



Université Lille 2
Droit et Santé

UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2
FACULTE DE MEDECINE HENRI-WAREMBOURG

Année : 2014

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

RETICENCES VIS-A-VIS DU VACCIN CONTRE LE HUMAN
PAPILLOMAVIRUS ET SOLUTIONS ENVISAGEES A PARTIR D'UNE
ETUDE QUALITATIVE REALISEE AUPRES DE MEDECINS
TRAITANTS ET DE PARENTS D'ADOLESCENTES

Présentée et soutenue publiquement le 30 janvier 2014 à 18 heures
au Pôle Recherche

Par Laure GOUGENHEIM-FRETIN et Mylène SALEMBIER

Jury

Président : Monsieur le Professeur J.BONNETERRE

Assesseurs : Monsieur le Professeur D.VINATIER
Monsieur le Professeur C.BERKHOUT
Monsieur le Professeur P.COLLINET

Directrice de Thèse : Madame le Docteur T.DUMINIL

Travail de la Faculté Libre de Médecine de l'Institut Catholique de Lille

GLOSSAIRE

Afssaps : Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé

ALD : Affection de Longue Durée

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

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

CépiDc : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de Décès de l'Inserm

CIN : Néoplasie Intra-épithéliale Cervicale

CMU : Couverture Maladie Universelle

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CPP : Comité de Protection des Personnes

CSHPF : Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France

CTV : Comité Technique des Vaccinations

Drees : Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques

ECCA : European Cervical Cancer Association

FCU : Frottis cervico-utérin

FDA : Food and Drugs Administration

HAS : Haute Autorité de Santé

HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique

HPV : Human Papillomavirus ou Papillomavirus humain

INCa : Institut National du Cancer

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

Inserm : Institut national de la santé et de la recherche médicale

InVS : Institut de Veille Sanitaire

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PLFSS : Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale

TABLE DES MATIERES

<u>GLOSSAIRE</u>	9
<u>INTRODUCTION</u>	15
<u>CONTEXTE DE L'ETUDE</u>	17
1 LE HUMAN PAPILLOMAVIRUS.....	18
1.1 Les géotypes de Papillomavirus.....	18
1.1.1 La famille des Papillomavirus.....	18
1.1.2 Les Papillomavirus humains.....	18
1.1.3 Les Papillomavirus humains oncogènes.....	19
1.2 Incidence et prévalence des HPV	20
1.2.1 Incidence.....	20
1.2.2 Prévalence.....	20
1.3 Transmission du HPV	22
1.3.1 Mécanisme de transmission cellulaire	22
1.3.2 Modes de contamination	23
1.3.3 Facteurs favorisant la transmission.....	24
1.3.4 Limites du préservatif	25
1.4 Histoire naturelle de l'infection à HPV	26
1.4.1 La régression spontanée.....	26
1.4.2 La persistance de l'infection	26
1.5 Carcinogénèse.....	28
1.5.1 Anatomie physiologique	28
1.5.2 Mécanisme de la carcinogénèse.....	28
1.5.3 Incubation et risque d'évolution.....	29
1.5.4 Néoplasies intra-épithéliales	29
1.6 Autres lésions HPV-induites	30
1.6.1 Les lésions bénignes.....	30
1.6.2 Les autres cancers liés au HPV	31
1.6.3 Les lésions malignes chez l'homme.....	31
2 LE CANCER DU COL DE L'UTERUS.....	32
2.1 Fréquence.....	32
2.2 Incidence.....	32

2.3	Mortalité	33
2.4	Survie	33
3	LA VACCINATION ANTI-HUMAN PAPILLOMAVIRUS	33
3.1	Historique de la vaccination anti-HPV	33
3.2	Evolution des recommandations vaccinales	34
3.3	Historique des campagnes d'information	36
3.4	Modalités pratiques.....	37
3.5	Deux vaccins disponibles	38
3.6	Proportion de jeunes filles vaccinées en France	38
3.7	Immunogénicité.....	39
3.8	Efficacité du vaccin anti-HPV	40
3.8.1	Prévention des lésions cervicales de haut grade	40
3.8.2	Prévention des autres lésions génitales de haut grade.....	41
3.8.3	Prévention des condylomes vulvaires.....	41
3.9	Contre-indications, effets secondaires et tolérance	42
3.9.1	Contre-indications.....	42
3.9.2	Effets secondaires	42
3.9.3	Tolérance.....	43
3.10	Evolution des génotypes de HPV	43
4	ENJEUX ET PROBLEMATIQUES.....	44
4.1	Une couverture vaccinale insuffisante.....	44
4.2	Controverses et doutes scientifiques	44
4.3	Thèses réalisées sur le vaccin anti-HPV.....	45
4.3.1	L'information des adolescentes.....	46
4.3.2	Le niveau d'information du médecin généraliste	46
4.4	Les discours anti-vaccin	46
4.4.1	La "plainte de Bordeaux" en novembre 2013	46
4.4.2	Les lobbys anti-vaccin	48
4.4.3	Le débat dans le monde politique	48
4.5	Intérêt et enjeux de cette étude.....	49
	<u>MATERIEL ET METHODE</u>	50
1	CHOIX DE LA METHODE QUALITATIVE	51
2	SCIENTIFICITE EN RECHERCHE QUALITATIVE.....	52

3	METHODES DE RECUEIL DE DONNEES	53
3.1	Choix des entretiens semi-dirigés	53
3.2	Choix des Focus Groups	53
4	RECRUTEMENT DES PARTICIPANTS	54
4.1	Echantillonnage en variation maximale.....	54
4.2	Respect des personnes	55
4.3	Recrutement des médecins	55
4.4	Recrutement des parents	55
4.4.1	Pour les Focus Groups.....	55
4.4.2	Pour les entretiens individuels	56
5	CANEVAS D'ENTRETIEN	57
6	DEROULEMENT DES ENTRETIENS.....	58
6.1	Eléments communs	58
6.2	Entretiens individuels semi-dirigés	59
6.3	Focus Groups et table ronde	59
6.4	Vécu des participants	60
7	TRAITEMENT DES DONNEES.....	61
8	OBJECTIFS.....	61
8.1	Objectif principal	61
8.2	Objectifs secondaires	62
	<u>RESULTATS</u>	63
1	DESCRIPTION DES PARTICIPANTS AUX ENTRETIENS.....	64
1.1	Les médecins traitants.....	64
1.2	Les parents d'adolescentes.....	66
1.3	Retranscriptions des entretiens individuels et des Focus Groups.....	67
2	ANALYSE DES ENTRETIENS ET FOCUS GROUPS.....	67
2.1	Le vaccin anti-HPV dans la pratique quotidienne	67
2.1.1	Un vaccin coûteux	67
2.1.2	Les circonstances complexes de vaccination	69
2.1.3	Des difficultés dès le début du processus vaccinal	70
2.1.4	Moyens facilitateurs.....	74
2.2	Sexualité	79
2.2.1	Une question difficile à aborder à l'adolescence	79

2.2.2	Une connotation sexuelle du vaccin jusqu'en avril 2013	81
2.2.3	La peur des conséquences de la vaccination sur la vie sexuelle.....	83
2.2.4	Moyens facilitateurs : poursuivre la « déssexualisation » du vaccin.....	84
2.3	Cancer.....	86
2.3.1	La place du frottis par rapport au vaccin.....	86
2.3.2	Une maladie peu visible et mal connue	86
2.3.3	Moyens facilitateurs : Utiliser les représentations négatives du cancer et positives du vaccin	88
2.4	Doutes et interrogations sur le vaccin anti-HPV.....	90
2.4.1	Un contexte de crise de confiance en France	90
2.4.2	Une méfiance vis-à-vis des nouveaux médicaments	91
2.4.3	Un vaccin récent remis en question	92
2.4.4	Un choix cornélien entre deux vaccins	98
2.4.5	Moyens facilitateurs.....	99
2.5	Information sur le vaccin anti-HPV	100
2.5.1	Des sources d'information de qualité variable	100
2.5.2	Des carences au niveau de l'information	102
2.5.3	Une désinformation autour du vaccin	105
2.5.4	Des méconnaissances concernant le vaccin	107
2.5.5	Moyens facilitateurs : répondre à la demande d'information des parents et des médecins	109
2.6	Communication entre les acteurs de la consultation	113
2.6.1	Initiative dans la proposition vaccinale.....	113
2.6.2	Responsabilité	115
2.6.3	Rôle et impact des différents acteurs de la consultation dans la décision	117
2.6.4	Moyens facilitateurs : améliorer la communication	122
	<u>DISCUSSION</u>	136
1	Limites et biais de l'étude.....	137
1.1	Les biais internes	137
1.2	Les biais externes	137
1.3	Les biais d'investigation.....	138
1.4	Les biais d'interprétation.....	138
2	Forces de l'étude.....	138
2.1	Choix d'une étude qualitative	138

2.2	Validité interne	139
2.3	Validité externe	139
3	Analyse des résultats	139
3.1	Acceptabilité	140
3.1.1	La question du prix	140
3.1.2	Des groupes socio-économiques difficiles	143
3.1.3	Le nombre d'injections.....	144
3.1.4	Optimiser la vaccination dans la pratique quotidienne	145
3.2	Sexualité	151
3.2.1	Une connotation sexuelle marquée du vaccin anti-HPV	151
3.2.2	La place de l'éducation sexuelle	153
3.3	Information	154
3.3.1	Les sources d'information existantes	154
3.3.2	Les problèmes liés à l'information	158
3.3.3	Les pistes à améliorer dans l'information.....	163
3.3.4	Les interrogations qui persistent	166
3.4	Communication	167
3.4.1	Les acteurs de la décision.....	167
3.4.2	Les techniques de communication.....	168
3.4.3	Gérer l'incertitude	168
3.4.4	Éléments de réponse aux questions qui font polémique.....	169
3.4.5	Le discours concernant le frottis cervico-utérin	174
	<u>CONCLUSION</u>	176
	<u>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</u>	179
	<u>ANNEXES</u>	192

Introduction

Le cancer du col de l'utérus est le deuxième cancer par fréquence dans le monde chez la femme. En France, il se situe au dixième rang des cancers féminins tous âges confondus, et au deuxième rang chez les femmes de moins de 45 ans. Il est lié à la contamination sexuelle par une souche oncogène de Human Papillomavirus. (1) (2) (3)

L'introduction du dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses par frottis cervico-utérin dans les années 1970, a permis de diminuer considérablement l'incidence et la mortalité de ce cancer. A l'heure actuelle, on constate toutefois encore environ 3000 nouveaux cas et 1000 décès par an en France. (3) (4) (5)

En 2006, un premier vaccin quadrivalent, actif contre certains géotypes de Human Papillomavirus est commercialisé, suivi d'un vaccin bivalent en 2008. Malgré leur intérêt dans la prévention des cancers du col de l'utérus, le taux de couverture vaccinale est faible actuellement chez les jeunes filles françaises. Il persiste de nombreuses réticences et interrogations à propos de ces vaccins, dans un contexte plus large de méfiance envers les produits pharmaceutiques. (6) (7)

L'objectif de cette étude est de mettre en évidence les raisons de cette faible couverture vaccinale par le biais d'une étude qualitative réalisée auprès de médecins traitants et de parents de jeunes filles en âge d'être vaccinées.

Contexte de l'étude

1 LE HUMAN PAPILOMAVIRUS

1.1 Les génotypes de Papillomavirus

1.1.1 La famille des Papillomavirus

Les Human Papillomavirus (HPV) appartiennent à la famille des Papillomaviridae. À l'heure actuelle, sur un peu plus de 200 génotypes connus, 118 génotypes de Papillomavirus ont été totalement séquencés par biologie moléculaire, parmi lesquels on compte 96 Papillomavirus humains (HPV 1 à HPV 96). (8) (9)

La classification des Papillomavirus se base sur la spécificité d'hôte et l'homologie du génome. On distingue les Papillomavirus qui contaminent les espèces animales de ceux qui contaminent l'homme. (10)

Les Papillomavirus humains ont en commun une spécificité d'hôte très étroite. Ils n'ont jamais été mis en évidence chez l'animal et les Papillomavirus animaux n'infectent pas l'homme non plus. (8)

1.1.2 Les Papillomavirus humains

Au sein du groupe des HPV, on associe un ou plusieurs types viraux à une localisation anatomique particulière et à une lésion précise. (10)

Parmi les HPV à tropisme muqueux, on distingue ceux à haut risque oncogène et ceux à bas risque oncogène. Les HPV à bas risque oncogène entraînent le développement de lésions de bas grade : condylomes acuminés et plans, et LSIL (low grade squamous intraepithelial lesion). Les HPV à haut risque oncogène sont impliqués dans le développement de lésions de haut grade : cancer et HSIL (high grade squamous intraepithelial lesion). (11)

La classification des génotypes dans l'une ou l'autre des catégories est reprise dans le tableau suivant (Tableau1) :

Haut risque oncogène	16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59
Haut risque probable	26, 53, 66, 68, 73, 82
Faible risque oncogène	6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 70, 72, 81, CP6108

Tableau 1 : Classification des génotypes HPV selon leur potentiel oncogène. (12)

Cependant, les HPV à bas risque peuvent entraîner une infection persistante et des lésions invasives chez les immunodéprimés. (10)

1.1.3 Les Papillomavirus humains oncogènes

Parmi la centaine de génotypes connus de Papillomavirus humains, environ 45 ont un tropisme pour la sphère anogénitale. Parmi ceux-ci, seuls 18 présentent un haut risque d'évolution vers un cancer du col utérin dont 12 de façon bien établie. 8 génotypes sont responsables de près de 90 % des cancers du col. Ce sont les HPV 16, 18, 31, 33, 68, 45, 52 et 58, par ordre de fréquence en France. (5) (6) (8)

Les génotypes HPV impliqués dans le cancer du col utérin sont différents selon les pays et selon les tranches d'âge. Mais, partout dans le monde, l'infection par HPV 16 est la plus fréquente.

La littérature s'accorde sur la place prépondérante des HPV 16 et 18 auxquels sont attribués 70,7 % des cancers du col utérin mondiaux. (5)

Le HPV 16 a un potentiel oncogène nettement supérieur à celui des autres génotypes. Le potentiel oncogène le plus proche de celui du HPV 16 est celui du HPV 18.

Les autres génotypes se classent selon leur potentiel oncogène relatif dans l'ordre décroissant : 45, 69, 58, 67, 33, 31, 39, 34, 59 et 52. (13)

Les HPV oncogènes pour le col de l'utérus le sont également pour la vulve, le vagin et l'anus, même si la fréquence de ces pathologies est faible.

En France, l'étude EDITH confirme que 81.8 % des cancers invasifs du col de l'utérus sont attribuables aux HPV 16 ou 18. Parmi ces cancers, 10 % sont liés à une co-infection par HPV 16 et 18. (14)

1.2 Incidence et prévalence des HPV

1.2.1 Incidence

L'incidence est le nombre de nouveaux cas apparus dans un temps donné et, dans une population donnée. Le taux d'incidence est le rapport entre l'incidence et le nombre de sujets susceptibles d'être atteints pour une période donnée. C'est une mesure du risque pour un individu de contracter la maladie pour une période donnée. L'incidence de l'infection par HPV varie selon les classes d'âge.

En France, une analyse-estimation des taux d'incidence à partir de la littérature française décrit un pic du taux vers 22 ans. Pour les femmes de moins de 20 ans, l'incidence est estimée entre 40 et 80% au cours des 2 à 5 ans qui suivent le début de l'activité sexuelle.(8)

L'incidence est particulièrement élevée juste après le début de la vie sexuelle, donc à l'adolescence. Elle tend à diminuer avec l'avancement en âge de la femme, quel que soit le génotype de HPV.

Le risque de contracter une infection à HPV durant une vie entière serait de 80 % pour une femme. (11)

1.2.2 Prévalence

La prévalence pour une pathologie correspond au nombre de cas présents dans la population à un moment donné, quelle que soit l'ancienneté du diagnostic, rapporté au nombre de sujets dans la population à cet instant donné. C'est une proportion qui s'exprime le plus souvent en pourcentage.

Une publication de 2013 retrouve une prévalence globale du HPV en France entre 15 et 16% selon la méthode de dépistage. (15)

1.2.2.1 La prévalence du HPV selon l'âge

Au sein d'une population de femmes d'une même zone géographique, la prévalence n'est pas la même selon les classes d'âge. En France, pour les femmes de moins de 25 ans, on retrouve une prévalence de 23.5%, pour les femmes de 25 à 34 ans une prévalence de 22.2 % et enfin, pour les femmes de 45 ans ou plus, la prévalence est de 8.8%. (15)

La prévalence de HPV est donc maximale avant 25 ans et décroît ensuite avec l'âge pour atteindre un plateau après 45 ans, comme le montre la figure suivante (Figure1) :

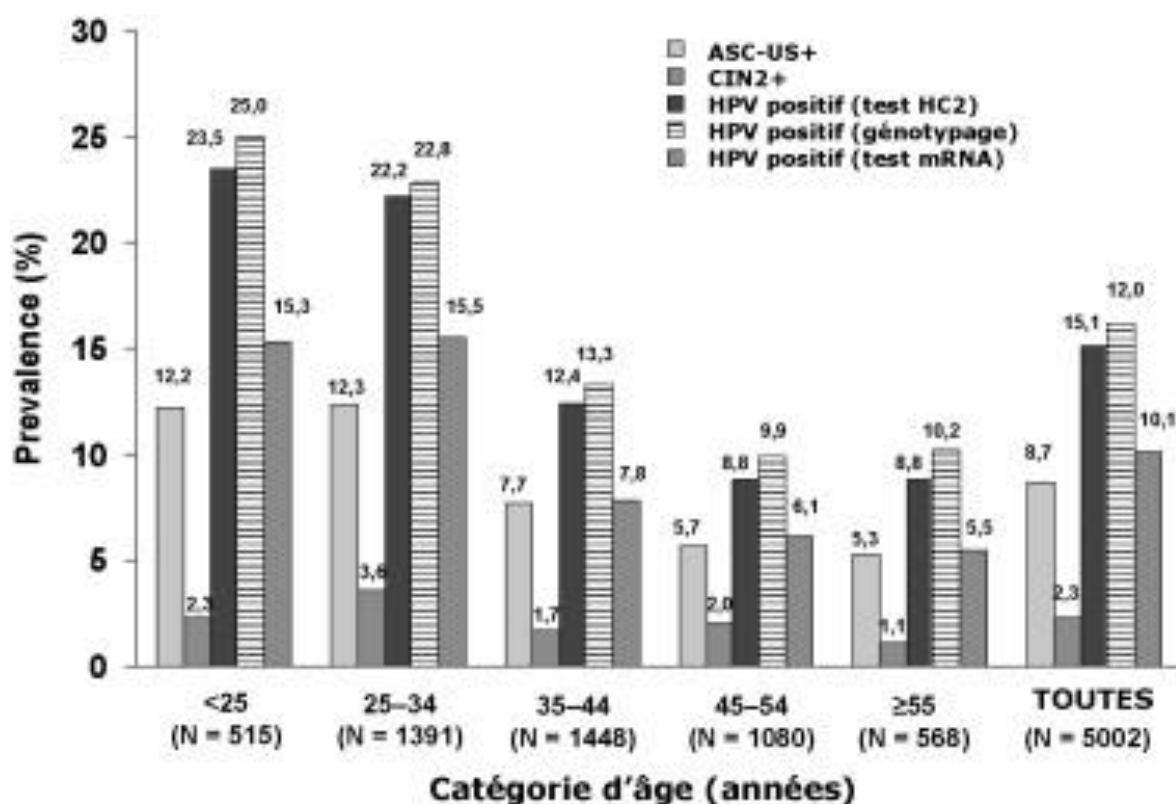


Figure1 : Prévalence des frottis ASC-US+, des CIN2+ et de l'infection à HPV stratifiée par âge. (15)

1.2.2.2 La prévalence des génotypes oncogènes

La prévalence des génotypes oncogènes varie également selon les tranches d'âge. Elle est importante avant l'âge de 30 ans et diminue ensuite.

