ?
Si cela peut le protéger un minimum de certaines maladies, je suis plutôt pour. Après j'ai vu que ce n'était pas efficace à 100%, mais les 80% efficaces sont toujours bons à prendre.
Savez-vous pourquoi 80% ? non je ne sais pas.
Pensez-vous à autre chose par rapport à cette vaccination-là ? non
Comment se passe le sujet d'éducation sexuelle à la maison ? ce n'est pas tabou, mais ce n'est pas sujet qu'on aborde n'importe comment, régulièrement sans raison. Après mon fils a travaillé la sexualité au collège, cela ne l'a pas gêné de nous poser des questions. Notre fille ne nous en a pas encore parlé, on attend que cela vienne d'eux.
5. Quels sont les arguments qui vous ont aidé ou vous aiderons à prendre la décision de vacciner ou non votre fils ?
L'explication de à quoi ça sert, ce qu'on peut éviter avec.
Est-ce que le fait que votre mari soit dans la santé aurait pu être un argument ? Je dois avouer que cela aide. Là je ne savais pas trop, en effet je n'ai pas cherché plus loin. Si j'avais été seul, je pense que je me serai renseigné plus, voir un peu plus sur internet. Là c'est vrai qu'avant de venir, je ne me suis pas renseigné, j'ai écouté votre parole, il est d'accord.
L'orientation sexuelle peut-elle avoir un impact sur les arguments ? non, on est assez ouvert.
Prendriez-vous conseil auprès de votre famille par rapport à cette vaccination ? non, mais s'il y avait eu des maladies en rapport avec ce vaccin, peut être que je l'aurai fait, mais c'est vrai que là, on n'a jamais eu l'occasion de toucher au cancer.
Est-ce que de discuter avec votre enfant par rapport à ça, lui il aurait voulu ou pas cette vaccination ? On lui a posé la question, on lui a dit que ce n'est pas lui qui déciderait, que la décision nous revenait quand même, on lui a quand même demandé ce qu'il en pensait, s'il serait d'accord ou pas. Cela nous a facilité la vie, il nous a dit oui tout de suite. Mais peut être car il est dans un milieux où on fait confiance aux vaccins, au médical.
6. Si une personne vous demandait conseil pour la vaccination de son fils contre le papilloma virus, qu'est-ce que vous lui diriez ?
1) Je lui dirai que je l'ai faite pour mon fils, donc c'est quand même que j'y crois.
2) Et que s'il y a certaines maladies qu'on peut éviter et il y en a tellement d'autres qu'on ne peut pas éviter notamment dans les cancers et donc si celui-là on peut l'éviter, ça fait quelque chose de moins.
Après il y en a qui sont contre les vaccins, que ce soit celui-là ou un autre, je dis mon point de vue et je suis plutôt pour.
3) Leur expliquer un peu plus car généralement quand on est contre, c'est qu'on ne connait pas trop. Donc leur expliquer un peu plus les maladies que cela peut éviter et comment se transmet le virus.

PARENT 9 :
1. Que pensez-vous de la vaccination en générale ?
Jusqu'ici, je n'ai pas d'a priori et je suis plutôt pour et après c'est vrai qu'avec tout ce qu'on entend au niveau des médias, je réfléchis plus qu'avant on va dire. Avant le vaccin était fait sans aucune réflexion, maintenant je réfléchis un petit peu plus. Tout ça car je me fais influencer comme tout le monde dans les médias, par les réseaux sociaux.
Vous n'avez jamais eu de mauvaises expériences passées avec les vaccins ? pas du tout.
Du moment qu'on vous disait que c'était un vaccin à faire, vous le faisiez ? Oui et maintenant il y a beaucoup de débat autour des vaccins, donc je réfléchis un peu plus.
Dans votre famille, qui décide de la vaccination ? On décide conjointement.
Va-t-il une différence pour vous entre les vaccinations qui sont obligatoires et les vaccinations recommandées ? non, car pour nous les vaccinations recommandées, on les a toutes faites.
Donnez-moi un mot qui représente la vaccination. protection et altruisme.
Protection par rapport à quoi ? par rapport à des maladies.
2. Qu'est-ce que vous évoque le papilloma virus ?
Un virus, cancer. Alors moi je pensais surtout aux femmes avec le cancer du col de l'utérus. Jusqu'ici pour les garçons, je ne me suis jamais posé la question.
Est-ce que vous savez de quoi peut-il être responsable, ce virus ? Comme j'ai subi une conisation, je sais ce que c'est. Et c'est tout, je ne sais absolument rien.
Est ce qu'il y a des lésions qui peuvent être associées aux virus à part le cancer du col de l'utérus ? non pas du tout.
Comment se transmet-il ? sexuellement.
Comment peut-on se protéger ? on a les vaccins et les préservatifs.
Est-ce que vous saviez avant cet entretien que l'HPV pouvait être attrapé chez les garçons ? et non, je

savais que les garçons pouvaient le transmettre, mais. je ne pense pas que cela peut avoir des effets chez les garçons.

3. Pouvez-vous vous souvenir d'une situation à laquelle vous aurez échangé ou été informé sur le vaccin contre le papilloma virus (GARDASIL ou cervarix) ?

L'année dernière, une maman d'un ami de mon fils m'a parlé de ce vaccin car son fils venait de se faire vacciner et on n'en a pas parlé plus que ça, mais je me souviens lui avoir dit " ah tiens ça existe ?"

Et le docteur minet m'a appelé parce qu'il y avait une campagne de vaccination contre l'HPV et j'ai oublié de venir. Et quand elle m'a parlé de ce vaccin, oui on m'en a déjà parlé mais j'ai oublié en fait. C'est vrai que si on n'est pas relancé, j'ai complètement oublié ce vaccin.

Quelles informations votre médecin traitant vue a-t-il donné ? C'était à l'entretien téléphonique, elle m'avait juste dit que c'était pour protéger les garçons des effets de l'HPV, de cancer je crois au niveau des testicules.

Est-ce que vous pensez que les informations sont suffisantes ? non, car justement j'en ai parlé autour de moi (des collègues d'amis qui ont des enfants de mon âge) qui n'en ont jamais entendu parlé.

Est-ce que vous savez pourquoi on n'entend pas parler, qu'on n'est pas du tout sensibilisé ? c'est parce qu'on n'en parle pas au niveau des médias.

Dans votre passé, vous avez été confronté à l'HPV car vous avez eu une conisation, quelle expérience vous avez eu de cet évènement ? En fait c'est dans un contexte particulier où j'ai eu d'autres soucis de santé secondaires, donc j'ai traité et voilà.

Vous n'avez pas cherché à savoir pourquoi il était là, qu'est-ce que c'était ? non pas du tout.

4. Que pensez-vous de la vaccination anti HPV chez les garçons ?

Si cela peut éviter de transmettre, oui, après le soucis c'est que c'est difficile de dire ce que j'en pense vraiment car finalement les informations, à part protéger. Et je ne connais pas le taux de probabilité d'avoir le cancer chez les garçons. Je sais que chez les filles, on a un suivi qui permet de surveiller les lésions. Donc moi je ne peux pas vous dire ce que j'en pense car je n'ai aucune infirmations finalement. Après si on me dit de le faire, je le ferai. Car je fais confiance au médecin.

La sexualité est-elle un sujet tabou à la maison ? non pas du tout.

Comment se passe à la maison l'abord du sujet éducation sexuelle ? On en parle mais mon fils évite un peu le sujet car il n'est pas encore prêt. On est prêt à la discussion mais c'est vrai qu'il n'a pas trop envie et possiblement qu'on n'est pas les interlocuteurs qu'ils voudraient avoir.

5. Quels sont les arguments qui vous ont aidé ou vous aiderons à prendre la décision de vacciner ou non votre fils ?

1) Si on me dit que cela aura un effet pour éradiquer à terme l'HPV, comme pour les autres vaccins avec une campagne de vaccination, si à un moment on peut l'éradiquer.

2) Pour protéger mon fils et puis ses futurs compagnes.

Est-ce que votre mode de vie pourrait influer sur votre décision ou pas ? non je ne pense pas.

Est-ce que votre profession, le fait que vous soyez en contact avec des enfants ? non, je fais bien la différence entre ma profession et ma vie privée.

La dame qui m'en avait parlé l'année dernière travaillait à la sécurité sociale, elle était sans doute plus informée. Elle avait fait vacciner son fils.

Et elle l'avait fait car on lui avait dit de le faire ? je pense qu'il y avait du avoir une campagne de vaccination.

demanderiez-vous l'avis de votre fils avant de le faire vacciner ? oui mais à la fin ce sont les parents qui décideront.