En France, la prévalence d'une infection par un ou plusieurs des génotypes HPV 16, 18, 6 ou 11 est de 5,8% pour les femmes de moins de 25 ans et de 3,3% pour les femmes de plus de 25 ans. (15)

1.2.2.3 La prévalence du HPV selon les pays

Les prévalences ont été étudiées dans différents pays et elles varient selon les continents. En France, le pic de prévalence se situe entre 20 et 24 ans, comme aux Etats-Unis et au Canada. (5)

La prévalence sur le continent africain est la plus élevée, atteignant 26%, tandis que l'Asie est préservée avec 8 % de prévalence globale. Cependant, les analyses par tranche d'âge présentent des similitudes. Partout dans le monde, la prévalence est plus importante chez les jeunes femmes débutant leur activité sexuelle puis évolue inversement par rapport à l'âge. Sur tous les continents, les HPV à haut risque oncogène sont plus répandus (66,7%) que les HPV à faible risque (27,7%). Le HPV 16 est le génotype le plus fréquent quelle que soit la région du globe, avec une prévalence de 26,3% sur la population mondiale.(16) On estime entre 20 et 30 millions le nombre de femmes porteuses du HPV en Europe. (11)

1.3 Transmission du HPV

1.3.1 Mécanisme de transmission cellulaire

La transmission du virus d'un individu à un autre suit le processus suivant : le virus pénètre dans l'organisme par les cellules germinales de la couche basale de l'épithélium génital. Son accès à ces cellules se fait via des micro-lésions ou micro-abrasions de la muqueuse. La zone de jonction squamo-cylindrique du col est physiologiquement exposée et particulièrement sujette à ces micro-abrasions, surtout lors des relations sexuelles. Les épithéliums voisins peuvent également être infectés par auto-inoculation d'où la fréquence de lésions multifocales qui doivent être systématiquement dépistées. (8) (10)

1.3.2 Modes de contamination

1.3.2.1 Les modes de transmission sexuelle

L'infection à HPV, avec celles à Chlamydiae Trachomatis et à Trichomonas Vaginalis, est l'une des infections sexuellement transmissibles les plus fréquentes. (5)

Le virus est particulièrement présent dans la population générale et ce, dès le début de la vie sexuelle. Si toutes les femmes ne développeront pas de lésions néoplasiques après le contact viral, une immense majorité d'entre elles sera un jour au contact du HPV, en particulier au début de la vie sexuelle. La principale caractéristique de l'infection à HPV est sa contagiosité, le taux de transmission pouvant atteindre 66 %, selon certaines études. Le rapport sexuel avec pénétration est le mode de contamination le plus fréquent, les contacts peau-muqueuses favorisant l'atteinte des cellules basales par le virus. (10) (8)

Cependant, il serait dangereux de réduire le risque de transmission aux seuls rapports sexuels avec pénétration. L'existence d'autres modes de contamination est mise en évidence par la détection du HPV chez des femmes vierges pour près de 2% des cas. (16)

En outre, dans son étude prospective longitudinale sur 603 étudiantes, Winer a retrouvé une augmentation de la prévalence du HPV chez les femmes vierges ayant eu des rapports oro-génitaux ou digito-génitaux par rapport à celles qui n'en n'ont pas eus. La transmission est donc possible par de simples contacts peau-muqueuses, sans pénétration. (17)

Cette notion distingue clairement la contagiosité du HPV de celle de certaines autres infections sexuellement transmissibles (IST). Cependant, si la transmission orale ou digitale du HPV est clairement décrite, le risque de transmission par ce type de contact paraît minime et en tout cas difficile à établir par des travaux scientifiques. (16)

Plusieurs études ont tenté d'évaluer la transmission du HPV en fonction des pratiques sexuelles. Leurs résultats divergent. Il est à noter une prévalence de 19 % du HPV chez les femmes homosexuelles, qui doivent donc bénéficier du dépistage. (18) Les hommes homosexuels ou bisexuels sont aussi susceptibles d'être contaminés, les

rapports ano-génitaux entraînant une augmentation de la détection d'HPV dans le canal anal. (19)

1.3.2.2 Les modes de transmission non sexuelle

1.3.2.2.1 La transmission directe materno-foétale

La transmission materno-foétale verticale périnatale est démontrée. La transmission se fait lors du passage du nouveau-né par la sphère génitale infectée. Le risque pour l'enfant est de développer une papillomatose laryngée juvénile, dont la prise en charge est complexe et délabrante. Cette pathologie est associée aux génotypes HPV 6 et 11. Pour une mère porteuse d'HPV, le risque relatif de transmission à son enfant lors de l'accouchement serait respectivement de 7,3% et de 39,7% pour les HPV oncogènes 16 et 18. (16) (20)

1.3.2.2.2 La transmission indirecte

La présence du virus dans les sous-vêtements de patientes porteuses du HPV a été mise en évidence dans une étude qui montre que les patientes dont les vêtements étaient infectés avaient des récurrences plus fréquentes de leurs lésions que les patientes du groupe témoin.

Dans une autre étude, le même auteur décrit la persistance du HPV sur différents instruments médicaux, par exemple les pinces à biopsie malgré un traitement antiseptique. (21) (22)

Une transmission par fomites (objets contaminés impliqués dans la contamination d'un individu à l'autre) et par surface semble possible même si elle est peu fréquente. Ceci implique des règles d'hygiène strictes, en particulier pour l'usage des instruments chirurgicaux à vocation gynécologique. Le matériel à usage unique et l'utilisation de gants sont à favoriser.

1.3.3 Facteurs favorisant la transmission

La plupart des facteurs favorisant la transmission du HPV sont également ceux qui favorisent le cancer du col de l'utérus. Une étude réalisée en 2013 confirme que le nombre de partenaires reste le facteur favorisant majeur de l'infection à HPV. Avoir plus de deux partenaires dans les 12 derniers mois est le facteur de risque le plus élevé pour

l'exposition aux HVP avec un Odds ratio supérieur à 3,6. Cette même étude confirme les facteurs de risque connus : antécédents d'anomalies cervicales (OR = 17), âge inférieur à 25 ans (OR = 1.6) et tabagisme (OR = 1.4). (15)

La précocité des premiers rapports est également un facteur de risque évoqué dans plusieurs études sans que la raison en soit clairement établie. La contraception hormonale augmenterait également les risques. (8) (10)

Cependant le statut HPV positif est si fréquent dans la population, 75 % entre 18 et 25 ans, que pour certains auteurs, il est un marqueur de sexualité plus qu'une véritable IST. (16)

1.3.4 Limites du préservatif

L'efficacité du préservatif est moins bonne sur le HPV que sur les autres IST. (23) (24)

Sa protection n'est que très partielle car la pénétration n'est pas indispensable pour contracter le virus et il ne recouvre pas certaines surfaces cutanées porteuses d'HPV : périnée et testicules, par exemple. Cependant, les femmes dont les partenaires utilisent fréquemment des préservatifs voient leur risque de transmission diminuer de 50% par rapport à celles qui ne l'utilisent que rarement. (25)

Il apporterait également un bénéfice en augmentant la clairance de l'infection et en favorisant la régression des dysplasies, et enfin il réduirait le risque de survenue de condylome. (26) (27)

Malgré ses bénéfices, il est essentiel de retenir que le préservatif ne peut pas être considéré comme une protection fiable contre le HPV, contrairement à certaines IST.

Le rapport sexuel est le mode de contamination à HPV le plus fréquent et le mieux établi, mais il n'est clairement pas le seul vecteur de contamination. La haute contagiosité du HPV, son incidence élevée dès le début de la vie sexuelle et l'absence de protection fiable rendent la lutte contre l'infection particulièrement difficile. Il semble presque impossible de limiter efficacement sa transmission.

1.4 Histoire naturelle de l'infection à HPV

Après la contraction d'une infection à HPV, on peut observer 4 évolutions selon la localisation et le génotype viral :

- une disparition spontanée ;
- une persistance du portage asymptomatique ou latence ;
- l'apparition de lésions bénignes type condylome ou verrue ;
- l'apparition de lésions malignes ou potentiellement malignes : cancer et dysplasie.

1.4.1 La régression spontanée

On parle de clairance virale pour désigner l'élimination spontanée et sans traitement du HPV. Elle s'observe dans 90 % des cas en 24 mois. (5) Cependant, la probabilité que l'infection disparaisse spontanément diminue avec le temps. Au bout de 18 mois, elle est de 41%. Les patientes âgées de plus de 50 ans et/ou porteuses de génotypes oncogènes présentent un temps de clairance plus long que les autres groupes de patientes.(28)

La clairance, si elle est rapide et fréquente, concerne surtout la femme jeune et l'infection récente.

La clairance du HPV entraîne la disparition des lésions : 75 % des anomalies cytologiques et histologiques produites par l'infection auront disparu spontanément à un an, sans traitement. (29)(16)

1.4.2 La persistance de l'infection

On définit la latence comme une persistance silencieuse du virus dans la cellule. L'activation et la réplication virale peuvent être provoquées par des stimulations extérieures.

Si la majorité des infections à HPV tend à la clairance, dans certaines conditions, l'ADN viral peut persister dans l'épithélium sous forme épisomale, c'est-à-dire extra-chromosomique. Il persiste d'abord à l'état latent mais il peut ensuite s'intégrer au génome

cellulaire. Cela aboutit ensuite à l'apparition de lésions précancéreuses puis cancéreuses selon le génotype viral et l'association à des facteurs favorisants. (11)

Parmi les porteuses de HPV, 5 à 10 % présenteront des anomalies cytologiques et moins de 1 % de ces formes persistantes évolueront vers un cancer. (10)

La persistance est le plus souvent définie par deux prélèvements positifs entre 12 et 18 mois d'intervalle mais cette définition n'est pas consensuelle. (5) Le cancer du col de l'utérus est le seul cancer gynécologique viro-induit. Cependant, l'évolution de l'infection vers le cancer implique de nombreux co-facteurs.

1.4.2.1 Les facteurs favorisants viraux

L'infection persistante par un HPV oncogène est un facteur de risque de présenter un cancer du col largement démontré notamment par Wallin, qui associe, dès 1999, le portage d'HPV oncogènes à un risque relatif de 16,4 de présenter un cancer du col. (30)

Le risque est plus important pour une infection par les HPV 16 et 18, génotypes les plus virulents. (31)

Entre les HPV 16 et 18 et le cancer du col, la force de l'association serait 50 fois plus élevée que celle entre le tabac et le cancer du poumon. (30) (11)

A l'inverse, le risque de cancer après une infection par HPV à bas risque oncogène est extrêmement faible.

L'infection persistante à HPV oncogène est un facteur nécessaire mais non suffisant : moins de 5 % des femmes infectées par HPV 16 développeront un cancer du col utérin au cours de leur vie. (5)

1.4.2.2 Les facteurs favorisants non viraux

1.4.2.2.1 Les facteurs exogènes

Plusieurs facteurs sont désormais identifiés : une immunodépression acquise (VIH, transplantation d'organes), un tabagisme actif à plus de 15 cigarettes par jour ou passif, la prise pendant plus de 5 ans de contraceptifs oraux, les co-infections par d'autres IST, en particulier Herpes simplex et Chlamydiae trachomatis, ou encore un bas niveau socio-économique. (5)

Sur le plan nutritionnel, une carence en vitamines B6, B12 et folates semble constituer un facteur de risque de cancer utérin. Une alimentation généreuse en fruits et légumes pourrait à l'inverse avoir un rôle protecteur. (5) (10)

1.4.2.2.2 Les facteurs endogènes

Selon certains auteurs, le statut HLA, les capacités de réponse immunitaire propres à chaque individu et les hormones endogènes (dépendantes du nombre de grossesse et de la ménopause) interviendraient également comme co-facteurs de la carcinogénèse. (5)

La précocité des rapports, des partenaires sexuels multiples ou les antécédents d'IST sont, pour certains auteurs, des facteurs de risques de développer un cancer du col utérin. (10)

1.5 Carcinogénèse

1.5.1 Anatomie physiologique

La zone de jonction squamo-cylindrique représente la surface la plus propice à l'infection par HPV et au développement de dysplasies.

Elle correspond à la frontière entre l'épithélium exocervical (squameux ou muqueuse malpighienne) et l'épithélium endocervical. Ce dernier est constitué d'un revêtement cylindrique mucosécrétant accompagné de cellules de réserve ou de régénération. Ces cellules bipotentes sont capables de se différencier en cellules malpighiennes ou glandulaires. (8)

1.5.2 Mécanisme de la carcinogénèse

Le lien entre l'infection à HPV et l'apparition d'un cancer ou d'une dysplasie est désormais scientifiquement établi. (30)

La première étape est l'intégration du génome viral à celui de la cellule. Dans 80% des CIN 2 et 3, ce génome viral est retrouvé. Cette étape est l'évènement critique dans l'apparition de lésions de haut grade ou de cancer. Après leur intégration cellulaire, les génomes HPV vont utiliser l'appareil répliatif de la cellule hôte, cellule en cours de

maturation. Un clivage de l'ADN viral au niveau des protéines E1 et E2 se réalise lors de l'intégration du génome viral à celui de la cellule. Ce clivage a pour conséquence la disparition du rétrocontrôle négatif de la synthèse des protéines E6 et E7 et E5. Ces protéines sont propres à tous les HPV oncogènes et leur surexpression va entraîner une dérégulation cellulaire. E6 et E7 vont inhiber respectivement p53 et RB qui sont des gènes suppresseurs de tumeur. La régulation du cycle cellulaire est dès lors perturbée, les cellules immatures et atypiques prolifèrent de manière incontrôlée sur toute l'épaisseur du revêtement, sans maturation. (8)

1.5.3 Incubation et risque d'évolution

L'incubation dure en général trois mois mais peut se prolonger jusqu'à 10 ans. Il est donc difficile de déterminer la période d'exposition. (32)

Après une infection persistante à HPV oncogène, le développement d'un carcinome invasif du col utérin dure en moyenne 15 ans. (5)

Pour Liaw, 10 à 20 % des patientes avec un frottis atypique (ASCUS) ou de bas grade vont progresser vers une lésion de haut grade. (33)(10)

Le risque pour une patiente avec un diagnostic AGC-SAP (ou NOS) de présenter une lésion intra-épithéliale de grade III ou un adénocarcinome sur la biopsie est compris entre 9 et 41%. (34)

1.5.4 Néoplasies intra-épithéliales

1.5.4.1 Histoire naturelle

Dans l'histoire naturelle du carcinome épidermoïde, il existe plusieurs étapes précancéreuses. Ces étapes correspondent à des lésions histologiques : les néoplasies cervicales intra-épithéliales ou CIN. Certains stades sont obligatoires (CIN 3), d'autres sont facultatifs (CIN 1 et 2). Les stades CIN 3 et carcinome épidermoïde *in situ* ne sont pas dissociables. (5)

L'adénocarcinome est une lésion cancéreuse qui est également liée à une infection persistante par HPV. La progression naturelle est moins bien établie. Cependant on sait qu'il existe un stade d'adénocarcinome *in situ* respectant la membrane basale. Ce stade est bien distinct de celui de l'adénocarcinome extensif et le précède. (5)

1.5.4.2 Classification

La classification comporte trois grades en fonction du niveau d'épaisseur épithéliale atteint : le grade I (ou bas grade) atteint le tiers basal de l'épithélium, le grade II (ou grade intermédiaire) atteint les deux tiers et le grade III (haut grade) atteint l'intégralité de l'épithélium. Pour les lésions de haut grade CIN 2 et 3 et le carcinome *in situ*, la membrane basale de l'épithélium est respectée. Le cancer se développe dans son tissu d'origine uniquement. Une fois la membrane basale franchie, on parle de carcinome invasif.

1.6 Autres lésions HPV-induites

1.6.1 Les lésions bénignes

1.6.1.1 Les condylomes

Le HPV est également impliqué dans l'apparition de lésions cutanées et muqueuses bénignes, chez l'homme comme chez la femme. Ces lésions sont beaucoup plus fréquentes que les lésions néoplasiques intra-épithéliales.

Parmi les localisations cutanées, on retrouve : les verrues planes, vulgaires, plantaires ou filiformes. (10)

Les condylomes ou verrues génitales sont la manifestation d'une infection à HPV et appartiennent véritablement aux infections sexuellement transmissibles. Ils sont principalement associés aux HPV de types 6, 11 et 42. On observe une augmentation de leur incidence depuis 10 ans dans plusieurs pays. (10) (35)

Ces lésions sont bénignes, l'évolution oncogène restant exceptionnelle. La conduite à tenir face à la découverte d'un condylome inclut la recherche d'autres sites infectés à l'aide de prélèvements, le dépistage des IST et l'examen du ou des partenaires sexuels assortis d'une surveillance à vie de la patiente. Le vagin, la vulve et le canal anal doivent faire l'objet d'un dépistage car des néoplasies intra-épithéliales existent sur ces sites.

Si les condylomes n'évoluent qu'exceptionnellement vers des formes malignes, ils peuvent infecter le nouveau-né par transmission materno-fœtale et induire des papillomatoses laryngées de l'enfant rares mais gravissimes.

1.6.1.2 Les lésions oro-pharyngées

Le HPV est également à l'origine de lésions muqueuses. Les lésions oro-pharyngées induites par HPV sont maintenant bien connues et décrites. Il s'agit des papillomes buccaux. La transmission peut se faire par auto-inoculation, ou par transmission sexuelle oro-génitale.

1.6.2 Les autres cancers liés au HPV

Le HPV est également impliqué dans des néoplasies intra-épithéliales au niveau vaginal, et au niveau vulvaire.

Les HPV 16 et 18 sont retrouvés dans près de 78 % des cancers épidermoïdes du canal anal. (10)

L'infection par HPV est aussi un facteur de risque de cancer épidermoïde de l'oropharynx et du pharynx. Ceux-ci sont en augmentation et sont différents des cancers non viro-induits dans leur mode de présentation clinique. (36) (37)

1.6.3 Les lésions malignes chez l'homme

L'appareil génital masculin peut être atteint par des lésions malignes liées au HPV. Il existe des carcinomes *in situ* et des carcinomes extensifs.

En ce qui concerne les carcinomes extensifs, le carcinome de la verge est rare, mais représente un risque important en raison de son haut degré de malignité et de son risque de mortalité élevée. Sa fréquence est de 1 % en Europe et aux Etats-Unis. Mais elle atteint des taux plus importants en Chine, en Inde et en Afrique. (10)

Ces différentes lésions, malgré leur faible fréquence, témoignent du potentiel oncogène du HPV. Si l'évolution maligne est rare, les formes induites peuvent s'avérer agressives, les traitements lourds et la mortalité importante. Autant de pathologies méconnues du grand public car rares mais potentiellement gravissimes.

2 LE CANCER DU COL DE L'UTERUS

Une analyse statistique est réalisée chaque année par le service de Biostatistique des hospices civils de Lyon et coordonnée par le comité de pilotage de la base commune du réseau Francim (InVS-INCa-HCL-Francim). Elle permet d'établir des projections pour les données d'incidence et de mortalité. Les données épidémiologiques présentées ci-après ne concernent que les cancers invasifs, seules données disponibles. Selon les données de deux registres du réseau Francim, la proportion des cancers *in situ* serait deux à trois fois plus importante que celle des cancers invasifs. (1) (38) (4)

2.1 Fréquence

Le cancer du col de l'utérus est le deuxième cancer féminin dans le monde, par ordre de fréquence.