6. Si une personne vous demandait conseil pour la vaccination de son fils contre le papilloma virus, qu'est-ce que vous lui diriez ?

Je lui conseillerai d'aller voir le médecin car on n'a pas beaucoup d'information, je pense que c'est mieux d'aller voir le médecin.

Le risque après c'est d'aller voir sur internet et les réseaux sociaux et de ne pas avoir la bonne information.

PARENT 10 :

1. Que pensez-vous de la vaccination en générale ?

Moi ça ne me pose pas de problème.

Par rapport à quoi qui ne vous pose pas de problème ? C'est dans l'évolution, c'est pour lutter contre les maladies, on n'a pas le choix.

Est-ce qu'il y a une différence entre les vaccinations obligatoires et recommandées ? Pourquoi il y a des vaccinations qui sont plus recommandées que d'autres ? je suppose que c'est en fonction des taux de mortalité, de transmission.

Y a-t-il des vaccins que vous avez refusés ? pour l'instant non.

Qui décide de la vaccination ? nous 2

Donnez-moi un mot qui représente la vaccination. protection pour se protéger contre les maladies, le fait de se faire vacciner.

2. Qu'est-ce que vous évoque le papilloma virus ?

On me l'avait dit avant que je vaccine mon fils, je ne le savais pas du tout, je ne connaissais pas du tout cette maladie.

Savez-vous ce que c'est ? mon épouse m'en a parlé. Apparemment, c'est une maladie sexuellement transmissible. Mais pourquoi à cet âge-là, je ne sais pas car ils n'ont pas encore de relation sexuelle.

De quoi peut-il être responsable ? aucune idée

Comment se transmet-il ? Soit par les rapports ou par la salive.

Comment peut-on se protéger ? l'hygiène et les préservatifs je suppose.

Cela fait combien de temps que vous savez que le virus peut-être attrapé par les garçons ? Je ne connaissais pas jusqu'à ce qu'un jour, le docteur minet me dise si je voulais faire vacciner mon fils. Je ne sais pas du tout, je connais pas du tout cette maladie.

3. Pouvez-vous vous souvenir d'une situation à laquelle vous aurez échangé ou été informé sur le vaccin contre le papilloma virus (GARDASIL ou cervarix) ?

C'est depuis que je suis venu vous voir.
Comment cette situation a-t-elle été vécu, perçu quand on vous a appelé ? J'ai appelé ma femme pour savoir et elle m'a dit "oui, il n'y a pas de soucis".
Qu'a-t-elle dit comme informations ? Avant les consignes c'était de faire vacciner les filles.
Elle ne vous a pas dit plus d'informations ? non
Dans votre passé, vos parents, famille, aux alentours, il n'y a pas eu d'expériences particulières sur ce vaccin, sur cet HPV ? non jamais entendu parler.
4. Que pensez-vous de la vaccination anti HPV chez les garçons ?
Si cela peut éviter d'attraper certaines maladies. Comme je ne me suis pas renseigné.
Comment se passe à la maison l'abord du sujet éducation sexuelle ? On ne l'a pas encore abordé et ce n'est pas tabou.
Est-ce que vous pensez que cette vaccination est utile chez les garçons ? Apparemment avant, les filles étaient atteintes.
Est-ce que vous savez de quoi étaient atteintes les filles ? non
5. Quels sont les arguments qui vous ont aidé ou vous aiderons à prendre la décision de vacciner ou non votre fils ?
1) Déjà mon médecin m'en a parlé, donc je fais confiance à mon médecin.
2) ma femme s'est faite vaccinée pour ça.
Vous a -t-elle dit quelque chose en rapport avec ce vaccin ? Non
est-ce que l'orientation sexuelle peut influer ? aucune idée, comme je ne connaissais pas.
l'influence de l'entourage peut elle aussi aider dans la décision ? non je ne pense pas.
Le fait de discuter de l'implication de votre enfant pour lui de décider s'il veut se faire vacciner ou non ? aucune idée
6. Si une personne vous demandait conseil pour la vaccination de son fils contre le papilloma virus, qu'est-ce que vous lui diriez ?
Mon médecin m'a conseillé de le faire et je suis les conseils de mon médecin.

PARENT 11 :
1. Que pensez-vous de la vaccination en générale ?
Par exemple Kenzo, il n'y avait pas beaucoup de vaccin, ma fille qui est né il y a un an, il y a beaucoup de vaccin. Donc j'ai eu la différence de vaccin. Je pense que je suis assez confiante sur les vaccins sur les bébés, je pense qu'il y a du recul. Après je ne suis pas vacciné contre le covid par exemple parce que j'ai peur même si je ne devrais peut être pas avoir peur, pas de l'effet immédiat mais de l'effet dans le temps. Et après je ne suis pas fermé aux autres vaccins.
Qu'est-ce qui fait que vous êtes plus fermé ? car je pense qu'il y a moins de recul.
Et donc la différence par rapport à votre fils qui lui n'a pas eu tous les vaccins ? Je trouve qu'il y a beaucoup de vaccins pour un bébé. Même si quand je regarde, la méningite c'est important, je suis quand même assez lucide qu'on est sur des choses importantes.
Par rapport aux vaccinations obligatoires et recommandées, vous êtes plutôt ? Mon fils a eu le vaccin contre le méningite, c'était recommandé à l'époque quand il l'avait fait. L'HPV garçon, je n'étais pas trop au courant en fait. Quand vous m'en avez parlé, j'ai cherché un peu sur internet quand même pour ne pas arriver en ne connaissant rien. Je savais pour les filles, quelque chose que je pense que je ferai pour ma fille, mais pour les garçons, je n'étais pas trop au courant.
Dans votre famille, qui décide de la vaccination ? c'est compliqué, on n'est pas d'accord du tout. On en parle tous les 2. Moi je suis quand même assez tolérante, lui c'est complètement différent, par exemple le vaccin anticovid c'est hors de question pour lui. Je suis plutôt pour les vaccins s'il y a eu du recul, comme pour la grippe, celui-ci je le ferai.
Donnez-moi un mot qui représente la vaccination. protection par rapport aux maladies.
2. Qu'est-ce que vous évoque le papilloma virus ?
parties génitales et cancer.
Cancer de quoi, vous savez ? non
Et parties génitales parce que ? qu'est-ce que vous savez sur ce virus-là ? pas grand-chose.
De quoi peut-il être responsable ? non
Comment se transmet-il ? par relation sexuelle.
Comment peut-on se protéger ? non
3. Pouvez-vous vous souvenir d'une situation à laquelle vous aurez échangé ou été informé sur le vaccin contre le papilloma virus (GARDASIL ou cervarix) ?
non, rien du tout, jamais.
Et pour l'HPV en lui-même, vous n'avez jamais discuté, ni avec le médecin traitant ? Non pas du tout.
Quelles informations votre médecin traitant vue a-t-il donné ? aucune
Est-ce que vous pensez que les informations sont-elles suffisantes ? non justement, même pas du tout.
Dans votre famille, entourage, personne ne s'est fait vacciné, n'a eu d'atteinte au niveau vaginal ? non
4. Que pensez-vous de la vaccination anti HPV chez les garçons ?
Je ne suis pas fermé car je ne connais rien de ce virus.
Comment se passe à la maison l'abord du sujet éducation sexuelle ? Comme il a 11 ans, on commence justement, on en parle un peu, mais ce n'est pas facile. Il en parle plus avec son papa qu'avec moi.
5. Quels sont les arguments qui vous ont aidé ou vous aiderons à prendre la décision de vacciner ou non votre fils ?
Les arguments, ce serait que ce soit vraiment sans risque, que cela protège vraiment.
Est-ce que votre profession peut influer sur votre décision ? oui
Est-ce que l'orientation sexuelle pourrait vous aider ? non pas forcément.
Est-ce que l'entourage, votre famille ? non
Le fait de discuter avec votre fils, le fait de savoir s'il veut ou pas se faire vacciner peut-il influer ? oui, j'aimerai bien qu'il donne son avis.
6. Si une personne vous demandait conseil pour la vaccination de son fils contre le papilloma virus, qu'est-ce que vous lui diriez ?