En France, en 2011, le cancer du col de l'utérus représentait 1,8% des cancers chez la femme. Il se situe actuellement au dixième rang des cancers féminins, tous âges confondus, et au deuxième rang chez la femme de moins de 45 ans. (1) (38) (2)

2.2 Incidence

Dans les pays industrialisés, grâce à l'apparition, dans les années 1970, du dépistage par frottis cervico-utérin, et à l'amélioration des conditions d'hygiène, l'incidence du cancer du col de l'utérus a considérablement diminué. En France, l'incidence a baissé de 50% en 20 ans. Le risque cumulé de développer un cancer du col de l'utérus avant 75 ans était de 3,6 % chez les femmes nées en 1910, et il est de 0,6% chez celles nées en 1950. (5) (4) (39)

L'incidence du cancer du col de l'utérus varie selon l'âge, le pic d'incidence se situant à 40 ans. (5) (1)

L'incidence du cancer invasif du col de l'utérus était estimée à 3028 nouveaux cas en 2012, ce qui le place au 18ème rang des 19 localisations cancéreuses étudiées. (3) (4)

Plus de 3 nouveaux cas sur 4 estimés en 2011 sont diagnostiqués chez les 15-64 ans et 1 cas sur deux chez les 15-49 ans. (38)

2.3 Mortalité

La mortalité par cancer du col de l'utérus est en baisse en France depuis les années 1980, grâce au dépistage individuel et à l'amélioration de la prise en charge thérapeutique. La projection 2012 de la mortalité estime à 1102 le nombre de décès par cancer du col de l'utérus. Le cancer du col se situe donc au 16ème rang des décès par cancer chez la femme parmi les 19 localisations étudiées. (4) (3) (40)

Le pic de mortalité du cancer du col de l'utérus se situe à 50 ans. (5)

2.4 Survie

Selon les données les plus récentes, la survie nette (c'est-à-dire la survie que l'on observerait si la seule cause de décès possible était le cancer étudié) à 5 ans du cancer du col de l'utérus en France est de 66,9%. Elle varie de façon importante en fonction de l'âge de la patiente au moment du diagnostic : 80% chez les femmes de 15 à 44 ans, contre 39% chez les femmes de plus de 75 ans. (1) (4)

3 LA VACCINATION ANTI-HUMAN PAPILLOMAVIRUS

3.1 Historique de la vaccination anti-HPV

Les géotypes 16 et 18 sont impliqués dans 81,8% des cancers du col utérin en France. C'est la raison pour laquelle ils ont été choisis comme cibles des vaccins anti-HPV. (5) (14)

Le Gardasil®, vaccin quadrivalent, a reçu l'autorisation de mise sur le marché (AMM) en septembre 2006, a été commercialisé en novembre 2006 et est remboursé par la Sécurité sociale depuis juillet 2007. Le Cervarix®, vaccin bivalent, a reçu l'AMM en septembre 2007, est commercialisé depuis mars 2008 et est remboursé depuis juillet 2008. (6)

3.2 Evolution des recommandations vaccinales

De 2005 à 2012, le Comité technique des vaccinations/Conseil supérieur d'hygiène publique de France, ensuite remplacé par le Haut Conseil de la Santé Publique, (HCSP), a émis onze avis relatifs à la vaccination contre les Human Papillomavirus, en s'appuyant sur l'évolution des connaissances concernant les deux vaccins.

Dans son avis du 9 mars 2007, le Conseil supérieur d'hygiène publique de France recommandait pour le vaccin Gardasil® la vaccination des adolescentes de 14 ans, avant qu'elles ne soient exposées à l'infection à Human Papillomavirus. Il préconisait également qu'un rattrapage soit proposé aux jeunes filles de 15 à 23 ans, vierges ou dans la limite d'un an après les premiers rapports sexuels. Ces recommandations s'appuyaient sur l'âge moyen des premiers rapports sexuels qui était de 17,5 ans en 2007, avec seulement 3% de femmes qui déclaraient avoir débuté leur activité sexuelle avant 14 ans. Le HCSP avait également pris en compte le manque de données concernant la durée de protection. Une vaccination trop précoce aurait pu contraindre à réaliser des rappels ultérieurs. Enfin, en 2007, aucune étude n'avait autorisé la co-administration avec le rappel DTCaP réalisé à 11-13 ans. (41) (42)

Le 14 décembre 2007, le HCSP publiait un avis sur le Cervarix®. Dans cet avis, le HCSP recommandait l'utilisation préférentielle du vaccin quadrivalent par rapport au vaccin bivalent. Cet avis se basait sur les connaissances disponibles à l'époque, à savoir : l'absence de prévention vis-à-vis des HPV de génotypes 6 et 11 ; le manque de données concernant l'efficacité du vaccin sur les lésions précancéreuses ; l'insuffisance de données concernant la tolérance de l'adjuvant contenu dans le vaccin. L'insuffisance de données permettant d'évaluer si l'absence de protection vis-à-vis des génotypes 6 et 11 serait compensée par une plus longue durée d'action ou par une protection croisée vis-à-vis d'autres HPV oncogènes. (1) (43)

L'acquisition de nouvelles données sur les deux vaccins a conduit à une auto-saisie du HCSP le 17 décembre 2010. Le Comité Technique des Vaccinations (CTV) a pris en considération : la prédominance des HPV 16 et 18 dans la population européenne. Les nouvelles données issues des analyses finales à environ 4 ans des deux vaccins ; l'existence d'une protection croisée contre les génotypes 31 et 45 pour le vaccin bivalent et contre le génotype 31 pour le vaccin quadrivalent. Le taux d'anticorps persistant à long

terme plus élevé avec le vaccin bivalent. Le HCSP a donc conclu qu'il n'y avait plus lieu de recommander de façon préférentielle l'un ou l'autre des vaccins, en soulignant que l'absence d'essai comparatif ne permettait pas de comparer strictement les données d'efficacité des deux vaccins. (41)

Les pratiques en matière de sexualité ont beaucoup évolué ces dernières années, obligeant à réévaluer l'âge de la vaccination. En effet, en 2005, l'enquête baromètre santé menée par l'Inpes mentionnait que la vie sexuelle avait débuté pour 1,6 % des adolescentes avant 14 ans, 6,3 % avant 15 ans et 79 % avant 20 ans. En 2008, une enquête sur la sexualité en France montrait que seules 12,8 % des jeunes femmes de 20 à 24 ans déclaraient ne jamais avoir eu de rapports sexuels. En 2010, une nouvelle enquête est réalisée sur la santé des collégiens français, dans le cadre de l'étude internationale « *Health Behaviour in School-aged Children* ». Les résultats de cette enquête montrent notamment que parmi les jeunes filles interrogées, 3,6 % déclaraient avoir eu des rapports sexuels avant l'âge de 13 ans et 14,1 % avant l'âge de 15 ans. (44) (45) (46)

Dans son avis du 28 septembre 2012, le HCSP a révisé l'âge de la vaccination contre les infections à Human Papillomavirus ainsi que celui du rattrapage vaccinal. La vaccination est désormais recommandée pour toutes les jeunes filles de 11 à 14 ans et en rattrapage vaccinal, pour les jeunes filles et jeunes femmes entre 15 et 19 ans révolus, non encore vaccinées. Le HCSP a pris en considération le taux de couverture vaccinale en diminution en France, la difficulté à vacciner à l'âge de 14 ans, alors que la plupart des pays vaccinent à un âge plus jeune, ainsi que le faible taux de vaccination au-delà de 19 ans. La recommandation s'appuie également sur des études qui ont montré que plus la vaccination commence tôt, meilleure sera l'immunogénicité, alors que la tolérance est la même, quel que soit l'âge. Le rattrapage jusqu'à 19 ans permet à des jeunes filles majeures de choisir de se faire vacciner sans avoir besoin de l'accord de leurs parents. Le HCSP rappelle que le vaccin anti-HPV ne protège pas à 100% contre les lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus. La vaccination ne peut donc pas se substituer au dépistage par frottis cervico-utérin. (44) (47)

Un nouveau calendrier vaccinal a été édité en avril 2013 en France. Il suit les recommandations du HCSP, concernant les modifications de l'âge de la vaccination. Il précise également que l'une des trois injections du vaccin anti-HPV peut être co-

administrée avec le rappel diphtérie-tétanos-coqueluche-poliomyélite prévu entre 11 et 13 ans ou avec le vaccin contre l'hépatite B. (48)

3.3 Historique des campagnes d'information

En France, le ministère chargé de la Santé n'a pas choisi de faire de campagne de vaccination systématique nationale. La vaccination résulte donc d'une démarche individuelle des adolescentes. En revanche, plusieurs campagnes d'information ont été lancées depuis la commercialisation des vaccins. (1)

Un deuxième Plan cancer a été établi en 2009, dans la continuité du Plan cancer 2003-2007, afin d'améliorer la prise en charge des cancers en France. Il s'inspire du rapport remis au président de la République par le Professeur Jean-Pierre Grünfeld en février 2009 : « *Recommandations pour le Plan cancer 2009-2013* ». Concernant le vaccin anti-HPV, ce Plan cancer avait pour objectif l'obtention d'une meilleure couverture vaccinale par le biais, notamment, de la diffusion d'une information publique sur la vaccination anti-HPV. Dans ce cadre, l'INCa a mené régulièrement des campagnes d'information sur la prévention et le dépistage des cancers du col de l'utérus dans le but de rappeler l'importance du dépistage par frottis, d'informer sur la vaccination anti-HPV, de réduire les inégalités d'accès au dépistage du cancer du col utérin et d'accompagner les départements expérimentant le dépistage organisé. (1) (49)

En 2010, la première campagne nationale de mobilisation contre le cancer du col de l'utérus est lancée par le ministère de la Santé et des Sports et l'INCa, en partenariat avec l'Assurance Maladie, la Mutualité sociale agricole et le Régime social des indépendants. L'objectif est de sensibiliser les femmes à l'importance de la prévention et du dépistage de ce cancer. Le dispositif d'information et de communication associe : des outils d'information sur le dépistage à destination de toutes les femmes avec une campagne radio nationale et des documents d'information ; des outils d'information sur la vaccination à destination des jeunes filles et de leurs mères avec une campagne sur Internet et des dépliants ; et enfin, des outils mis à la disposition des professionnels de santé. (50)

En juin 2013, l'INCa lance la dernière campagne en date : une campagne radio d'information sur la nécessité de réaliser un frottis de dépistage tous les 3 ans et ce

jusqu'à 65 ans. L'INCa met également à disposition du public, via son site internet, des documents d'information sur la vaccination et le dépistage. (51)

3.4 Modalités pratiques

Le nouveau calendrier vaccinal, édité en avril 2013, s'appuie sur les recommandations du HCSP du 28 septembre 2012. La vaccination contre le HPV est désormais recommandée pour toutes les jeunes filles de 11 à 14 ans, avec un rattrapage vaccinal pour les jeunes filles et jeunes femmes âgées de 15 à 19 ans révolus. L'indication du vaccin ne fait plus mention de l'âge des premiers rapports sexuels, mais la vaccination est plus efficace si la jeune fille n'a pas encore été infectée par le HPV. (44) (52) (48)

Le schéma vaccinal complet, constitué de 3 injections, diffère selon la marque de vaccin. Pour le Cervarix®, la deuxième injection doit être faite 1 mois après la première, et la troisième, 5 mois après la deuxième. Pour le Gardasil®, la deuxième injection se fait à 2 mois, et la troisième, 4 mois après. Si le schéma vaccinal a été interrompu, les doses manquantes doivent être administrées quel que soit le délai écoulé depuis la dernière vaccination, pour arriver à un total de trois doses. Le prescripteur peut utiliser indifféremment l'un ou l'autre des vaccins à l'initiation, cependant, ils ne sont pas interchangeables, et toute vaccination débutée avec un vaccin doit être poursuivie avec le même vaccin. (47) (52)

Les deux vaccins peuvent être administrés en même temps que le vaccin combiné de rappel diphtérie-tétanos-poliomyélite-coquelucheux acellulaire ou que le vaccin contre l'hépatite B. Pour le Cervarix® uniquement, une co-administration est également possible, avec le vaccin combiné hépatite A et B. (47) (44)

Le vaccin est actuellement pris en charge à 65% par l'Assurance Maladie chez les jeunes filles âgées de 11 à 19 ans révolus. (47)

3.5 Deux vaccins disponibles

Deux vaccins prophylactiques dirigés contre certains génotypes de HPV sont commercialisés en France : le vaccin quadrivalent Gardasil® et le vaccin bivalent Cervarix®.

Les deux vaccins protègent contre les lésions précancéreuses et les cancers du col de l'utérus causés par les HPV de génotypes 16 et 18, qui sont responsables dans 70% des cas de ces lésions. Le Gardasil® est un vaccin recombinant quadrivalent, qui protège contre les génotypes de HPV oncogènes 16 et 18, et contre le génotype 31 par réactions croisées. Il protège également contre les HPV 6 et 11, non cancérigènes mais responsables du développement de lésions bénignes appelées condylomes. Le Cervarix® est un vaccin recombinant bivalent qui protège contre les génotypes 16 et 18. Son adjuvant, l'ASO4, favorise des réactions croisées avec deux autres génotypes oncogènes, les HPV 31 et 45. (5) (7) (41) (53)

Le Gardasil® a été conçu par le laboratoire Merck et est distribué en Europe par le laboratoire Sanofi-Pasteur MSD. Une injection coûte 123,44 euros. Le Cervarix® est commercialisé par le laboratoire Glaxo-Smith-Kline. Le prix d'un vaccin est de 111,52 euros. Les deux vaccins ont l'AMM dès l'âge de 9 ans. (5) (54)

Dans son avis du 17 décembre 2010, le HSCP a considéré que les vaccins Gardasil® et Cervarix® étaient équivalents en termes de protection contre les lésions précancéreuses du cancer du col utérin. (41)

3.6 Proportion de jeunes filles vaccinées en France

Il est primordial d'obtenir une couverture vaccinale élevée pour la prévention individuelle du cancer du col de l'utérus, mais également afin d'obtenir une immunité de groupe. Or les taux de vaccination anti-HPV en France sont actuellement insuffisants pour permettre la mise en place de cette immunité de groupe. Au 31 décembre 2011, 45,3% des adolescentes de 15 à 17 ans avaient reçu au moins une dose de vaccin. Cependant, 29,9% seulement avaient bénéficié des trois doses recommandées.

Il existe une inégalité sociale d'accès à la vaccination en France. Le taux de vaccination des adolescentes issues de familles de professions intermédiaires est à 38 %

alors que celui des jeunes filles issues de familles dont la personne référente est chômeuse ou retraitée est à 16 %. (7) (44) (49)

Le suivi des taux de couverture en fonction de l'âge des adolescentes révèle que la couverture vaccinale pour une dose a diminué entre 2010 et 2011. Elle est notamment passée de 49,9 % en 2010 chez les jeunes filles de 16 ans à 46,8 % en 2011. La couverture vaccinale pour trois doses était, par contre, restée stable chez les jeunes filles de 15 ans, entre 2010 et 2011. Ces chiffres montrent une diminution de l'adhésion à la vaccination entre 2010 et 2011. (44)

3.7 Immunogénicité

Les données immunologiques recueillies au cours des essais thérapeutiques du vaccin Gardasil® montrent qu'après vaccination le taux d'anticorps est supérieur à celui qui est constaté après une infection naturelle par HPV. (55)

Les vaccins contre le HPV sont des vaccins préventifs. Ils n'ont aucune efficacité sur une infection à HPV en cours et sont inutiles chez des femmes précédemment infectées par le virus car ils ne renforcent pas l'immunité. (47)

Au plus la vaccination est initiée tôt, meilleure est l'immunogénicité. En effet, des études montrent que, 7 mois après la vaccination, les titres en anticorps sont plus élevés chez les jeunes filles âgées de 9 à 15 ans que chez celles âgées de 16 à 26 ans pour le Gardasil®. Pour le Cervarix®, ils sont, par ordre décroissant, plus élevés chez les jeunes filles de 9 ans que chez celles de 10 à 14 ans et enfin que chez celles âgées de 15 à 25 ans. (44)

Les études ont démontré que, pour le Gardasil®, les anticorps persistent à un taux supérieur à celui de l'immunité naturelle jusqu'au soixantième mois au moins chez les femmes âgées de 16 à 26 ans lors de la vaccination. Pour le Cervarix®, ils persistent jusqu'à cent treize mois au moins chez les femmes âgées de 15 à 25 ans lors de la vaccination.

Les sujets ayant une réponse immunitaire altérée, suite notamment à l'utilisation d'un traitement immunosuppresseur puissant, à une infection par le VIH ou à une anomalie génétique, peuvent ne pas répondre au vaccin. (54)

3.8 Efficacité du vaccin anti-HPV

Dans son avis du 20 mars 2013, la Haute Autorité de Santé considère que « *le service médical rendu par ce vaccin est important dans la population recommandée par le Haut Conseil de Santé Publique dans le calendrier vaccinal en vigueur* ». (40)

3.8.1 Prévention des lésions cervicales de haut grade

Le délai entre la contamination par le virus et l'apparition d'un cancer étant en moyenne de 15 ans, le recul n'est pas suffisant à l'heure actuelle pour juger de la pleine efficacité du vaccin sur le cancer. Les premières données épidémiologiques ne seront donc disponibles qu'au-delà de cette période de 15 ans après le début de la vaccination. On peut toutefois évaluer l'impact du vaccin sur le cancer du col utérin de façon indirecte, par l'étude de son efficacité sur la prévention des lésions cervicales de haut grade.

Les vaccins anti-HPV actuels protègent contre une grande partie des souches oncogènes. Toutefois, une partie des souches oncogènes n'est pas couverte par ces vaccins. (5) (53)

La vaccination ne garantit pas une protection totale contre les lésions précancéreuses et le cancer du col de l'utérus. Cependant, si la couverture vaccinale était de 100%, on estime à plus de 70%, voire 80% le nombre de cancers du col de l'utérus non dépistés par FCU qui pourraient être évités par la vaccination d'une population de jeunes filles n'ayant pas été en contact avec le virus au préalable. (5)

D'après le travail réalisé en 2008 par l'InVs sur « *L'introduction de la vaccination contre les HPV dans le calendrier vaccinal* », avec un taux de couverture vaccinale de 30% des adolescentes de 14 ans, sans dépistage organisé du cancer du col de l'utérus, l'impact épidémiologique serait faible. On obtiendrait une diminution de 8,2% des cancers et 6,1% des décès. Si le taux de couverture vaccinale était de 80%, on pourrait obtenir une diminution de 21,9% des cancers et 16,3% des décès. Enfin, un dépistage organisé associé à la vaccination de 80% des adolescentes permettrait une diminution de 34% du nombre de cancers du col sur les 70 premières années. En 2009, le *Journal de Gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction* publie un article qui montre que'on

diminuerait de 72% le nombre de cas résiduels estimé de cancers invasifs du col de l'utérus, si l'on associait le dépistage à la vaccination de 80 % des jeunes filles de 14 ans, par rapport au dépistage seul. (56) (57)

En octobre 2011, le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) a publié un avis relatif au vaccin Gardasil®. Avec 4 ans de recul, dans la population per protocole, c'est-à-dire les femmes naïves en ce qui concerne l'infection HPV jusqu'à la 3^{ème} injection, son efficacité dans la prévention des lésions cervicales de haut grade liées aux HPV 16 et 18 était de 98,2 % (IC 95 % : 93,5-99,8). Dans la population en intention de traiter, c'est-à-dire la population de l'étude, qui inclut également les femmes infectées et celles qui n'ont pas reçu toutes les injections, l'efficacité du vaccin chutait à 51,8% (IC 95 % : 40,1-60,7). (53)

Pour le Cervarix®, l'efficacité dans la prévention des lésions cervicales de haut grade (CIN 2 et au-delà) liées aux génotypes 16 et 18, en per protocole, avec un suivi de 4 ans, était de 94,9 % (IC 95% : 87,7-98,4). (44)

3.8.2 Prévention des autres lésions génitales de haut grade

Le Gardasil® présente une efficacité de 100 % (IC 95 % : 67,2-100,0) dans la prévention des lésions vulvaires de haut grade liées aux HPV 6, 11, 16 et 18, et une efficacité de 100% (IC 95 % : 55,4-100,0) concernant la prévention des lésions vaginales de haut grade, dans la population per protocole. (53)

3.8.3 Prévention des condylomes vulvaires

Dans la population per protocole des études concernant le Gardasil®, l'efficacité du vaccin vis-à-vis des condylomes liés aux génotypes 6, 11, 16 et 18 était de 99,0 % (IC 95 % : 96,2-99,9). Elle était de 80,3 % (IC 95 % : 73,9-85,3) dans la population en intention de traiter. (53)

D'après l'étude « *Modélisation de l'impact de la vaccination HPV quadrivalente en France* » publiée en 2009, 65% des cas de condylomes acuminés externes pourraient être évités chez les femmes par la vaccination. (57)

3.9 Contre-indications, effets secondaires et tolérance

3.9.1 Contre-indications

Le vaccin est contre-indiqué en cas d'hypersensibilité aux substances actives ou à l'un des excipients du vaccin.