Je ne sais pas car je ne connais pas.
Est-ce que chez votre fille, comme il y a eu du recul, que vous la ferez se faire vacciner ? oui

PARENT 12 :
1. Que pensez-vous de la vaccination en générale ?
Je suis mitigé au niveau de la vaccination.
Pourquoi ? C'est que je ne suis pas trop pour m'injecter des choses dans le corps, c'est plutôt ce côté-là. Il y a certaines maladies où pour moi c'est normal de le faire. Là j'ai fait le covid, c'est quelque chose de problématique, le tétanos. Il y a des maladies où on n'a pas le choix. Après si on veut éviter, on évite.
Mitigé par rapport au fait qu'on n'ait pas assez de recul, de résultats ? non c'est le fait de s'injecter quelque chose. Je n'utilise déjà pas beaucoup de médicaments. Voilà c'est vraiment dans cette optique-là. C'est vrai que je fais attention à tous ce que je rentre dans mon corps.
Et si on vous parle de vaccination obligatoire ? Si c'est obligatoire je le fais. Après il y a des médecins qui sont là pour réfléchir à ce genre de questions. S'ils l'obligent, c'est qu'il y a un réel besoin.
Les vaccinations qui sont recommandées, arrivez-vous à les faire ? oui, il n'y a que l'hépatite qu'on n'a pas fait parce qu'il y a des antécédents du côté du papa de SEP, donc on nous a conseillé de ne pas le faire. Ils n'ont pas fait la méningite.
Qu'est ce qui va faire que vous allez faire une vaccination recommandée ? C'est mon médecin, je lui fais confiance.
Dans votre famille, qui décide de la vaccination ? C'est moi.
Donnez-moi un mot qui représente la vaccination. protection par rapport aux maladies.
2. Qu'est-ce que vous évoque le papilloma virus ?
Je ne me suis pas trop inquiété de la question parce que je vous avoue que j'avais des garçons. Il y a très peu de temps que j'ai appris. Ma sœur a attrapé l'HPV et en fait c'est elle qui m'en a parlé il n'y a pas longtemps comme quoi maintenant c'était ouvert aux garçons aussi à la vaccination, donc on attendait de voir Dr Minet en consultation pour en parler pour voir s'ils étaient éligibles à la vaccination.
Après tout ça qu'est-ce que cela vous évoque ? Disons que cela peut être dramatique pour certaines femmes. C'est quelque chose quand même si on peut éviter.
Dramatique par rapport à quoi pour certaines femmes ? Il y en a qui finissent sans utérus, il y en a qui peuvent décéder, donner des maladies sous-jacentes.
Est-ce que vous savez ce que c'est comme virus ? ce n'est pas une sorte d'herpès ?
Qu'est-ce que cela peut donner au niveau de la femme ? un cancer, celui de l'utérus.
Comment se transmet-il ? Par rapport sexuel.
Comment peut-on se protéger ? Je pense les préservatifs, se faire dépister si un dépistage est disponible.
3. Pouvez-vous vous souvenir d'une situation à laquelle vous aurez échangé ou été informé sur le vaccin contre le papilloma virus (GARDASIL ou cervarix) ?
Elle a de la chance car elle a eu une forme bénigne, donc elle s'en est rendu compte assez tôt, mais c'est vrai qu'elle m'a dit que cela aurait pu être plus grave donc elle m'a alerté, toi qui as des garçons, c'est entre tel âge et tel âge, il faudrait que tu t'y inquiètes.
Vous a-t-elle parlé du vaccin ? non elle ne m'a rien dit. Elle a juste parler de l'HPV et qu'il faut que je voie pour faire vacciner les garçons avec mon médecin.
4. Que pensez-vous de la vaccination anti HPV chez les garçons ?
Je trouve que c'est pas mal si on peut empêcher à certaines femmes d'avoir l'HPV. A ce que j'ai compris, l'homme, s'il l'a, s'il est porteur, c'est moins important que pour une femme. C'est de la protection, du savoir-vivre quand on peut empêcher de transmettre quelque chose, c'est le minimum qu'on puisse faire.
Comment se passe à la maison l'abord du sujet éducation sexuelle ? on en parle, on est assez ouvert là-dessus, après c'est compliqué à cet âge-là d'en parler. Après il sait qu'il peut nous faire des demandes.
5. Quels sont les arguments qui vous ont aidé ou vous aiderons à prendre la décision de vacciner ou non votre fils ?
Comme je vous l'ai dit, c'est mon médecin. Déjà c'est d'être au courant que cela existe.
Le fait que vous soyez dans la santé peut-il influencer le fait de se faire vacciner ? Ah oui je pense que forcément, on n'a pas la même vue que certaines personnes, on l'a vu avec le covid. J'ai des personnes autour de moi qui sont anti vaccin. Moi qui suis personnel santé cela m'a paru logique, une normalité. On sait qu'on protège l'autre donc on va le faire.
Est-ce que l'orientation sexuelle influe aussi dans votre argumentaire ? pas du tout
Demanderiez-vous à votre famille ? ah non. j'ai une mère anti vaccin, ce n'est même pas la peine, pour eux ça ne serait vraiment pas bien, ils seraient contre ça. A part ma sœur qui est dans la santé.
6. Si une personne vous demandait conseil pour la vaccination de son fils contre le papilloma virus, qu'est-ce que vous lui diriez ?
Je lui dirai de s'orienter vers son médecin traitant. C'est mon avis personnel, chacun fait comme il l'entend. Il faut avoir tous les éléments pour prendre une décision comme ça.
Est-ce que le fait de discuter de l'implication de l'enfant, est-ce que c'est important ou pas ? oui car l'enfant c'est le principal concerné

PARENT 13 :
1. Que pensez-vous de la vaccination en générale ?
Moi je suis pour la vaccination. On ne s'est pas fait vacciné du coronavirus parce que je suis pour la vaccination, mais j'aime avoir du recul sur les choses quand même. Je considère que la vaccination dans le monde sauve des gens mais que quand même il faut du recul et l'HPV, c'est assez rigolo car Zoé (sa fille), la plus grande (18 ans) n'est pas vaccinée parce que je trouvais que quand on me l'avait proposé qu'on n'avait pas trop de recul et Lola est vaccinée (elle a demandé à être vaccinée).

Et entre les vaccinations recommandées et obligatoires ? les 5 premiers enfants de ma première relation sont vaccinés de tous les vaccins obligatoires, mais le dernier, le père est contre. Et comme il est né le 20 décembre 2017, il ne passe pas dans les vaccinations obligatoires et je ne peux pas le faire vacciner sans son autorisation. Je lui ai fait faire le ROR mais en cachette, mais il n'est pas vacciné de l'hépatite, méningite.

Donnez-moi un mot qui représente la vaccination. Marie Curie. **Pourquoi Marie Curie ?** parce que c'est une femme et que pour moi, c'est un génie, c'est quelqu'un qui a consacré sa vie entière à sauver des gens et elle a mis des années.

2. Qu'est-ce que vous évoque le papilloma virus ?

Le cancer du col de l'utérus. Je dirai que c'est une grosse. injustice, je connais sans connaitre comme toutes les femmes qui vont faire les frottis et qui espèrent qu'il n'y aura rien de ce que j'avais compris. Mais de se dire que c'est quelque chose que les hommes sont porteurs sains mais que cela ne leur fasse pas grand-chose mais ils vont le transmettre aux femmes et que c'est elles qui une fois de plus qui attrapent tout.

De quoi peut-il être responsable ? non absolument pas.

Comment se transmet-il ? par voie sexuelle.

Comment peut-on se protéger ? frottis pour savoir s'il y a une lésion et ensuite préservatif.

J'ai déjà eu une biopsie qui a été faite par la gynécologue car le frottis n'allait pas et finalement ça allait. Et ensuite j'avais demandé à mon médecin s'il fallait prendre des précautions pour que mes filles s'il fallait nettoyer la baignoire et elle m'a dit qu'il n'y avait rien à faire.

3. Pouvez-vous vous souvenir d'une situation à laquelle vous aurez échangé ou été informé sur le vaccin contre le papilloma virus (GARDASIL ou cervarix) ?

Avec le Dr Minet et le Dr Prévost (gynéco) parce qu'une fois on en parlé. En fait elle m'expliquait une situation mais je ne savais pas que les hommes pouvaient être vaccinés. J'en ai parlé avec Dr Prévost cette semaine et je lui explique que j'allais en rdv avec vous et du coup je lui ai demandé quoi faire ? et elle m'a dit de faire vacciner mes garçons.

Après j'ai une copine avec qui on était enceinte ensemble et qui angoissait un peu car je me suis fait opéré car j'ai un. utérus qui est un peu différent.

4. Que pensez-vous de la vaccination anti HPV chez les garçons ?

Je trouve cela chouette, je me dis que si cela évite aux femmes. Autant que je serai pour qu'il y ait des pilules pour les hommes, des moyens de contraception pour les hommes, quelque chose qui rentre dans les mœurs.

Je me dis que je n'ai pas envie que mes enfants l'attrapent et que j'espère qu'un jour que ce soit une maladie qui disparaisse complètement et quelque part que mes enfants ne soient pas responsables de transmettre à quelqu'un.