L'administration doit être différée chez les personnes souffrant d'une maladie fébrile aiguë sévère. Cependant, la présence d'une infection mineure ou d'une fièvre peu élevée n'est pas une contre-indication à la vaccination. (54)

La vaccination n'est pas indiquée chez les femmes enceintes et chez les femmes qui ont ou ont eu des lésions dépistées par frottis. Les sujets ayant une réponse immunitaire altérée peuvent ne pas répondre au vaccin. (47) (54)

3.9.2 Effets secondaires

Depuis leur commercialisation, les deux vaccins font l'objet d'un suivi national renforcé de pharmacovigilance dans le cadre d'un plan de gestion de risque national et européen. Le rapport bénéfices / risques de ce vaccin, au regard de l'ensemble des données d'efficacité et de sécurité, reste favorable. (2)

Les effets secondaires les plus fréquemment rapportés sont des réactions locales au point d'injection, à type de rougeur, douleur ou démangeaisons, des pics fébriles, des malaises bénins transitoires et des céphalées. Ce sont les mêmes effets secondaires que ceux observables après toute vaccination. (2)

En novembre 2013, l'Agence Nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) a publié les données de sécurité actualisées du vaccin Gardasil®. Fin mai 2013, plus de 127 millions de doses du vaccin ont été distribuées dans le monde. L'analyse des données de pharmacovigilance a relevé 26 675 effets indésirables graves dont 113 cas de sclérose en plaques (SEP). Plus de 5 millions de doses ont été distribuées en France, depuis sa commercialisation en 2006. Sur cette période, 435 cas d'effets indésirables graves dont 135 de maladies auto-immunes incluant 15 cas de SEP ont été rapportés au réseau national des Centres régionaux de pharmacovigilance et au laboratoire concerné pour ce vaccin. Les données de la littérature internationale et

française, ainsi que les données du Système National d'Informations Inter Régions de l'Assurance Maladie (SNIIRAM) qui a étudié une population de près de 2 millions de jeunes filles nées entre 1992 et 1996 et suivies entre 2008 et 2010, ne montrent pas d'augmentation de l'incidence des maladies auto-immunes ni plus particulièrement de SEP après une vaccination par Gardasil®. (2)

3.9.3 Tolérance

La tolérance locale et générale des deux vaccins est jugée satisfaisante. La tolérance vis-à-vis du vaccin est la même quel que soit l'âge. (5) (44)

3.10 Evolution des génotypes de HPV

Le Centre national de référence des papillomavirus humains (CNR-HPV) a été créé suite à la mise en place de la vaccination anti-HPV afin d'assurer la surveillance des HPV en France, sous l'égide de l'InVs. Le CNR-HPV a été attribué à l'unité de Génétique, Papillomavirus et Cancer Humain de l'Institut Pasteur à Paris. Il a notamment pour mission d'assurer le suivi des souches d'HPV responsables de lésions précancéreuses ou cancéreuses et d'identifier l'émergence éventuelle de nouveaux génotypes ou de nouveaux variants. Il doit également alerter l'InVs sur l'apparition d'un nouveau génotype ou d'un génotype rare. Il contribue aux réseaux de surveillance des HPV internationaux. Enfin, il fournit à l'InVs les données nécessaires à l'évaluation de la politique vaccinale et au choix des génotypes qui doivent être inclus dans les vaccins anti-HPV de deuxième génération. (53) (58)

A ce jour, la surveillance de l'écologie virale n'a pas mis en évidence l'apparition de génotypes rares pour occuper la niche laissée vacante par la vaccination. Les données actuelles ne sont pas non plus en faveur de l'émergence de souches variantes des HPV 16 et 18 qui auraient échappé à la réaction immunitaire. (53)

4 ENJEUX ET PROBLEMATIQUES

4.1 Une couverture vaccinale insuffisante

La France se caractérise par une faible couverture vaccinale. Au 31 décembre 2011, 29,9% des jeunes filles de 15 à 17 ans avaient bénéficié des trois doses recommandées.

A ce faible taux, s'ajoute un autre problème : le taux de compliance insatisfaisant, de l'ordre de 72% pour les jeunes filles de 15 à 17 ans. Il existe une difficulté à la fois à initier le schéma vaccinal et à le mener à son terme. (7) (44)

Certains pays, comme l'Australie ou la Grande-Bretagne présentent des taux de vaccinations approchant les 80% pour la vaccination complète. (13)

Ces Etats ont souvent fait des choix de santé publique différents de ceux de la France. La vaccination est organisée en milieu scolaire en Suisse, en Australie ou encore au Canada, où il est également recommandé de vacciner les garçons. (59)

A Lille, un travail de thèse réalisé en 2009 sur les modalités de délivrance du vaccin, estimait le taux de couverture vaccinale global à 17% dans le Nord-Pas-de-Calais. Ce chiffre correspond à la proportion de jeunes filles de 14 à 23 ans ayant reçu au moins une injection.(60)

4.2 Controverses et doutes scientifiques

Certaines voix de scientifiques se sont élevées dès les années 2000 pour prévenir des dangers supposés du vaccin anti-HPV. Des médecins ont craint que ne se répande l'idée que le vaccin bivalent ne pouvait pas éradiquer le cancer du col.

Ils rappellent que l'épidémiologie n'est pas la même selon les niveaux économiques des pays. Par exemple, pour 100 000 femmes, on relève 55 cancers invasifs au Zimbabwe, contre 2,5 en Israël. (61)

Au sein même de l'Europe il existe des disparités : la prévalence des cancers invasifs du col utérin pour 100 000 femmes est de 4 en Finlande et de 12,9 en Autriche.

Les particularités culturelles, l'épidémiologie nationale du HPV et les modalités du dépistage doivent être intégrées dans la stratégie vaccinale de chaque pays.

Ainsi Peigue-Lafeuille, en 2007, se posait la question du maintien de l'immunité et donc de l'éventualité d'un rappel. Il s'interrogeait également sur le risque d'augmentation paradoxale de l'incidence des cancers si les femmes vaccinées ne se faisaient plus dépister, et il craignait une diffusion des IST. Ces questions persistent à propos du vaccin. (62) (63) (53)

En ce qui concerne la durée d'efficacité : la durée de protection des vaccins anti-HPV contre les lésions précancéreuses liées aux HPV 16 et 18 est d'au moins 4 ans, mais les données actuelles ne permettent pas de statuer sur la protection à long terme et sur la nécessité d'un rappel. (47)

Les hautes instances de santé restent prudentes à ce sujet et n'excluent pas cette éventualité. (64)

Si un rappel était nécessaire et que certaines femmes le négligeaient, la survenue des cancers du col utérin pourrait être décalée vers un âge plus avancé. De plus, l'efficacité du vaccin pourrait n'être que temporaire si d'autres génotypes d'HPV venaient remplacer les HPV 16 et 18.

En ce qui concerne la diffusion des IST, un autre risque de la vaccination serait de diminuer l'utilisation du préservatif, car le vaccin peut être perçu comme une protection contre l'ensemble des maladies sexuellement transmissibles. (63)

4.3 Thèses réalisées sur le vaccin anti-HPV

Depuis sa mise sur le marché, l'intégration de ce nouveau vaccin dans le calendrier vaccinal interpelle les chercheurs. Depuis quelques années, de nombreux travaux de thèses, qualitatifs ou quantitatifs, ont évalué les freins à la vaccination contre le Human Papillomavirus en France, le plus souvent selon le point de vue des médecins. Une étude portait sur l'opinion des adolescentes. On ne relève pas de travail réalisé auprès des parents.

4.3.1 L'information des adolescentes

Les études réalisées auprès d'adolescentes comme de médecin s'accordent sur la carence d'information des adolescentes et sur leurs idées fausses sur le vaccin. (65) (66) (67). La place centrale du médecin et l'importance de l'information qu'il délivre sont également rapportées. (65) (68)

Certains médecins sont en demande de techniques de communication pour échanger plus facilement avec les jeunes patientes et leurs parents. (69)

Le faible suivi des adolescentes par le médecin est également rapporté. (65)

Un auteur estime qu'en mai 2009, dans le Nord-Pas-de-Calais, 91% des prescriptions du vaccin anti-HPV étaient réalisées par des médecins généralistes. (60)

4.3.2 Le niveau d'information du médecin généraliste

En 2008, une étude réalisée en Loire-Atlantique auprès de 490 médecins généralistes évalue le niveau de connaissance des médecins à propos de la recommandation sur le Gardasil®. Cette étude conclut à un niveau de connaissance moyen et l'attribue à une mauvaise qualité de la diffusion des recommandations. L'efficacité des moyens mis en œuvre par l'HAS est mise en cause. (70)

Dans une étude réalisée en 2009, il est question de savoir si le comportement des médecins généralistes du Rhône vis-à-vis du Gardasil® résulte d'un choix éclairé. Les médecins formés par les visiteurs médicaux ont un score de connaissance significativement plus faible. Les méconnaissances des médecins seraient en partie liées aux informations alarmistes de l'industrie pharmaceutique. Les auteurs concluent sur l'importance pour les médecins de rester critiques et vigilants par rapport aux conflits d'intérêts existant au sein des formations continues et des colloques. (71)

4.4 Les discours anti-vaccin

4.4.1 La "plainte de Bordeaux" en novembre 2013

Plusieurs polémiques ont marqué la presse et l'opinion publique depuis la mise sur le marché du vaccin. Une plainte a été déposée fin novembre 2013 par une patiente de

18 ans, pour « *violation d'une obligation manifeste de sécurité et méconnaissance des principes de précaution et prévention* ». Le diagnostic de sclérose en plaques a été posé chez cette patiente, quelques mois après qu'elle a reçu les deux premières injections. La Commission de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux (CCI) d'Aquitaine a conclu en juin 2013, au « *lien d'imputabilité entre le vaccin et la pathologie* ». (72)

Les symptômes présentés ont été qualifiés par les experts de « *réaction inflammatoire aiguë du système nerveux central ayant décompensé un processus immunitaire* ». La concordance chronologique et la nature inflammatoire des troubles les ont convaincus de l'existence d'un lien de causalité.(73)

La CCI a cependant limité à 50% de ses préjudices l'indemnisation de Marie-Océane, « *au motif d'un état antérieur non identifié mais laissant supposer une vulnérabilité génétique* ». (74)

Cette plainte a relancé un débat dans la presse classique, où se sont multipliés les titres créant la polémique. Pour y répondre, l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM) a publié les données de sécurité actualisées du vaccin Gardasil®.

La Direction générale de la santé a publié sur le site du ministère de la Santé un point d'information sur la vaccination comprenant un bilan des données d'efficacité et de sécurité. L'objectif était de répondre aux interrogations des patients. (75)

Le Professeur Daniel Floret, président du Comité technique des vaccinations, a réagi par voie de presse médicale à la plainte de Bordeaux. Il explique que le lien de causalité entre le vaccin et le déclenchement d'une maladie auto-immune n'a jamais été scientifiquement établi et que la CCI a indemnisé la victime d'après les conclusions d'un seul expert. (76)

Dans cette affaire, on peut relever la médiatisation importante dont a fait l'objet la patiente sur les grandes chaînes nationales de télévision et de radio, ainsi que dans la presse écrite. Les autorités de santé et les revues indépendantes se sont unanimement prononcées pour la poursuite de la vaccination, publiant en l'espace de quelques jours de nombreux communiqués visant à rassurer la population sur l'innocuité du vaccin.

4.4.2 Les lobbys anti-vaccin

Si l'on effectue une recherche "Vaccin anti-HPV" sur un moteur de recherche classique type Google®, la troisième réponse correspond au site du médecin et romancier, Martin Zaffran, qui écrit sous le pseudonyme de Martin Winckler. Il explique que la vaccination n'est absolument pas obligatoire et que son efficacité n'est pas démontrée. L'auteur rappelle que le spot télévisé de 2007 pour la vaccination, appuyé par des associations telles que le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF), a aussi été soutenu par le laboratoire Sanofi Pasteur®. Il s'agit selon lui, d'une publicité commerciale déguisée. En outre, il recommande « *le livre de référence sur la manière dont l'industrie a "inventé" le risque des HPV pour commercialiser un vaccin [...] La piqûre de trop, de Catherine Riva et Jean-Pierre Spinosa (Ed. Xenia).* » Martin Zaffran a été rédacteur en chef adjoint de la revue *Prescrire*® de 1983 à 1989. (77)

On peut également citer les blogs associatifs *Les filles et le Gardasil* (78) et *Initiative Citoyenne*, (79) qui dénoncent « *la collusion [...] entre les industriels et les faux évaluateurs non indépendants qui n'ont, à raison plus aucune crédibilité.* »

4.4.3 Le débat dans le monde politique

Des personnalités politiques n'hésitent pas s'exprimer sur le sujet. Sur le site internet du député de la deuxième circonscription de Haute-Garonne, le Docteur Gérard Bapt, président de la mission d'information sur le Médiateur®, on peut lire : « *La vaccination [...] concernant le Papillomavirus et la prétendue prévention du cancer du col de l'utérus [...] ne tient aucun compte des effets indésirables graves qui peuvent survenir chez de toutes jeunes filles. [...] On fait donc courir un risque à un petit nombre de jeunes filles contre un bénéfice totalement hypothétique qui ne pourra être constaté que dans 20 ou 30 ans.* » (80)

En octobre 2011, une conférence-débat de consensus réunissait à l'Assemblée nationale, le Député Gérard Bapt, Catherine Riva et Jean-Pierre Spinosa, auteurs de *La piqûre de trop*, ainsi que plusieurs autres médecins, à l'initiative de l'Association de formation médicale continue et de développement de la qualité, de l'évaluation et de la recherche en santé de l'Océan Indien.

La question du manque de transparence des informations données et des conflits d'intérêts est évoquée ainsi que le risque de négligence vis-à-vis du frottis qui, par retard diagnostic, entraînerait une surmortalité. Le Docteur Spinosa rappelle l'écart d'efficacité qui existe entre le groupe "per protocole" et la population en "intention de traiter", déjà infectée. Il craint que le vaccin n'entraîne une augmentation de l'incidence des lésions qui ne seront pas dues aux HPV 16 et 18. En outre, une étude demandée par la Food and Drugs Administration (FDA) conclut, selon lui, à l'inefficacité du vaccin sur la réduction du nombre total de lésions. Celles-ci peuvent être induites par d'autres génotypes. Il lui est opposé que les HPV 16 et 18 sont les deux souches les plus fréquentes en France et qu'il n'est pas prouvé que la vaccination fera émerger d'autres souches.

Le débat est mené ensuite sur le terrain de la formation médicale continue et sur le bénéfice financier représenté par les vaccins anti-HPV. La vaccination n'était pas, avant la mise sur le marché de ces vaccins, un secteur de recherche valorisé ou rentable sur le plan financier, selon quelques personnes présentes à ce débat. (81)

4.5 Intérêt et enjeux de cette étude

Sept ans après la mise sur le marché du vaccin, la couverture vaccinale n'a pas atteint les objectifs attendus. Les campagnes d'information et les recommandations du Plan cancer 2009-2013 ne suffisent pas, pour le moment, à inverser cette tendance.

Depuis avril 2013, le calendrier vaccinal a évolué. La limite d'un an après le début de la vie sexuelle a disparu des indications et le vaccin peut désormais être pratiqué dès onze ans.

Cette étude a pour objet de mettre en lumière les réticences à la vaccination chez les médecins traitants et chez les parents des jeunes filles en âge d'être vaccinées.

L'enjeu est de produire de nouvelles données sur le ressenti des acteurs de la décision par rapport à la vaccination. Il s'agit de comprendre les comportements des parents et des médecins dans un contexte de changement des recommandations vaccinales, et de polémiques autour des effets secondaires présumés du vaccin. Ces informations actualisées pourront permettre une nouvelle approche de la démarche vaccinale, basée sur les attentes et les difficultés des acteurs de la consultation. Cette étude permet de mettre en parallèle les réticences des parents et celle des médecins.

Matériel et Méthode

1 CHOIX DE LA METHODE QUALITATIVE

Plusieurs travaux quantitatifs ont pour objet la question de l'accueil du vaccin anti-HPV en médecine générale. Dans ce type d'étude, le chercheur pose des questions fermées aux personnes interrogées afin de confirmer ou d'infirmer son hypothèse préétablie. Les réponses sont ensuite quantifiées. Les études quantitatives n'offrent pas la possibilité de voir surgir des opinions nouvelles. Elles permettent de quantifier les attitudes des acteurs du système de soins mais elles ne les expliquent pas. (82)

La méthode qualitative, elle, observe les interactions sociales et interprète les perspectives individuelles. Elle permet d'étudier ce qui peut amener les personnes interrogées à modifier leurs attitudes et leurs choix. (83)

La présente étude cherche à comprendre les difficultés et les attentes des médecins et des parents en les laissant s'exprimer. Il ne s'agit pas de convertir les opinions en nombre, ni de quantifier des comportements, mais de saisir le sens que les individus attribuent à leurs actions. (82)

Le choix de la méthode qualitative s'imposait pour cette étude car le but était de faire émerger le plus grand nombre possible d'idées sur le thème de la vaccination contre le Human Papillomavirus.

La question du vaccin contre le Human Papillomavirus soulève des interrogations délicates et subjectives : la contamination par une maladie sexuellement transmissible, le cancer, la peur des vaccins, la relation médecin-patient. Ces sujets sont liés à des représentations profondes et complexes, et la méthode qualitative permet d'étudier les comportements et d'explorer l'expérience vécue. (82)

La vocation de cette étude est de produire des données originales expliquant les résistances à la vaccination.

En recherche qualitative, l'hypothèse est générée à partir des faits observés : le chercheur va de l'observation à l'hypothèse. C'est une démarche inductive, interprétative. L'élaboration est progressive, au fur et à mesure du recueil de données. Cela peut conduire à modifier la méthodologie ou le choix de l'échantillonnage en cours d'étude. (83) (82)

2 SCIENTIFICITE EN RECHERCHE QUALITATIVE

Le mode d'investigation de la recherche qualitative a longtemps provoqué des réticences de la part des revues scientifiques mais la rigueur des transcriptions et des codages ainsi que la saturation des données sont de bons indicateurs de la valeur scientifique d'une étude. Des grilles d'analyse pour articles de recherche qualitative, apparaissent depuis quelques années. Elles permettent de reconnaître le sérieux de ces études. Cependant des grilles d'analyses pour les articles de recherche qualitative apparaissent depuis quelques années. (83)

Il existe en effet des critères d'évaluation de la qualité scientifique d'une investigation qualitative. Le respect de ces critères détermine la validité interne et externe d'une étude.

La validité interne d'une étude est obtenue si les résultats correspondent à la réalité. Il existe plusieurs moyens pour y parvenir dans le cadre d'un travail qualitatif :

- La triangulation des données : cela consiste à comparer les résultats obtenus à partir de plusieurs techniques de recueil de données (Focus Groups et entretiens individuels) ou à partir de plusieurs sources de données (par exemple : entretiens avec des patients et des médecins).
- La triangulation des chercheurs : il s'agit de renforcer la validité des résultats en croisant et en confrontant les analyses de plusieurs chercheurs, effectuées indépendamment. La convergence des résultats est un gage de scientificité.
- La saturation des données : elle est obtenue quand aucun nouvel entretien n'apporte de données supplémentaires.
- La recherche d'objectivité : pour éviter toute confusion ou mauvaise interprétation, les propos des personnes interrogées doivent être reformulés par l'enquêteur et validés par les intéressés.

La validité externe est obtenue si les résultats peuvent être généralisés à d'autres contextes ou à d'autres objets. Pour cela la démarche qualitative doit comporter certaines étapes :

- L'utilisation d'un échantillon ciblé représentatif de la problématique : les participants doivent correspondre à la population concernée par le sujet de l'étude. Cet échantillon doit être décrit le plus précisément possible.
- La confrontation des résultats aux données de la littérature. (83)(84)

3 METHODES DE RECUEIL DE DONNEES

3.1 Choix des entretiens semi-dirigés

Dans ce type d'entretien, le chercheur s'appuie sur une grille de questions ouvertes pour questionner le participant individuellement. La grille ou canevas reprend les différents thèmes à aborder. Cependant, ce canevas reste souple et le chercheur peut l'adapter au cours de l'entretien. Les entretiens dirigés ne permettent pas cette prise de liberté et n'ont donc pas été retenus pour cette étude.