Comment se passe à la maison l'abord du sujet éducation sexuelle ? très librement.

5. Quels sont les arguments qui vous ont aidé ou vous aiderons à prendre la décision de vacciner ou non votre fils ?

Pour le coup, mon médecin traitant et mon gynéco, je fais confiance à mes médecins, donc du coup, si elles m'avaient dit qu'il ne fallait pas le faire, je ne l'aurai pas fait.

Et au début de la conversation vous parliez de recul ? oui Lola l'a fait et on a du recul sur ce vaccin-là.

Il faut aussi se rendre compte qu'il y a de plus en plus de monde. J'en parle avec des copines. Avant on se disait, oh celle-là, elle a l'HPV, elle met son cul partout. Il y avait même des médecins qui le disaient.

Est-ce que l'orientation sexuelle ou la famille peuvent-elles influer sur le fait de faire vacciner ou pas ? pas du tout. Ma mère est puéricultrice, mon grand-père était médecin etc... On pense que la médecine n'est pas là pour tuer les gens. Je suis née dans une famille où on est pour la vaccination.

Donc il y a vraiment l'influence du mode de vie, de la famille ? Il y a plein de chose avec lesquelles je ne suis pas d'accord avec mes parents mais parce qu'avec le recul, je me suis rendu compte moi-même que voilà. Après la vaccination, il ne faut pas être complètement bête. Après je le vis comme cela. Il suffit de prendre internet et de regarder les maladies dans les pays sous-développés où effectivement la vaccination est moindre, on a une chance inouïe dans nos pays. Et je considère que je ne suis pas fataliste en disant qu'ils nous cachent des trucs. C'est sûr que les gens qui créent les vaccins, il doit y avoir une histoire de pognon mais avant tout on est là pour sauver des vies, on n'est pas là pour tuer l'humanité. J'ai envie de croire à ça.

Est-ce que le fait de discuter de l'implication de vos garçons, c'est important ou pas ? on en parlé tout à l'heure et il m'a dit qu'il avait compris ce que c'était.

6. Si une personne vous demandait conseil pour la vaccination de son fils contre le papilloma virus, qu'est-ce que vous lui diriez ?

Je lui dirai, ma généraliste m'a dit qu'il faut le faire et ma gynéco aussi. On sait que c'est les hommes qui la portent donc c'est un bête de vacciner les filles. On ferait vacciner que les garçons.

SERMENT D'HIPPOCRATE

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*

- *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*

- *Admis (e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*

- *Respectueux (se) et reconnaissant (e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

- *Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.*

RESUME

Introduction : Le papillomavirus, sexuellement transmissible, est à l'origine de cancers ano-génitaux chez la femme mais aussi chez l'homme. La recommandation vaccinale qui intéresssait les filles de 11 à 19 ans et les HSH a été élargie aux garçon entre 11 et 19 ans. L'objectif principal de cette étude est de comprendre les déterminants de la décision vaccinale des parents de jeunes garçons de 11 à 14 ans révolus.

Matériels et méthode : Il s'agit d'une étude qualitative. Treize entretiens individuels semi-directifs ont été réalisés entre mars et juin 2021 auprès de parents de jeunes garçons âgés de 11 et 14 ans révolus. Les entretiens ont été enregistrés, retranscrits, puis analysés selon les critères méthodologiques de l'analyse thématique.

Résultats : Le manque d'information des parents concernant la vaccination HPV est un frein essentiel à la vaccination. Les représentations vaccinales, l'hésitation vaccinale, la sécurité, l'efficacité et la durée de protection du vaccin, les antécédents, la médiatisation des effets secondaires, l'éducation sexuelle et le regret anticipé représentent d'autres déterminants de cette décision. Les parents prônent une protection collective et une responsabilisation de l'enfant concernant le (la) partenaire sexuel(le). Pour optimiser cette décision, ils demandent un argumentaire claire et précis par les professionnels de santé, des informations par l'intermédiaire des campagnes de vaccination ou des brochures.

Discussion : Les déterminants de la décision vaccinale résident dans l'information, la pédagogie des professionnels de santé, la formation des médecins généralistes à la vaccination et à la prévention, la clarté du discours. Il faudrait aussi améliorer l'accessibilité et la mise en place de programmes de vaccination.

Mots-clés : HPV ; couverture vaccinale ; vaccination ; parent ; garçons ; déterminants ; perception vaccinale