L'entretien est enregistré, ce qui permet d'optimiser le recueil de données. L'enquêteur doit prendre les mesures nécessaires pour que les interventions de la personne interrogée soient anonymes. (82)

Dans, cette étude, l'utilisation des entretiens semi-dirigés individuels permettait d'aborder les sujets sensibles plus facilement. La souplesse autorisée par cette méthode favorisait l'émergence d'idées inédites tout en gardant une ligne directrice.

3.2 Choix des Focus Groups

Les Focus Groups sont considérés comme des entretiens semi-dirigés collectifs. L'animateur s'appuie sur une grille de questions préétablies avec la même souplesse que dans un entretien semi-dirigé individuel. (85)

Le débat entre les personnes interrogées est utilisé pour recueillir différents points de vue. L'animateur cherche à favoriser la discussion entre les intervenants. L'échange entre les participants facilite l'émergence de nouvelles données, ce qui n'est pas le cas dans un entretien individuel. Si certains participants s'expriment de manière très libre,

cela peut lever les inhibitions des autres. En moyenne, huit personnes volontaires participent à un Focus Group. Les écueils de cette méthode sont le consensus au sein du groupe, mais également les blocages, les conflits et les réticences à exprimer des idées personnelles. (85) (82)

4 RECRUTEMENT DES PARTICIPANTS

4.1 Echantillonnage en variation maximale

En recherche qualitative, les échantillons dépassent rarement trente individus. Dans ce type d'étude, la taille de l'échantillon est déterminée par l'étude elle-même. Au moment où la saturation des données est atteinte, c'est-à-dire quand tout nouvel entretien n'apporte plus aucune nouvelle donnée, le recueil s'arrête. Cette saturation peut être confirmée par deux ou trois entretiens supplémentaires. A la différence de la recherche quantitative, la recherche qualitative n'exige pas la représentativité statistique de l'échantillon.

Cette étude porte sur la diversité des opinions et des comportements. Le choix s'est porté sur un échantillonnage en recherche de variation maximale. L'objectif était d'interroger des personnes dont les expériences et les caractéristiques étaient les plus diversifiées possible, afin de faire émerger le plus grand nombre de points de vue sur le sujet. L'échantillon devait inclure autant que possible des personnes présentant des variables particulières pouvant diversifier leurs comportements vis-à-vis du vaccin. (83) (85)

Pour les médecins, les variables étaient l'âge, le sexe, le type de patientèle, le mode et le lieu d'exercice et le rapport à la vaccination. Leur caractéristique commune était d'être médecins généralistes en activité.

Pour les parents, les variables étaient l'âge, le sexe, le milieu socio-professionnel, le profil religieux et culturel et le rapport à la vaccination anti-HPV. Leur caractéristique commune était d'être parents de jeunes filles en âge d'être vaccinées.

Dans le recrutement, ont été sélectionnés des participants présentant des caractéristiques les plus variées possibles.

4.2 Respect des personnes

Avant de débiter les investigations, des démarches ont été réalisées auprès du Comité de protection des personnes (CPP). Après un contact téléphonique, plusieurs courriers électroniques ont été envoyés et sont restés sans réponse. Dominique Jacquemin, Professeur en éthique et sciences humaines, et résident de la commission éthique du réseau santé Louvain, a été sollicité afin d'évaluer la validité de cette étude sur le plan éthique. La description des méthodes de recueil et les canevas d'entretiens lui ont été fournis. Il a estimé qu'il n'existait « *aucun obstacle éthique* » à la réalisation des investigations. La Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) a également été contactée par téléphone. La démarche de cette étude ne nécessitait pas de déclaration particulière en l'absence de fichier à caractère nominatif contenant des données personnelles.

4.3 Recrutement des médecins

Certains médecins ont été contactés au hasard par téléphone, parmi une liste des médecins maîtres de stage. D'autres médecins ont été recrutés par contact personnel et enfin, certains médecins ont été recrutés par l'intermédiaire d'un autre praticien. Les principales raisons de refus étaient le manque de temps ou l'incompatibilité des agendas.

4.4 Recrutement des parents

4.4.1 Pour les Focus Groups

Le recrutement des parents s'est avéré beaucoup plus complexe que celui des médecins. Les enquêteurs ont cherché à s'appuyer sur les associations d'aide aux adolescents, sur le rectorat et sur les associations de parents d'élèves. Le but était de garantir une certaine distance avec le monde médical pour préserver la spontanéité des réponses. Cependant, malgré des demandes argumentées, les réponses ont été défavorables. Lors des démarches, la problématique du vaccin a mis en évidence, au mieux un manque d'intérêt, au pire un sentiment d'inquiétude ou de rejet.

Un seul parent a été recruté via une association de parents d'élèves. Les enquêteurs ont été contraints de s'appuyer sur des intermédiaires parmi leurs connaissances personnelles afin d'approcher des parents de jeunes filles de 11 à 19 ans. Le recrutement a été le plus diversifié possible.

Le travail de thèse était succinctement présenté aux parents ainsi que le mode d'interrogatoire. La garantie de l'anonymat était mise en avant. Les parents étaient dans l'ensemble très favorables à une participation. Les refus étaient liés à un manque de temps.

4.4.2 Pour les entretiens individuels

Des entretiens semi-dirigés ont été réalisés avec des parents de jeunes filles en âge d'être vaccinées. Le recrutement a eu lieu lors de consultations proposées par l'Unité territoriale de prévention et d'action sociale d'Haubourdin (UTPAS) qui dépend du Conseil général du Nord-Pas-de-Calais. Après demande écrite, le médecin chef de service de Protection maternelle et infantile a donné son accord pour cette enquête.

A l'issue de la consultation, le travail de thèse était présenté aux parents, sans en préciser les détails, de façon à obtenir des réponses les plus spontanées possibles. Les parents étaient sollicités pour participer à ce travail en répondant à des questions sur leur ressenti par rapport à la vaccination. L'accueil de la part des parents a été très enthousiaste. Une mère a refusé de participer à l'entretien car elle n'avait jamais entendu parler du vaccin et estimait ne pas avoir d'idée à exprimer sur le sujet. Les autres parents sollicités ont accepté.

L'avantage de ce recrutement est d'avoir permis d'interroger des parents inconnus sans lien avec le milieu médical. Leur profil social diversifiait l'échantillonnage réalisé pour le Focus Group.

La principale difficulté a été de recruter des parents dont les filles étaient en âge de recevoir la vaccination car, lors des consultations, la majorité des personnes étaient parents d'enfants en bas âge.

5 CANEVAS D'ENTRETIEN

Les canevas d'entretiens ou grilles de questions sont construits à partir d'une demi-douzaine de thèmes. Les questions sont courtes et claires. Elles sont ouvertes et incitent la personne interrogée à exprimer son expérience et son ressenti. Les questions s'enchaînent du domaine le plus général au plus spécifique. Si la personne interrogée ne s'attarde pas sur les points importants, l'enquêteur utilise des questions de relance pour stimuler et recentrer l'entretien. Le canevas permet de contenir l'entretien dans les limites du sujet tout en laissant le participant et l'animateur libres d'explorer de nouvelles pistes. (85)

L'entretien débutait par des questions dites « brise-glace » afin de mettre les personnes interrogées à l'aise. Les sujets délicats étaient abordés parmi les questions finales afin de ne pas créer une gêne immédiate qui aurait altéré les échanges.

Des modifications ont été apportées au cours de l'étude en intégrant les résultats obtenus dans les premiers échanges. (85)

Deux canevas ont été élaborés, avec des sous-questions différentes. Cinq thèmes étaient communs, mais les sous-questions étaient destinées précisément soit aux parents soit aux médecins. L'objectif était d'obtenir des réponses en miroir, afin de comprendre comment les médecins percevaient les réactions des parents et inversement. Les thèmes communs étaient l'information concernant le vaccin, les représentations positives et négatives du vaccin, les freins à la vaccination, la sexualité et les propositions d'amélioration.

Un seul thème était spécifique à chacun des deux groupes de participants : « le premier acteur de la démarche » pour les parents, et « les acteurs de la décision » pour les médecins traitants.

Les canevas ont été perfectionnés au fur et à mesure des entretiens en fonction des réponses des participants et du déroulement des entretiens. Les grilles de chaque groupe étaient utilisées en entretien individuel et collectif.

6 DEROULEMENT DES ENTRETIENS

6.1 Éléments communs

Avant de débiter les échanges, les parents et les médecins étaient informés que la conversation serait enregistrée, rendue anonyme, puis retranscrite et analysée dans le cadre d'un travail de thèse. Il leur était proposé d'accéder à la retranscription s'ils le souhaitaient. Un questionnaire anonyme leur était remis. Il s'agissait de questions d'ordre général visant à décrire l'échantillon de l'étude.

Pour les parents, les questions portaient sur leur âge, leur profession, ainsi que sur le nombre et l'âge de leur(s) fille(s) ainsi que leur statut vaccinal.

Pour les médecins, les questions portaient sur leur âge, leur sexe, leur mode d'exercice (remplaçant ou installé), leur lieu d'exercice et le niveau socio-économique de leur patientèle. Il était également demandé la fréquence à laquelle ils proposaient les vaccins en général et le vaccin anti-HPV en particulier et enfin, l'estimation du pourcentage de leurs patientes de 11 à 19 ans qui étaient vaccinées contre le Human Papillomavirus.

L'enquêteur expliquait que toutes les réponses étaient recevables et dignes d'intérêt et que le but de l'étude était de connaître et de comprendre leur ressenti et leur vécu en ce qui concerne la vaccination contre le Human Papillomavirus.

Les questions étaient posées en se basant sur le canevas préétabli, afin d'aborder tous les thèmes souhaités mais sans nécessairement suivre un ordre précis. Le médiateur s'adaptait aux réponses des personnes interrogées et les encourageait à illustrer leurs propos par des exemples concrets. Il s'agissait d'amener les parents ou les médecins à exprimer et à développer leurs points de vue sans leur suggérer les réponses ou de les interrompre. Les propos des participants étaient parfois reformulés par le médiateur afin de vérifier leur bonne compréhension.

6.2 Entretiens individuels semi-dirigés

Les entretiens individuels semi-dirigés ont été réalisés par les auteurs. Ils duraient environ 15 minutes.

Deux entretiens semi-dirigés de parents ont eu lieu en juillet 2013. Un des entretiens a eu lieu après un rendez-vous de consultation infantile sur le secteur de Loos. L'autre entretien a été réalisé à l'occasion d'une consultation gynécologique de planification à l'UTPAS d'Haubourdin.

L'étude était présentée aux parents. Après avoir exprimé leur accord, ils étaient invités à s'installer dans des bureaux de consultations séparés et insonorisés ce qui assurait la confidentialité. L'anonymat était garanti.

Un entretien a été réalisé au cabinet d'un médecin traitant sur une plage de consultation.

6.3 Focus Groups et table ronde

Les informations données et les consignes générales étaient les mêmes que pour les entretiens individuels semi-dirigés.

L'animation a été assurée par un médecin compétent et habitué à la technique de conduite des Focus Groups. Il s'appuyait sur le canevas de questions. Il veillait à la participation de chacun, en évitant que la parole ne soit monopolisée. L'animateur synthétisait les données afin de maintenir une ligne directrice et s'attachait à rester le plus neutre possible. (82)

Les participants étaient encouragés à partager entre eux leurs expériences et leur opinion. Au début de chaque Focus Group, le médiateur a expliqué aux participants que le but était de comprendre leurs vécus dans le cadre d'un travail de thèse. Il a invité chaque participant à inscrire un nom d'emprunt sur une feuille. Pour prendre la parole, les personnes interrogées levaient la main et donnaient leur nom d'emprunt afin d'éviter les interruptions et de garantir le recueil de toutes les interventions.

Les deux auteurs étaient présents dans la salle lors des Focus Groups, afin d'observer le groupe et de noter les expressions non-verbales. Ils se positionnaient en retrait afin de ne pas interférer dans la discussion.

Un Focus Group réunissant 10 parents a été réalisé à la Faculté libre de médecine en Juin 2013. Il a duré 41 minutes.

Un Focus Group réunissant 9 médecins a été réalisé au domicile d'un des chercheurs en juillet 2013. Il a duré 1h.

La saturation des données a été obtenue après le codage des deux Focus Group. Afin de valider cette saturation, un enregistrement a été réalisé lors d'une conférence du Professeur Martinot sur le thème de la vaccination. Cette conférence réunissait des médecins généralistes. Les auteurs ont assisté à une table ronde de neuf médecins répondant à un questionnaire sur les difficultés rencontrées en ce qui concerne les vaccins et notamment les vaccins anti-HPV. Les questions proposées aux médecins étaient parfaitement cohérentes avec celles du canevas utilisé pour les Focus Groups. Les médecins présents ont été informés de la démarche des enquêteurs, l'anonymat leur a été garanti. Leur accord a été unanime pour l'enregistrement et l'analyse des données.

Au total, 26 participants dont 18 médecins et 10 patients ont été interrogés par entretiens collectifs.

6.4 Vécu des participants

Les médecins étaient intéressés par le sujet et ont participé de manière active. Ils ont apprécié de partager leur vécu avec leurs confrères. Les parents qui ont participé au Focus Group ont apprécié d'être interrogés et de pouvoir échanger avec d'autres parents. Plusieurs d'entre eux ont estimé que cette expérience a été enrichissante à titre personnel. Certains ont fait des suggestions sur d'éventuelles questions à ajouter, qui sont venues enrichir le canevas d'entretien. Le médecin interrogé individuellement a accepté l'entretien en raison de l'intérêt qu'il portait à la question. Les parents interrogés lors des entretiens individuels étaient satisfaits de contribuer à un travail à vocation scientifique.

7 TRAITEMENT DES DONNEES

Les entretiens et les Focus Groups étaient enregistrés à l'aide d'un *iPhone 4* © avec l'application professionnelle de dictée *Dictamus version 9.0.4*. © et avec l'application *Dictaphone*©. Ces enregistrements étaient ensuite intégralement retranscrits avec le logiciel de traitement de texte *Word*®.

Les expressions non-verbales (sourires, rires, gestes, attitudes) ont été relevées et reportées entre parenthèses. Les phrases supprimées pour garantir l'anonymat des participants et les parties d'enregistrement non-interprétables sont représentés par [...].

La retranscription des entretiens et des Focus Groups a ensuite été codée, phrase par phrase à l'aide du logiciel *Microsoft Excel*®. Chaque intervention a fait l'objet d'une analyse, mot à mot, par les deux chercheurs afin d'en extraire les idées exprimées. L'analyse dite de la « table longue » est utilisée. (85)

A chaque segment de phrase retranscrit (ou *verbatim*) pouvait correspondre une ou plusieurs idées. Tous les *verbatim*s ont été analysés, et confrontés. Ces idées ont été classées en thèmes. Au total, 34 thèmes ont été dégagés.

8 OBJECTIFS

8.1 Objectif principal

L'objectif principal de cette étude est de mettre en lumière les réticences concernant le vaccin anti-HPV en France, chez les principaux acteurs de la décision, adultes référents et médecins généralistes, et de proposer des solutions afin d'obtenir une meilleure couverture vaccinale.

8.2 Objectifs secondaires

- Proposer une littérature utile à l'adaptation du discours et de la démarche de santé publique ;
- Apporter un éclairage sur les enjeux des interactions médecins-parents autour des questions de sexualité et de prévention des infections sexuellement transmissibles ;
- Proposer des données complémentaires aux réponses obtenues dans des études quantitatives et qualitatives antérieures ;
- Offrir une nouvelle source bibliographique à de futures études qualitatives ou quantitatives concernant le vaccin contre le Human Papillomavirus ;
- Permettre une meilleure compréhension du ressenti des populations concernant la vaccination.

Résultats

1 Description des participants aux entretiens

1.1 Les médecins traitants

Les questions posées aux médecins traitants concernaient :

- leur âge ;
- leur sexe ;
- leur statut :
 - o médecin installé ;
 - o remplaçant ;
- leur lieu d'exercice (plusieurs réponses possibles) :
 - o rural ;
 - o semi-rural ;
 - o urbain ;
- leur type de patientèle :
 - o globalement socialement favorisée ;
 - o défavorisée ;
 - o mixte ;
- la fréquence de leur proposition du vaccin contre le HPV :
 - o systématique ;
 - o régulière ;
 - o occasionnelle ;
 - o nulle ;
- la fréquence de leur proposition des autres vaccins (DTP, coqueluche, haemophilus influenzae, ROR) :
 - o systématique ;
 - o régulière ;
 - o occasionnelle ;
 - o nulle ;
- le pourcentage estimé de leurs patientes âgées de 11 à 19 ans qui étaient vaccinées contre le HPV.

Les résultats des questionnaires anonymes sont les suivants :

	AGE	SEXE	STATUT	EXERCICE	PATIENTELE	PROPOSITION DU VACCIN HPV	PROPOSITION DES AUTRES VACCINS	TAUX DE VACCIN HPV
M1	63	M	installé	semi-rural	favorisée	régulière	systematique	40%
M2	55	M	installé	urbain	favorisée	occasionnelle	systematique	5%
M3	61	M	installé	urbain	défavorisée	occasionnelle	systematique	15%
M4	29	F	remplaçant	semi-rural et urbain	mixte	régulière	systematique	60%
M5	52	M	installé	semi-rural	favorisée	régulière	systematique	50%
M6	51	M	installé	urbain	mixte	systematique	systematique	70%
M7	28	F	remplaçant	semi-rural et urbain	mixte	systematique	systematique	70%
M8	57	M	installé	semi-rural	favorisée	systematique	systematique	75%
M9	31	M	installé	semi-rural	favorisée	régulière	systematique	60%
M10	40	F	installé	rural	favorisée	systematique	systematique	100%

Il n'a pas été possible de recueillir les caractéristiques des neuf médecins traitants interrogés lors de la conférence du Professeur Martinot sur la vaccination.

L'âge des médecins dont nous avons recueilli les caractéristiques était compris entre 28 et 63 ans, avec un âge moyen de 46,7 ans, et un âge médian de 51,5 ans.

Trois femmes et sept hommes ont participé à ces entretiens. Deux médecins étaient remplaçants, les huit autres étaient installés.

Trois d'entre eux travaillaient en milieu urbain, quatre en milieu semi-rural, un en milieu rural, et deux en milieu urbain et semi-rural.

Six médecins avaient une patientèle globalement favorisée, un avait une patientèle globalement défavorisée, les trois autres ayant une patientèle mixte.

Le vaccin contre le HPV était proposé de manière systématique par quatre médecins, régulière par quatre médecins, et occasionnelle par deux médecins, alors que les autres vaccins étaient proposés de manière systématique par tous les praticiens.

Les pourcentages de vaccination estimés de leur patientèle âgée de 11 à 23 ans, concernant la vaccination contre le Human Papillomavirus variaient de 5 à 100%, avec une moyenne de 54,5%.

1.2 Les parents d'adolescentes

Les questions posées de façon anonyme aux parents concernaient :

- leur âge ;
- leur profession ;
- le nombre de leurs filles âgées de 11 à 23 ans ;
- l'âge de chacune de ces filles ;
- le nombre de ces filles vaccinées ;
- la précision : vaccination complète (3 injections), vaccination incomplète avec 2^{ème} ou 3^{ème} injection prévue, vaccination incomplète avec 2^{ème} ou 3^{ème} injection non souhaitée ou ne sait pas.

Les résultats de ces questionnaires anonymes sont repris dans le tableau suivant :

	AGE	SEXE	PROFESSION	NOMBRE DE FILLES 11-23	AGE DES FILLES	VACCINATION INITIEE	STATUT VACCINAL
P1	53	F	Mère au foyer	4	13,18,21,23	0	
P2	48	F	DRH	1	20	1	complète
P3	43	F	Responsable digital	2	14,18	1	complète
P4	49	F	Infirmière	1	13	0	
P5	39	F	Infirmière puéricultrice	1	11	0	
P6	39	F	Assistante bancaire	1	14	0	
P7	56	M	Enseignant	3	12,17,20	0	
P8	38	F	Responsable logistique/transport	2	11,14	0	
P9	52	F	Enseignante	4	11,14,17,19	0	
P10	53	F	Orthoptiste	1	22	1	complète
P11	42	F	Agent d'entretien	2	15,23	1	incomplète avec injections prévues
P12	36	F	Mère au foyer	2	13,17	1	complète

Parmi les parents interrogés, il y avait un homme et onze femmes, âgés de 36 à 56 ans, soit un âge moyen de 45,6 ans et un âge médian de 45,5 ans.

Il y avait deux mères au foyer et dix personnes exerçant une activité professionnelle, différentes catégories socio-professionnelles étant représentées.

Le nombre de filles de 11 à 23 ans par parent allait de une à quatre, pour un total de vingt adolescentes. Celles-ci étaient réparties ainsi : trois jeunes filles de 11 ans, une de 12 ans, deux de 13 ans, quatre de 14 ans, deux de 17 ans, deux de 18 ans, une de 19 ans, deux de 20 ans, une de 21 ans, une de 22 ans et une de 23 ans.

Sur les vingt adolescentes, cinq seulement avaient initié une vaccination, parmi lesquelles quatre avaient bénéficié d'une vaccination complète. Pour la cinquième jeune fille, les deux autres injections étaient prévues, et le vaccin avait déjà été acheté.

1.3 Retranscriptions des entretiens individuels et des Focus Groups

La retranscription du Focus Group concernant les médecins traitants est consultable en annexe. Les autres entretiens sont enregistrés sur le CD joint.

2 Analyse des entretiens et Focus Groups

Les participants sont représentés par l'initiale de leur pseudonyme. La lettre située derrière l'initiale indique s'il s'agit d'un médecin traitant (M) ou d'un parent (P). Les médecins ayant participé à la table ronde de la conférence donnée par le Professeur Martinot ont été appelés M, ou M1 et M2 lorsqu'ils se répondaient, car ils n'étaient pas identifiables individuellement. Les parents non identifiés sont représentés par la lettre P.

2.1 Le vaccin anti-HPV dans la pratique quotidienne

2.1.1 Un vaccin coûteux

Les parents se soucient du prix élevé du vaccin. Ils peuvent y renoncer à cause du coût s'ils ne bénéficient pas du remboursement.

- P (P) : « Il est cher aussi. »
- S (P) : « Dans le sens où je travaille pas et par rapport au prix [...] ça aurait fait quand même un peu beaucoup pour moi voilà. »

Les médecins évoquent également le coût du vaccin comme un frein.

- P (M) : « Bah punaise, qu'est-ce que c'est cher ce truc ! Et j'avais pas envie de le proposer à cause du prix. »

Les médecins se questionnent sur le bien-fondé du prix du vaccin en France.

- Ca (M) : « Très cher. C'est fait exprès ça. »

Ils se demandent s'il existe une différence de prix dans les pays à fort taux de vaccination.

- L (M) : « Est-ce que dans les... pays qui... ont une meilleure vaccination que, que la nôtre [...] est-ce que le vaccin est aussi cher ? »

Le coût de la vaccination est opposé à la faible incidence du cancer du col dans les pays européens.

- Ca (M) : « C'est pas un scandale de... de proposer une vaccination aussi chère dans les pays occidentaux alors que... y a que 1000 décès par an du cancer du col ! »
- Ca (M) : « Est-ce que vraiment on est si riches que ça, à pouvoir s'offrir [...] un tel produit ? »

Pour certains médecins, le prix du vaccin pose question en France car le taux de mortalité par cancer du col utérin est faible. L'intérêt du vaccin ne se discute pas dans les pays où la mortalité est forte selon eux.

- P (M) : « En France, [...], pour 1000 patients... machin, ça coûte cher [...]. Par contre, si t'es dans un village en Afrique et que tu vois des tas de jeunes femmes mourir d'un cancer du col, je pense que tu te poseras absolument pas la question. »

L'absence de remboursement lors la mise sur le marché a été évoquée.

- J (M) : « Au début, c'était pas remboursé, il me semble. »

2.1.2 Les circonstances complexes de vaccination

2.1.2.1 Les difficultés d'obtention du produit

Un délai pour l'obtention du vaccin en pharmacie peut s'avérer nécessaire, car il doit parfois être commandé.

- C (P) : « Je crois qu'on l'a commandé. »

Selon un médecin la mise à disposition du vaccin au cabinet n'est pas réalisable, car il ne souhaite pas faire l'avance des frais, même si cela faciliterait la démarche du patient.

- L (M) : « Y a cette question de prix qui fait qu'on va pas aller acheter le vaccin et faire l'avance, faire l'avance des frais. »

2.1.2.2 Le problème des rappels

Selon les parents, il existe un risque d'oubli des rappels.

- Li (P) : « Ne pas oublier les... injections, les rappels ! Sinon... »
- P (M) : « Ils disent : "Il y a le rappel à faire". Et une fois sur deux, ils oublient le rappel.»

Les médecins craignent une inefficacité du vaccin et des dépenses de santé inutiles si la vaccination n'est pas complète.

- L (M) : « Moi j'insiste beaucoup [...] on va jusqu'au bout, [...] si on ne fait pas les trois, ça va vraiment coûter cher pour rien.»

2.1.2.3 Passer le cap de l'injection

Les parents évoquent la crainte de la piqûre chez leurs enfants ainsi que la douleur ressentie à l'injection.

- Ch (P) : « La troisième, elle a une panique des piqûres. »
- Car (P) : « Elle dit qu'il fait mal. »

Pour certains parents il est difficile de faire la démarche de l'achat du vaccin à l'injection.

- Ch (P) : « J'ai une... boîte dans le frigidaire. [...] Elle a été prescrite et elle a pas été faite après. »

2.1.3 Des difficultés dès le début du processus vaccinal

2.1.3.1 Le refus immédiat

Les médecins évoquent des contre-indications injustifiées aux vaccins.

- M1 (M) : « Moi j'en ai vu une [...] ; elle avait fait aucun vaccin. »
- M2 (M) : « Il était marqué contre-indication aux vaccins, sur son carnet. »
- M3 (M) : « Y a pas de contre-indication du tout, c'est parce que le médecin était sans doute contre et la famille était contre, donc elle a rien fait du tout ! »

Certains parents déconseillent d'emblée le vaccin anti-HPV à leurs enfants, en raison d'un manque d'information sur l'innocuité.

- Sa (P) : « Pour ma part, par exemple, ma fille aînée [...] je lui ai déconseillé. [...] sur la base des craintes d'effets secondaires. »

Les médecins ont plus de difficultés à faire accepter aux patients le vaccin contre le HPV que celui contre la méningite.

- J (M) : « Le vaccin contre la méningite C, le taux de réponse positive à la proposition, pour moi, il est quasi de 100%, alors que le taux sur [...] le Gardasil®, par exemple, il l'est pas. »

2.1.3.2 Des groupes socio-culturels difficiles à vacciner

Les médecins évoquent plusieurs groupes socio-culturels particulièrement récalcitrants à la vaccination : les patients issus de milieux socio-économiques élevés, les enseignants, les Roms ou encore les « mystiques ». Certaines localisations géographiques sont également désignées : le Vaucluse, les mines.

- M1 (M) : « Ceux qui te posent des problèmes c'est quand même une certaine catégorie de populations. »
- M2 (M) : « Ceux qui refusent, ils sont éduqués, ils ont quand même un bon niveau socio-culturel. »
- M3 (M) : « Certaines régions particulières où on vaccine moins. Vaucluse. »
- M4 (M) : « Les mines ! »
- M5 (M) : « Les mystiques. »
- M1 (M) : « Les Roms. »
- M2 (M) : « On va quand même citer les bobos et les enseignants. »

Des freins liés à la religion ou à l'appartenance à une secte ont été relevés.

- M (M) : « Peut-être le rôle aussi de certaines sectes ? »

2.1.3.3 L'absence d'intérêt pour la vaccination

Le problème de la faible couverture vaccinale anti-HPV en France n'est pas connu des parents.

- M (P) : « On nous a cité des pays où il y avait... où le taux était largement plus bas qu'en France, bah ça, je le savais pas. »

Les médecins remarquent une absence de notion de santé publique chez leurs patients qui privilégient leur intérêt individuel.

- M (M) : « Par contre ils n'ont aucune notion de santé publique. L'impact sur la population, ils n'en n'ont aucune idée. [...] Non c'est leur individualité ! »

2.1.3.4 Un vaccin souvent reporté

Des parents expliquent que le vaccin est parfois repoussé dans le temps, du fait du médecin qui tempore, ou du fait des parents selon que la vie sexuelle de leur enfant n'a pas débuté.

- Le (P) : « Comme on nous laisse [...] un certain laps de temps euh... pour le faire [...] dans l'année qui suit le premier rapport sexuel. »
- B (P) : « On se dit c'est lié à la sexualité et on voit nos filles à onze ans, ils en sont pas encore là [...], on va encore attendre. »

Des parents ont besoin d'un délai de réflexion avant de choisir de faire le vaccin. Certains médecins les encouragent à prendre le temps de la réflexion et à récolter toutes les informations nécessaires avant de se décider.

- J (P) : « J'avais aussi hésité pour ma fille dans un premier temps et euh... mais le médecin [...] m'avait dit « bah réfléchissez il y a pas d'urgence. » [...] enfin c'est pas forcément une décision qu'on prend comme ça rapidement, quoi. »
- B (M) : « En prenant toutes les infos et puis après on décide, quoi. »

De ce fait, le vaccin reporté n'est parfois pas réalisé, notamment si l'âge maximal indiqué est dépassé.

- Ch (P) : « Mon médecin traitant qui m'a dit que... qu'il pouvait le prescrire mais qu'il y avait pas urgence. [...] Au final, ça pas été fait. »
- Ch (P) : « Sur les quatre c'est l'ainée euh... pour laquelle c'est trop tard. »

Selon des médecins, le report constitue un risque d'oubli, comme cela s'est passé pour l'hépatite B.

- P (M) : « Tu faisais un... quintivalent [...] tu disais aux parents : « Faudrait peut-être rajouter l'hépatite B ». [...] « On va faire ça quand ils seront un peu plus grands », et puis un peu plus grands, t'en avais 3 sur 4 qui le faisaient pas parce qu'on n'y pensait plus. »

Certains parents demandent par contre une injection rapide pour leur fille car elle risque de débiter sa vie sexuelle.

- Li (P) : « Il fallait le faire assez rapidement pour notre fille puisqu'elle avait autour de dix-huit ans et bon... c'était peut-être un âge où... où les rapports sexuels vont commencer. »

2.1.3.5 L'absence de moment privilégié pour faire le vaccin

La proposition du vaccin se fait de façon désorganisée et aléatoire, d'où un risque d'oubli.

- L (M) : « C'était un petit peu le... le hasard de la rencontre qui faisait la proposition. »
- F (M) : « Bah j'espère que j'en ai pas oubliées en route. »

L'opportunité de vacciner est rare, en raison de la faible fréquence des consultations à cet âge ou de l'absence de pratique de sport.

- CI (M) : « Je crois que c'est peut-être des patientes qu'on voit assez peu, quand même, entre 11 et 14 ans, euh, elles font pas toutes du sport. »

La vaccination systématique à l'occasion du service militaire a disparu.

- M (M) : « A l'époque du service militaire obligatoire les jeunes étaient vaccinés [...] systématiquement. »

- Li (P) : « Dix-huit ans mais elle va plus beaucoup chez le médecin à cet âge-là. [...] il y a plus de visites régulières pour euh... mettre au point le euh... le calendrier de vaccination. »

2.1.3.6 La traçabilité

Les parents oublient d'apporter le carnet, d'où un problème de traçabilité évoqué par les médecins.

- Ch (P) : « Non mais faut que je sorte les carnets de santé, je crois ! »
- M1 (M) : « La problématique, c'est de tenir à jour le carnet vaccinal aussi. Ils l'ont jamais. »
- M2 (M) : « Et puis, c'est pas forcément marqué. »

2.1.4 Moyens facilitateurs

2.1.4.1 Moyens efficaces déjà utilisés par les médecins

2.1.4.1.1 Rappeler le bénéfice réel

Les médecins évoquent la balance pour la société entre le prix du vaccin et le coût de la prise en charge des malades.

- P (M) : « Combien ? Mille décès euh par an de... cancer du col coûtent en... terme de prise en charge à la Sécurité sociale ? On va dire que ça coûte euh plusieurs centaines voire millions d'euros euh à comparer au... au coût de la vaccination ».

En réduisant le nombre de décès, la vaccination à grande échelle pourrait constituer une économie en termes de coût de la santé.

- P (M) : « Parce que si, euh, la vaccination en étant généralisée euh permet d'économiser sept cents décès par an.»
- Li (P) : « Peut-être qu'il y a des preuves que... que... euh, le cancer diminue grâce à ça et que c'est peut être un bénéfice... euh financier pour la sécurité sociale. »

Un médecin femme a évoqué l'hystérectomie, comme une perte dont la valeur est inestimable, en comparaison du prix du vaccin.

- CI (M) : « Mais une hystérectomie chez une femme nullipare c'est quand même aussi un drame [...] difficilement chiffrable mais... »

L'intérêt personnel de la patiente prime sur la question du coût.

- J (M) : « Quand on est devant notre patient [...] le coût global, euh le rapport bénéfice-euh, c'est, c'est un peu secondaire »

2.1.4.1.2 Mettre à profit le nouveau calendrier vaccinal

Le changement de recommandations permet une co-administration avec le rappel Diphtérie-Tétanos-Polyomélite-Coqueluche à 11 ans. Cela semble utile à plusieurs médecins.

- L (M) : « Autour de 11 ans, ça va être plus facile, [...] parce qu'il y aura ce fameux rappel Diphtérie-Tétanos-Polio-Coqueluche. »
- J (M) : « Le calendrier vaccinal, actuel... »
- W (M) : « ...Va nous servir. »

Pour certains médecins, il est maintenant possible d'annoncer le vaccin anti-HPV dès l'âge de 6 ans, d'en reparler ultérieurement et de le noter dans le carnet de santé conjointement au rappel DT-Polio de 11 ans.

- L (M) : « A partir de 11 ans euh, au moment du rappel de, des autres vaccins, on peut en, en parler un petit peu à ce moment-là. »
- L (M) : « J'ai l'habitude de marquer au crayon euh... la... la date de la... prochaine vaccination, donc euh vers, vers 6-7ans, quand on va faire euh... le Diphtérie-Tétanos-Polio, on va programmer pour euh...11-12 ans euh... le rappel et on peut déjà euh dire : "A ce moment-là on pourra aussi euh faire le... le vaccin contre le... cancer du col de l'utérus." »

Ce changement de calendrier va dans le sens d'une banalisation du vaccin.

- J (M) : « A 11 ans [...], je crois qu'il rentre dans le calendrier vaccinal, il va être banalisé. »
- L (M) : « 11 ans, c'est certain que [...] ça va être plus facile. »

2.1.4.1.3 Etre systématique dans la proposition

Ce médecin vérifie les vaccins dans le carnet de santé à chaque consultation.

- F (M) : « Tout ce qui est enfant, ado, euh les gens viennent avec leur carnet de santé et à chaque fois les vaccins sont regardés. »

La proposition du vaccin doit être systématique, lors des certificats médicaux ou l'année des 14 ans.

- F (M) : « En général, à cet âge-là, c'est plutôt aux examens de santé comme les certificats médicaux. Sinon, ben l'année de leurs 14 ans. »
- J (P) : « Ils ont besoin du certificat de santé, qu'il [le médecin] regarde et qu'il donne les rendez-vous pour les prochains vaccins. Donc c'est un rituel. »

Pour plusieurs médecins, le vaccin doit être présent dans leur esprit pour le proposer systématiquement.

- J (M) : « Je crois que le plus gros truc c'est le fait d'y penser, c'est de leur dire systématiquement. »

L'utilisation de l'informatique, des alertes automatiques des logiciels médicaux, des applications pour *smartphones*, est un moyen de contrôler le statut vaccinal et de ne pas oublier les rappels.

- M1 (M) : « On peut le marquer dans l'ordinateur. »
- M2 (M) : « Les logiciels. »
- M3 (M) : « Les alertes informatiques. »
- M4 (M) : « Les applications *smartphone*. »

Si la onzième année est dépassée, le médecin peut profiter des consultations pour les certificats médicaux d'aptitude au sport.

- L (M) : « Si on fait pas le Gardasil®/Cervarix® à ce moment-là, il y aura peut-être les examens sportifs euh d'année en année. »

Utiliser les voyages en zone d'endémie comme une occasion de proposer le vaccin.

- B (M) : « L'argument [...] "Oui, vous allez voyager [...] Vous allez peut-être voyager en Afrique, avoir des relations sex... ?" »

2.1.4.1.4 Simplifier la démarche de l'ordonnance aux injections

Un des médecins propose de faire l'ordonnance dès qu'on parle du vaccin, sans attendre que les patients soient décidés afin d'éviter une consultation supplémentaire.

- L (M) : « Faire une ordonnance euh en disant "Ben quand vous serez décidés vous avez l'ordonnance et puis, vous allez l'acheter et vous revenez." Comme ça, y a pas nécessité de faire une deuxième démarche. »

Il a été suggéré d'expliquer d'emblée le schéma vaccinal en trois injections au patient et de programmer les rappels dès la première dose.

- CI (M) : « Ça se fait en trois injections. »
- L (M) : « Le rappel, moi j'insiste beaucoup. Et si on fait la première dose, on cible à peu près la date de... de la deuxième dose et puis la date de la troisième dose aussi, pour que... ça puisse s'enchaîner. »

2.1.4.2 Moyens à développer

2.1.4.2.1 Réduire le prix

Il a été proposé de rendre le vaccin gratuit ou du moins d'en réduire le prix.

- So (P) : « Pour moi, des vaccins si importants euh... ils doivent pas être euh... ils doivent être gratuits. »
- J (M) : « Bah le prix ! Réduire le prix. »

2.1.4.2.2 Proposer un vaccin combiné

Proposer un vaccin combiné quintavalent avec le rappel DTaP à 11 ans, faciliterait la démarche de certains médecins.

- P (M) : « Y a quand même un truc [...] qui a amélioré considérablement la couverture vaccinale [...] pour l'hépatite B, c'est d'avoir fait un hexavalent. »
- P (M) : « On le combine au [...] tétravalent de... de 11 ans. »

Le vaccin combiné permettrait de se libérer de nombreux questionnements comme c'est le cas pour le vaccin de l'hépatite B qui est souvent prescrit de façon systématique, sans que ce soit précisé :

- P (M) : « J'oublie même de dire aux gens qu'il y a l'hépatite B dans le vaccin, je devrais le faire... mais... parce que j'oublie [...] c'est tellement devenu systématique. »

2.1.4.2.3 Etendre l'indication de la vaccination

Patients et médecins envisagent volontiers une extension de l'indication du vaccin aux garçons.

- So (P) : « Il y aurait pour les garçons, je l'aurais fait aussi ! »
- P (M) : « Pourquoi pas les mecs ? [...] Ça serait bien d'ailleurs que ce soit un vaccin proposé aussi bien aux garçons qu'aux filles. »

2.1.4.2.4 Améliorer la traçabilité

Certains médecins espèrent la création d'un dossier médical incluant le statut vaccinal, accessible sur carte vitale. L'utilisation du papier semble révolue.

- M (M) : « Moi j'avais dit qu'avec les jeunes, ça allait passer à autre chose. Le côté papier... »
- Li (P) : « Peut-être qu'il y a des preuves que... que... euh le cancer diminue grâce à ça et que c'est peut être un bénéfice... euh financier pour la Sécurité sociale. »
- M (M) : « Le dossier informatique [...] transmission par le biais des [...] cartes vitales. »

2.2 Sexualité

2.2.1 Une question difficile à aborder à l'adolescence

2.2.1.1 Le tabou de la sexualité

2.2.1.1.1 Pour les parents

Pour les parents, parler de sexualité avec des adolescents n'est pas chose facile. Il y a une gêne autour de cette question. Lors des entretiens, les parents ont souvent marqué une hésitation avant de prononcer le mot « sexualité ».

- A (P) : « Pour moi ça a été l'occasion également d'en... de parler de la sexualité. »
- Cat (P) : « Lier ça à sa... à sa vie sexuelle. »

Les pères se trouvent encore plus en difficulté face à cette question.

- Sa (P) : « On en parle rarement... enfin... en tant que papa, on parle rarement de ces sujets avec ses filles. »

2.2.1.1.2 Pour les adolescents

Les adolescents n'ont pas envie d'évoquer ce sujet avec des adultes. Aborder la question de la sexualité les met mal à l'aise.

- A (M) : « Aborder un tabou [...] à cet âge-là, on parle pas de sexualité, on parle pas de... de ces problèmes. »
- So (P) : « Elle [ma fille] est assez pudique. »

2.2.1.2 En consultation

Une partie des mères d'adolescentes n'est pas suivie sur le plan gynécologique par son médecin traitant, soit parce que celui-ci ne fait pas d'examen gynécologique, soit parce qu'elles préfèrent être suivies par un gynécologue. Les mères sont alors mal à l'aise d'évoquer ces questions de gynécologie et de sexualité pour leurs filles avec le médecin généraliste, car elles en parlent habituellement avec leur gynécologue.

- So (P) : « Je vais pas aborder les mêmes questions avec mon médecin. Mon médecin personnel je sais que il ne fait pas d'examen gynéco. [...] Alors pour moi c'est un peu délicat parce qu'on a... à deux on a instauré... euh... comment on dit une euh... un lien différent qu'un gynéco voilà! »

Les médecins sont parfois témoins des conséquences de ce tabou autour de la sexualité, avec des grossesses non désirées chez des adolescentes.

- Cl (M) : « On l'aborde pas et euh... on voit des jeunes filles de 13 ans enceintes. »

2.2.1.3 Une difficulté supplémentaire pour les médecins hommes

Les médecins hommes sont encore plus en difficulté face à cette question de la sexualité. Tout d'abord, ils voient beaucoup moins de jeunes filles en consultation car celles-ci préfèrent avoir recours à des médecins femmes, gynécologues ou médecins généralistes.

- P (M) : « Ce lien qui existe entre ce vaccin et la sexualité fait que euh... en tant que médecin homme, je suis pas forcément amené à souvent en parler. [...] Quand il s'agit de proposer ce vaccin à des jeunes nanas [...], je les vois déjà plus. »

Quand ils voient les jeunes filles en consultation, elles sont souvent très mal à l'aise d'évoquer leur sexualité face à un homme.

- So (P) : « Estelle elle est pas à l'aise là-dessus quoi et puis comme c'est un monsieur [...] parce qu'elle rougit vite elle... euh... elle ose pas. »

Enfin, lorsque la jeune fille vient seule en consultation, les médecins appréhendent une mauvaise interprétation de sa part s'ils évoquent la question de la sexualité.

- L (M) : « Quand on est un médecin homme, avec une fille de 15 ans qui vient, bon... faut pas qu'en rentrant à la maison, qu'elle raconte son vécu de la consultation, avec une interprétation autre que... que celle qu'on avait envie de... »

2.2.1.4 Une intrusion dans la vie privée de l'adolescente

Pour certains médecins, en parlant de sexualité de façon systématique lors de la proposition du vaccin, on risque d'aborder le sujet à un moment où les jeunes n'en ont pas envie ou ne sont pas prêtes à en parler. Les adolescentes peuvent ressentir cette discussion comme très intrusive.

- A (M) : « Parler avec les gens, avec les jeunes, de vaccin, de sexualité, de cancer du col [...] n'est pas aborder un sujet avec eux qu'ils ne veulent pas aborder maintenant ? »

2.2.2 Une connotation sexuelle du vaccin jusqu'en avril 2013

2.2.2.1 Un vaccin proposé dans la limite d'un an après les premiers rapports sexuels

Jusqu'en avril 2013, le vaccin anti-HPV était recommandé à partir de l'âge de 14 ans et dans la limite d'un an après les premiers rapports sexuels.

2.2.2.1.1 Des parents mal à l'aise

Les médecins estiment que ces indications ont donné une connotation sexuelle au vaccin, qui a rendu sa proposition plus difficile. La question de l'âge du début de la vie sexuelle met les parents mal à l'aise, d'après les médecins, qui ont eux-mêmes des difficultés à aborder le sujet.

- F (M) : « Ça a donné une connotation sexuelle en fait. Puisqu'on expliquait qu'il fallait que ce soit avant les rapports donc je pense que ça, ça a gêné beaucoup les parents. »
- CI (M) : « Ça touche surtout à la sexualité des jeunes filles. [...] Ça a été lié aux premiers rapports, à la première année de rapports et ça c'est difficile à aborder. »

2.2.2.1.2 Une méconnaissance de la vie sexuelle des jeunes filles

Les parents considèrent que leurs filles sont trop jeunes pour avoir une vie sexuelle.

- J (P) : « Je m'étais jamais posé la question puisque ma fille est jeune. »
- Ch (P) : « Et pour la quatrième j'avoue que... treize ans, j'y ai pas encore pensé. »
- Cl (M), citant une maman : « Ma fille [...], elle ne sera pas comme ça. »

Parfois, ce sont les médecins traitants qui n'envisagent pas une vie sexuelle possible chez l'adolescente.

- M (P) : « Moi, ma fille a quatorze ans, donc jeune, et le médecin m'en a jamais parlé. »
- A (P) : « Il m'a dit : [...] "C'est pas urgent" parce qu'à l'époque elle avait seize ans je crois. »
- F (M) : « Euh, non parce que 14 ans [la sexualité], c'est très rare... »

2.2.2.1.3 Des médecins placés en position d'évaluateurs de la sexualité

En consultation, les médecins sont dans une position délicate, entre une adolescente qui ne souhaite pas parler de sa vie sexuelle devant ses parents, et des parents qui refusent d'envisager que leur fille puisse avoir une vie sexuelle inavouée.

- B (M) : « Je dis "Ben de toutes façons, là t'es avec ta maman, tu ne m'avoueras pas si t'as eu des relations ou pas". Là, il y a la maman qui dit "Ben non elle en a pas eu !". »

Les médecins traitants doivent donc faire des suppositions sur la sexualité de l'adolescente, pour choisir de proposer le vaccin ou pas.

- A (M) : « Alors, la difficulté c'est quand on a un doute, parce que là, la jeune fille qui est en face de nous, qu'elle ait déjà des rapports et dont les parents ignorent ça... [...] t'as une forte suspicion ou doute là-dessus ou tu l'as déjà vue dans la... en partant à droite à gauche, tu vois, dans le quartier, tu, tu vois ce qui se passe. »

2.2.2.1.4 Un vaccin associé à des adolescentes « à risque »

Certains médecins ne proposent le vaccin qu'aux jeunes filles qu'ils estiment être à risque élevé de contamination par le HPV. Le vaccin est ainsi associé à des adolescentes qui auraient une sexualité permissive avec partenaires multiples et prises de risques.

- Ca (M) : « Je le proposerais peut-être à une gamine de 14 ans qui vient me demander la pilule. [...] Elle me paraît fort ouverte, oui... »

2.2.2.2 Un vaccin étroitement lié à la question de la sexualité

Le vaccin a tellement été lié à la vie sexuelle que certains médecins ne voient pas comment il est possible de proposer la vaccination sans aborder la question de la sexualité.

- J (M) : « Mais comment tu peux justifier le vaccin sans parler de sexualité ? »

Le vaccin est même utilisé par des praticiens et des parents comme moyen de parler de sexualité.

- CI (M) : « C'est peut-être aussi l'occasion de commencer à parler sexualité. »
- Sa (P) : « Là [la vaccination] c'est l'occasion effectivement de... d'en parler [...] de soulever la question et de donner des conseils. »

2.2.3 La peur des conséquences de la vaccination sur la vie sexuelle

2.2.3.1 Risque d'encourager la sexualité

Des médecins et des parents craignent que l'évocation du vaccin et de la sexualité ne pousse les adolescentes à une sexualité plus précoce.

- A (M) : « Parler de sexualité et de vaccination, [...] n'est pas pousser à... à... à démarrer tôt sa sexualité ? [...] Leur ouvrir les yeux à certaines choses, que peut-être c'était un peu tôt pour évoquer ça ? »
- CI (M) : « C'est surtout l'appréhension des parents. »

2.2.3.2 Risque de penser à tort qu'on est protégé

L'une des appréhensions des médecins est que les jeunes filles se sentent protégées des maladies sexuellement transmissibles parce qu'elles ont fait le vaccin. Ils craignent qu'elles n'oublient d'utiliser le préservatif lors des rapports sexuels.

- P (M) : « Le danger de la vaccination [...] c'est : "Je suis vaccinée, je risque rien. Donc je me protège moins encore". »

2.2.3.3 Risque de comportement sexuel permissif

Certains médecins craignent également que les adolescentes aient plus de partenaires, se sentant protégées par le vaccin.

- W (M) : « Le fait de vacciner, elles vont se sentir protégées donc elles vont peut-être avoir encore plus de partenaires. »

2.2.3.4 Risque de négliger le suivi gynécologique

Les médecins traitants redoutent une confusion entre prévention primaire et secondaire. En vaccinant les jeunes filles, ils ont peur qu'elles se croient immunisées contre le HPV et qu'elles ne fassent plus de frottis de dépistage du cancer du col de l'utérus.

- A (M) : « On dit : [...] "Il y a pas de danger, je me suis fait vacciner, je n'aurai rien. Et voilà, c'est pas la peine de faire un frottis". »
- CI (M) : « Et puis bon, faut pas que ça fasse négliger le frottis. »

2.2.4 Moyens facilitateurs : poursuivre la « déssexualisation » du vaccin

2.2.4.1 Moyens existants

En avril 2013, de nouvelles recommandations ont été publiées en France. Le vaccin est recommandé dès l'âge de 11 ans et l'indication ne fait plus mention de la limite par rapport au début de la sexualité.

Les médecins estiment que le changement des recommandations concernant les indications du vaccin va faciliter la vaccination anti-HPV.

D'une part, les médecins hommes espèrent que le fait d'avoir avancé l'âge de vaccination à 11 ans va leur permettre de reprendre leur place dans la vaccination.

- P (M) : « A 11 ans, euh, on va nous redonner à nous en tant que médecins hommes, un rôle plus important dans la proposition de ce vaccin. »

D'autre part, les omnipraticiens pensent que l'âge plus précoce de la vaccination et l'absence d'évocation de la sexualité vont faciliter la proposition du vaccin.

- B (M) : « Ouais c'est ça, dans les nouvelles recos [...] y a plus cette notion de premières relations sexuelles »
- F (M) : « Ça a donné une connotation sexuelle en fait. [...] Le fait de l'avoir mis à 11 ans ça va l'enlever ça sera plus simple. »

2.2.4.2 Moyens à développer

D'après les médecins traitants, il faut poursuivre la dissociation entre vaccin et sexualité pour améliorer la couverture vaccinale en France. La sexualité ne doit plus être évoquée au cours de la consultation de proposition du vaccin.

- P (M) : « Oui parce qu'à... à onze ans on va pouvoir parler du... du, du vaccin et... moins lié à la sexualité des jeunes. [...] Si on commence à dire à 11 ans, vous avez un rappel DTPolio et le vaccin contre le Papillomavirus [...] peut-être qu'on pourrait dissocier complètement. »

Médecins et parents souhaitent toutefois que cette dissociation ne fasse pas oublier l'éducation sexuelle des adolescentes, lors d'une autre consultation.

- Sa (P) : « C'est parler des maladies sexuellement transmissibles, du sida bien sûr, etc... des protections qu'il faut avoir [...] d'avoir une gynéco et d'être suivie. »

2.3 Cancer

2.3.1 La place du frottis par rapport au vaccin

Certains médecins considèrent le frottis comme un moyen de prévention supérieur au vaccin pour les cancers invasifs.

- CI (M) : « C'est un moyen de prévention contre le cancer du col, mais le meilleur reste le frottis. »
- A : « C'est que le moyen diagnostic quand même, c'est le frottis. »

2.3.2 Une maladie peu visible et mal connue

2.3.2.1 Le tabou du cancer

Les médecins perçoivent un tabou autour du cancer du col utérin chez leurs patientes. Selon eux, elles passent leur maladie sous silence lors de l'interrogatoire. Ils découvrent parfois un antécédent de cancer via la carte vitale.

- L (M) : « C'est une population [...] qui ne parle pas de sa maladie. On ne dit pas qu'on a eu un cancer du col [...] puis en passant sa carte vitale, [...] On dit : "Ah ! Pourquoi vous êtes en ALD ?" " Ah mais c'est parce que j'ai eu une conisation." »

Dans cette étude, le mot cancer était souvent prononcé après un temps de silence ou d'hésitation par les médecins interrogés.

- P (M) : « On propose un vaccin pour euh... un cancer. »
- L (M) : « Les gens qui ne sont pas concernés directement par le... le cancer du col. »

Lorsqu'il a été demandé aux parents ce que leur évoquait le vaccin contre le Human Papillomavirus, ils ont parlé de « maladie grave ». Le mot « cancer » n'a été prononcé que sept fois par les parents lors du Focus Group réunissant des parents.

Les médecins ont utilisé soixante fois le mot « cancer » contre cent soixante-cinq pour le mot « vaccin ».

2.3.2.2 Une maladie peu fréquente en France

Les médecins relèvent une faible fréquence du cancer du col utérin en France et en Europe, par rapport à l'Afrique, par exemple. Pour plusieurs médecins, les cancers du col invasifs sont rares dans leur patientèle, les médecins comptent un à quatre cas parmi leurs patients.

- Ca (M) : « Y a beaucoup plus de... de cancers en Afrique noire. [...] Est-ce que vous en avez vu beaucoup, très honnêtement ? »
- J (M) : « Un. »
- A (M) : « Un. »
- B (M) : « Quatre. »
- L (M) : « On voit plus de tuberculoses que, que de cancers du... col de l'utérus. »

Il en est de même de la mortalité associée selon certains médecins.

- Cl (M) : « On parlait des morts, ils ne sont pas si nombreux. »
- L (M) : « Il y a ces, ces mille décès [...] ça fait dix par département [...] un ou deux par patientèle. »

2.3.2.3 Une maladie abstraite pour une partie de la population

Le cancer ne paraît pas incurable à certains patients.

- Car (P) : « On peut réchapper du cancer hein. »

D'après des médecins, les patients perçoivent le risque de mourir d'un cancer comme inférieur à celui de mourir d'une maladie infectieuse.

- P (M) : « Les gens ont plus l'impression de pouvoir échapper à un cancer par rapport au caractère implacable d'une maladie.»

Si les patients considèrent le risque comme faible, c'est aussi parce qu'ils sont peu en contact avec la maladie et qu'elle est, de ce fait, abstraite pour eux.

- P (M) : « Société occidentale [...] trop éloignée euh ben des... maladies. Euh, le risque lié à la maladie parait lointain. [...] quelque chose d'assez abstrait dans l'idée des gens. »

Cela est particulièrement vrai pour les jeunes, pour qui le cancer est un problème qui ne concerne que les personnes plus âgées.

- J (M) : « C'est très abstrait un cancer du col pour un jeune, hein ? C'est vraiment un truc euh de vieux ça ! »

2.3.3 Moyens facilitateurs : Utiliser les représentations négatives du cancer et positives du vaccin

2.3.3.1 S'appuyer sur les peurs liées au cancer

2.3.3.1.1 Les craintes liées au cancer en général

Cependant, la peur du cancer reste prégnante dans l'esprit de certains parents.

- So (P) : « Le cancer [...] on peut en mourir quoi. D'où mon arrêt de cigarette ! »

Pour certains patients, le cancer est plus inquiétant qu'une maladie infectieuse, comme la rougeole par exemple.

- Car (P) : « Je crois qu'il est important celui-là. [...] La rougeole, avant on l'avait hein? On n'est pas morts pour ça... Là, le cancer, c'est important hein ? »

2.3.3.1.2 Les craintes liées aux conséquences du cancer du col

Les médecins relèvent que le cancer du col touche des femmes jeunes et entraîne donc de lourdes conséquences sociales et familiales difficilement évaluables, en cas de complications graves ou de décès.

- L (M) : « C'est difficile [...] à chiffrer parce que c'est quand même un cancer de la femme jeune donc il y a, il y a énormément de retombées euh... familiales, sociales, les, les enfants qui vont se retrouver euh sans leur mère. »

Plusieurs femmes, qu'elles soient médecins ou patientes, rappellent que le cancer du col peut avoir des conséquences graves sur la fertilité.

- Car (P) : « C'est important quoi pour une femme. [...] Après ils enlèvent tout enfin elles seront jamais maman quoi. »
- Cl (M) : « Une hystérectomie chez une femme nullipare c'est quand même aussi un drame euh personnel. »

La vaccination est facilitée en cas d'antécédents familiaux de cancer. Au sein de ces familles, les mères sont en général plus sensibles à la question du vaccin. En particulier si elles sont elles-mêmes concernées par la maladie.

- L (M) : « les femmes qui ont eu un cancer du col euh sont... tout à fait partisans de vacciner leurs... leurs enfants. »
- Car (P) : « Et là récemment j'ai une maman qui a le cancer de l'utérus... [...] Je lui ai dit "Et tes filles tu les as vaccinées ? ". " Ah bah du coup, je vais le faire. " »
- So (P) : « Et puis comme on a déjà dans la famille des cancers. Bah je préfère. »

2.3.3.2 Renforcer les représentations positives du vaccin

Le vaccin est associé à une protection contre le risque de cancer.

- M (P) : « Défense. »
- Car (P) : « C'est pour pas attraper le cancer de l'utérus. »
- F (M) : « On va dire que c'est prometteur. »

Les parents qui associent le vaccin à une protection contre le cancer délivrent le message à leur fille : pour ne pas attraper le cancer, il faut faire le vaccin.

- Car (P) : « Pour pas que t'attrapes le cancer. »
- Car (P) : « Tu veux pas attraper le cancer, fais le vaccin. »

Ces mêmes parents se disent rassurés de limiter le risque de cancer pour leurs enfants.

- Car (P) : « S'ils peuvent éviter le cancer. »
- So (P) : « Quand même le vaccin euh... avec un pourcentage qu'elle peut pas avoir par exemple le cancer. C'est rassurant on va dire. »

Pour un des médecins, le vaccin est associé à une réduction de la fréquence des cancers.

- F (M) : « Déjà, si ça diminue le nombre de cancer du col, c'est déjà bien. »

Certains parents auraient souhaité bénéficier du vaccin contre le cancer du col pour eux-mêmes et espèrent voir la découverte d'un vaccin contre le cancer du sein.

- So (P) : « Je l'aurais fait sans hésitation. »
- A (P) : « A quand le vaccin contre le cancer du sein ? Voilà la suite ? »

2.4 Doutes et interrogations sur le vaccin anti-HPV

2.4.1 Un contexte de crise de confiance en France

2.4.1.1 Une confiance altérée dans la médecine

Les médecins traitants et leurs patients reconnaissent qu'ils traversent une période de méfiance vis-à-vis de la médecine et plus particulièrement de la vaccination.

- F (M) : « On est vraiment arrivés à une charnière au niveau médical par rapport à ce qu'on entend sur les traitements, les complications. [...] On arrive vraiment dans une période de méfiance. »

2.4.1.2 Des scandales sanitaires

Cette perte de confiance est liée, selon eux, aux nombreux scandales sanitaires ou aux problématiques qui ont été présentées comme telles. Ils citent notamment l'épisode de la grippe H1N1, le scandale du *Médiator*® et les remises en question du vaccin contre l'hépatite B.

- M1 (M) : « C'est aussi l'effet *Médiator*®. »
- M2 (M) : « L'histoire des vaccins contre l'hépatite B, il y a 12-13 ans de ça. [...] Oui, on va attraper la sclérose en plaques. »
- M3 (M) : « Malheureusement, les retombées de l'H1N1. [...] C'est l'épisode H1N1, ça a plombé les relations avec le patient. »

Les médecins remettent aussi en question les choix qui ont été faits par le gouvernement français, et notamment la gestion du budget de la santé.

- M1 (M) : « La polémique autour de l'H1N1, autant ministérielle que les coûts. »
- M2 (M) : « Faut demander à Bachelot ! »

2.4.2 Une méfiance vis-à-vis des nouveaux médicaments

2.4.2.1 De la part des médecins

Les médecins traitants ne sont pas confiants vis-à-vis des médicaments récemment mis sur le marché. Ils préfèrent attendre d'avoir du recul, notamment sur les effets indésirables, avant de les prescrire.

- N (M) : « Tout ce qui est nouveaux médicaments, j'aime pas les mettre en place moi. »
- Ca (M) : « J'ai attendu longtemps avant de faire l'hépatite B, aussi. [...] Je me suis posé exactement les mêmes questions. »

2.4.2.2 De la part des patients

Les parents deviennent de plus en plus méfiants vis-à-vis des médicaments et des vaccins. Ils sont souvent opposés aux traitements récents, par peur d'effets secondaires encore méconnus.

- N (P) : « J'ai personnellement a priori plutôt une réticence pour les vaccins qui n'ont pas "essuyé les plâtres". »
- F (M) : « J'ai beaucoup de patients qui veulent plus prendre de médicaments. J'en ai pas mal qui refusent aussi les vaccins. »
- CI (M) : « On commence euh un peu tous à avoir des patients qui se méfient euh des médicaments, des vaccins. »

2.4.3 Un vaccin récent remis en question

2.4.3.1 Des acteurs de la décision qui manquent de conviction

2.4.3.1.1 Des parents en demande de réassurance

Les parents d'adolescentes se posent de nombreuses questions concernant le vaccin. Ils demandent des garanties sur son innocuité et sa validité. Ils cherchent à être rassurés par leur médecin traitant.

- A (M) : « C'est vrai qu'ils posent beaucoup de questions. »
- M1 (M), citant un parent (P) : « Est-ce que ma fille il lui arrivera rien ? Jamais ? »
- P (P) : « Est-ce que vous êtes sûrs aussi ? Est-ce que on a assez de recul ? Est-ce que vous êtes sûrs qu'il y aura pas d'effets négatifs ? »

2.4.3.1.2 Face à eux : des médecins qui doutent

Les médecins sont dans l'impossibilité de répondre avec certitude aux questions des parents, du fait de l'aléa thérapeutique, du manque de recul et parfois de leur manque d'information.

- M1 (M) : « Le problème c'est qu'on ne peut pas leur garantir qu'il n'y aura pas d'effet secondaire. »

- M2 (M) : « Quand les patients nous disent [...] "Est-ce que vous êtes sûrs qu'il y aura pas d'effets négatifs ?" [...] On ne peut pas répondre non avec certitude parce qu'il y a des choses qui sont découvertes des années après. »

Certains médecins ne sont pas convaincus de l'intérêt ou de l'innocuité du vaccin. Parfois, ils vaccinent tout en étant dans le doute. Une partie des praticiens ne choisirait pas forcément la vaccination pour leurs enfants.

- A (M) : « Pas convaincu, je l'ai fait quand même ! »
- B (M) : « Pour certains médecins, effectivement, c'est pas toujours évident de se lancer. [...] Moi je le fais personnellement, mais c'est vrai que... chaque fois j'ai toujours un petit doute. »
- N (M) : « Je... suis pas sûre que je le ferais à ma fille, par exemple. »

2.4.3.2 De nombreuses interrogations sur le vaccin anti-HPV

2.4.3.2.1 Le manque de recul

Pour les médecins traitants et les parents, le manque de recul sur ce vaccin est source d'inquiétude. Ils trouvent le vaccin trop récent, et appréhendent la découverte de nouveaux effets indésirables dans les prochaines années, qui pourraient contre-indiquer la vaccination.

- N (P) : « Je n'ai pas eu toutes les réponses à mes questions, ce vaccin est trop récent. »
- B (M) : « Le Gardasi/® c'est encore euh... pour les gens c'est encore un peu récent. »
- M1 (M) : « On n'a pas assez de recul avec ce vaccin [...] C'est la peur de l'inconnu, maintenant on sait pas ce qu'il arrivera dans 10 ans, dans 20 ans... Ce que ça va donner. »

Les parents n'ont pas reçu eux-mêmes ce vaccin.

- B (M) : « Eux l'ont pas fait, les parents, donc euh ils savent pas trop quoi s'il faut le faire ou pas quoi. »
- Car (P) : « Nous on l'a pas fait. »

2.4.3.2.2 La peur des effets secondaires

Les effets secondaires graves, liés à des vaccins ou des médicaments, ont créé un climat de méfiance par rapport aux produits pharmaceutiques. Les médecins citent notamment la sclérose en plaques (SEP) dans les suites du vaccin contre l'hépatite B, et les effets indésirables du *Médiator*®.

- Ca (M) : « Quand tu penses que dans le *Vidal*®, il est même marqué qu'on peut attraper la SEP, [...] avec le vaccin de l'hépatite B ! »
- A (M) : « Comme le *Médiator*®. [...] C'est 20-30 ans après, on entend parler les... les problèmes valvulaires. »

De nombreux effets secondaires, plus ou moins graves, sont attribués au vaccin anti-HPV par les médecins et les parents : myofasciite, fortes fièvres, sclérose en plaques ou encore décès. La peur des adjuvants et de l'aluminium dans les vaccins est aussi relevée par les médecins.

- B (M) : « La sclérose en plaques. A chaque fois ! »
- B (P) : « Les fortes fièvres, j'ai lu. »
- Cl (M) : « On me parle beaucoup des effets secondaires euh supposés. "Il y a des jeunes filles, qui ont été très malades." »
- N (M) : « Devant une jeune fille qui nous dit "Alors ? Il y a eu des morts ?" »
- M (M), citant un patient (P) : « Bah oui mais docteur les adjuvants et l'aluminium... »

Les effets secondaires réellement constatés par les parents sont pourtant bénins.

- A (P) : « Aucune, un petit peu de température je crois, chaque fois le lendemain, un petit peu de fièvre. C'est tout. »

2.4.3.2.3 Les doutes sur la validité du vaccin

Les médecins rappellent que, contrairement à d'autres vaccins, l'efficacité du vaccin anti-HPV n'est que partielle.

- W (M) : « Ma réticence, c'est justement qu'il y a 30% de résistance. »

- J (M) : « Contre une méningite, l'efficacité elle est... considérée de 100%, contre le... cancer du col, elle est pas de 100%. »

Les parents doutent de l'efficacité du vaccin contre le cancer du col de l'utérus. Ils auraient besoin d'être sûrs que leur fille sera protégée.

- So (P) : « Est ce que ça va protéger vraiment ? Et qu'est-ce qui garantit qu'Estelle dans quelques années elle aura pas le cancer de l'utérus par exemple ? »

Pour certains parents, la balance bénéfices/risques du vaccin penche du côté des risques.

- B (P) : « C'est encore assez controversé. [...] On parle de balance [...] de bénéfice et de risque et je pense que y a quand même une part de risque qui reste importante. »

2.4.3.2.4 Les questions sur la vaccination à long terme

Des médecins s'interrogent sur la validité du vaccin à long terme, et redoutent que le vaccin ne soit plus recommandé dans quelques années.

- F (M) : « Et puis dans 10 ans peut-être qu'on nous dira que ça sert à rien. »

La durée d'efficacité du vaccin n'est pas connue, car le vaccin est récent. Certains médecins se questionnent sur la nécessité d'un rappel à distance.

- Cl (M) : « C'est vrai qu'on a quand même " que " 20 ans de recul [...] et après ? Quelle est la durée d'efficacité du vaccin ? »
- L (M) : « Euh... y-aura-t-il besoin d'un rappel ? »

La vaccination des jeunes filles pourrait décaler la déclaration des cancers à un âge plus tardif, selon une partie des praticiens. Ils se demandent quelles seront les conséquences de l'infection à HPV à ces âges plus avancés.

- CI (M) : « Que deviennent des cancers du col qui... apparaîtraient euh plutôt vers 50... 50 ans ? [...] Comment est-ce qu'on tolère à ce moment-là le Papillomavirus ? »

Certains craignent l'émergence de nouvelles maladies, en supprimant le virus HPV.

- P (M), citant d'autres personnes : « On peut avoir des arguments en disant "Oui, c'est peut-être pour ça que le sida est arrivé, parce qu'on a tué certaines maladies, y en a d'autres". »

Enfin, des médecins redoutent l'apparition de nouveaux génotypes de Human Papillomavirus suite à la vaccination.

- Ca (M) : « Je me demande quelles vont être les mutations de ce Papilloma. [...] Il y a 30% normalement qui résistent au vaccin. [...] Est-ce que ça va faire naître d'autres 40% à côté ? 50 ? »

2.4.3.3 Des interrogations sur le calendrier vaccinal et ses modifications

Le calendrier vaccinal français comporte des vaccins obligatoires et des vaccins simplement recommandés. Les vaccins recommandés comme le vaccin anti-HPV apparaissent comme facultatifs aux yeux de certains parents. Une partie d'entre eux choisit de ne faire que les vaccins obligatoires.

- M1 (M) : « Il y a toute une série de gens qui font... qui estiment que c'est le minimum minimum. Ça veut dire les DTPolio-coqueluche. »
- M2 (M) : « Mais à la limite quand il en reste des obligatoires, ils ont tendance à croire que le reste est superflu. »
- B (P) : « Moi, je le ferai uniquement si c'est obligatoire ou fortement recommandé. »

Certains médecins ont la sensation d'un désengagement de l'Etat. Selon eux, les pouvoirs publics n'obligent plus à faire les vaccins mais se contentent de les recommander, afin d'éviter toute judiciarisation.

- P (M) : « L'Etat français ne voudra plus jamais rendre un vaccin obligatoire pour ne pas être condamné. Donc ça ne sera jamais que conseillé. »

Les praticiens sont perturbés par les modifications fréquentes du calendrier vaccinal. Ils ne comprennent pas le fondement de ces changements et se posent parfois la question d'un intérêt financier sous-jacent pour la Sécurité sociale.

- F (M) : « Un jour, on a une recommandation... deux ans après, on en a une autre donc c'est vrai que c'est un peu perturbant. »
- L (M) : « On vient de nous changer le calendrier vaccinal sous prétexte d'avoir une meilleure couverture. [...] Est-ce que là derrière, il y a des économies de Sécurité sociale ? [...] On, on n'arrive pas à avoir le, le fond du..., le, le fondement de ces politiques. »

Les médecins craignent un nouveau changement des recommandations dans quelques années, voire une suppression de la recommandation du vaccin.

- B (M) : « On sait pas si dans... dans 5-6 ans, 10 ans, on va pas nous dire "Oh finalement, il fallait pas le faire". »

2.4.3.4 Des doutes sur le rôle des laboratoires

Les médecins ressentent la pression des laboratoires qui produisent les deux vaccins et les suspectent de manipulation, au vu des intérêts financiers en jeu.

- J (M) : « Le marché, il est gigantesque. Il y a, il y a un intérêt financier énorme, avec toutes ces jeunes filles à vacciner. »
- Ca (M) : « Trop de lobbying. [...] Des points d'interrogation. »

2.4.3.5 Des professionnels qui augmentent la méfiance

Certains spécialistes font part de réticences ou d'interrogations par rapport au vaccin. Leurs avis font douter les omnipraticiens.

- Ca (M) : « Plus certaines voix de cancérologues qui sont pas pour euh du tout. »
- Ca (M) : « Certains virologues émettent ces hypothèses-là [de risque de mutation du HPV]. »

Certains professionnels du secteur paramédical entretiennent également la méfiance des patients.

- M1 (M) : « Y a quelques professionnels de santé, j'ai eu l'expérience, moi je recommandais, y en a qui passaient derrière et qui disaient : "Moi, je suis pas vacciné". »
- M2 (M) : « [Le pharmacien est un] contre-pouvoir. »

2.4.4 Un choix cornélien entre deux vaccins

En France, deux spécialités ont obtenu l'AMM. Les médecins traitants ne parviennent pas à savoir si l'un des deux est préférable à l'autre.

- J (M) : « Deux vaccins... égaux ? Point d'interrogation. »
- F (M) : « Deux, différents, qui agissent pas tout à fait sur la même chose alors, si ça se trouve, on fait celui-là et puis c'est l'autre qui est plus efficace. »

Les revues scientifiques ne tranchent pas en faveur de l'un ou de l'autre.

- J (M) : « J'ai dû le lire [*Prescrire*®] [...] j'ai pas réussi à comprendre [...] lequel des deux... était le plus... immunogène. »
- L (M) : « Tout compte fait, lequel? Et même le *BEH* ne... ne tranche pas. »

Les laboratoires influencent les médecins en essayant de démontrer la supériorité de leur produit, parfois par de fausses démonstrations. Les médecins sont perdus face aux arguments des représentants.

- J (M) : « Le discours des deux vaccins qui ont pas les mêmes valences, qui viennent te... brouiller complètement [...] sur des arguments pseudo-scientifiques dont on a beaucoup de mal... »
- P (M) : « D'après le discours labo, il vaut mieux prescrire le Cervarix®. Il semblerait qu'il soit plus efficace sur le cancer. »

Les médecins généralistes sont perdus face à des recommandations contradictoires qui préconisent parfois l'un, parfois l'autre.

- F (M) : « Une année, c'est mieux celui-là, l'autre année, c'est mieux celui-là... [...] On a vraiment l'impression de mentir un peu aux gens, c'est désagréable comme sensation. »

En l'absence d'information claire sur la supériorité d'un des deux vaccins, les médecins redoutent d'en choisir un et d'apprendre ensuite que l'autre était meilleur. Si un des vaccins est moins efficace que l'autre, ils souhaiteraient qu'il soit retiré du marché.

- F (M) : « Pourquoi il y en a un qui existe encore si l'autre est mieux ? [...] C'est vrai que, quand je le fais, je me dis toujours, j'espère que c'est pas l'autre qu'il fallait faire. »

D'autres médecins se demandent si cette ambivalence entre les deux vaccins n'est pas responsable de la faible couverture vaccinale en France. Ils s'interrogent sur ce qui se passe dans les pays où le taux de couverture vaccinale est bon.

- L (M) : « Est-ce que, dans les... pays qui... ont une meilleure vaccination, [...] est-ce qu'il y a aussi cette ambivalence avec les deux vaccins-là ? »

Certains médecins rappellent qu'il existe pourtant plusieurs spécialités commercialisées en France pour d'autres vaccins, et que cela ne pose pas autant de questions.

- CI (M) : « Est-ce que c'est vraiment le problème ? On se pose autant de questions, pour le *MMR*®, le *Priorix*®? »

2.4.5 Moyens facilitateurs

Pour améliorer la couverture vaccinale, il faut lever la confusion entre vaccin recommandé et vaccin obligatoire. Les médecins suggèrent de rendre le vaccin anti-HPV obligatoire ou de lever l'obligation sur tous les vaccins, pour qu'ils soient au même niveau.

Les parents réticents confirment que si le vaccin était obligatoire, ils le feraient plus facilement.

- J (M) : « Le rendre obligatoire. »
- W (M) : « Faudrait lever l'obligation pour mettre tout le monde au même niveau. »
- M (M) : « Donc à la limite, faudrait peut-être que tout reste que du recommandé. »
- M (P) : « Si je vois que c'est obligatoire, je fonce, je le fais. »

2.5 Information sur le vaccin anti-HPV

2.5.1 Des sources d'information de qualité variable

En dehors de l'information délivrée par le médecin traitant aux patients, différentes sources d'information sont évoquées par les médecins et les patients.

2.5.1.1 Les articles scientifiques

Les médecins traitants cherchent des informations scientifiques sur le vaccin dans des publications officielles comme le *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire (BEH)*, des revues comme les magazines *Prescrire®* ou *La Revue du Praticien®*, ou via Internet sur des sites comme celui de l'Institut National de veille sanitaire (INVS) ou le site *Infovac*.

- L (M) : « Moi souvent le... l'Institut de veille sanitaire et le... le bulletin euh épidémiologique euh le *BEH*. »
- J (M) : « Dans *Prescrire®* il y a les trucs à jeter, c'était pas à jeter, voilà.»

Les articles scientifiques sont également lus par certains parents.

- N (P) : « Et aussi euh... par la presse médicale. »

2.5.1.2 Les professionnels de santé

Les parents d'adolescentes obtiennent des informations auprès d'autres médecins que le médecin traitant, comme les gynécologues ou les pédiatres. Pour une partie d'entre

eux, le gynécologue est le médecin le plus à même de leur donner une information de qualité sur le vaccin anti-HPV. Ils s'informent aussi auprès du personnel paramédical.

- So (M) : « La gynéco tout simplement, je suppose qu'elle est la mieux placée pour répondre à tout ça. [...] C'est sa branche. »
- N (M) : « C'est le pédiatre,... euh... qui... nous en a informés. »
- M (M) : « Le patient, il prend des informations auprès de différents professionnels de santé. Je veux dire aussi des ostéopathes, des pharmaciens. »

2.5.1.3 Les médias

L'information donnée par les médias, et notamment les campagnes de publicité à la télévision, touche les parents.

- Ch (P) : « Campagne de pub qu'il y a eu à la télé, il y a quatre ans je pense. »
- A (P) : « J'ai beaucoup entendu parler dans les médias. »
- M (P) : « Je l'ai beaucoup vu dans des magazines, la publicité.»

2.5.1.4 Les laboratoires

Les laboratoires qui commercialisent les deux vaccins sont très actifs en ce qui concerne la publicité et l'information concernant la vaccination, par le biais de leurs représentants entre autres. Ils sont, pour certains médecins traitants, l'unique source d'information concernant le vaccin.

- P (M) : « Hélas,... je pense "que" les laboratoires parce qu'on n'a pas... on n'a pas pris le soin d'aller regarder dans les... différents documents. »

2.5.1.5 Les dépliants d'information

Certains parents reçoivent une information sur le vaccin par le biais de dépliants, produits par les laboratoires ou le ministère de la Santé.

- Car (P) : « On a eu des brochures. »

2.5.1.6 Les réseaux sociaux

Chez les jeunes filles, des informations concernant le vaccin circulent sur Internet, via les réseaux sociaux comme *Facebook®*. Ces réseaux véhiculent des informations plutôt négatives sur la vaccination.

- N (M) : « Chez les adolescentes en eux-mêmes, ils entretiennent, entre elles, la réticence, puisque... enfin elles créent des réseaux un peu *Facebook®*. »

2.5.1.7 L'entourage des patientes

Selon les médecins traitants et les parents, la communauté d'adolescents constitue une source d'information influente pour les jeunes filles, en ce qui concerne le vaccin. Lors des consultations, ils sont face à des jeunes qui connaissent le vaccin.

- A (M) : « Quand je commence à parler du Cervarix®, Cervarix® ou l'autre hein, ils sont déjà au courant [...]. Ils parlent entre eux... c'est une communauté, c'est des jeunes. »
- So (P) : « Parce que rapport à ses copines elle a plein de copines qui l'ont fait en fait. »
- J (M) : « C'est le poids des copines à l'école, quoi. [...] "Ma copine a fait ça et pourquoi... il faut, moi je voudrais faire ça aussi". »

2.5.2 Des carences au niveau de l'information

2.5.2.1 Un manque d'information des médecins et des parents

2.5.2.1.1 Des parents mal informés

Les parents d'adolescentes se sentent peu, voire pas informés par rapport au vaccin et sont donc en difficulté pour informer leurs filles. Certains parents se plaignent du manque de renseignements, notamment par rapport au recul.

- So (P) : « Déjà moi-même, j'ai pas assez d'informations. [...] Ce que je vais lui [à sa fille] dire, c'est le peu que je sais. »

- Sa (P) : « Un virus relativement inconnu [...]. J'ai l'impression que la plupart des Français ou des Françaises le connaissent pas. »

Les médecins traitants confirment que leurs patients sont souvent mal informés. Ils notent aussi une inégalité sociale dans l'information : les patients issus de milieux aisés sont mieux informés que ceux issus de milieux défavorisés, pour lesquels l'accès à l'information est plus compliqué, notamment à cause de l'analphabétisme.

- J (M) : « Moi, j'ai une population relativement aisée, et la plupart des patients, quand on leur en parle, ils connaissent. »
- W (M) : « Moi, j'ai une patientèle exactement inverse [...]. Ils ne sont pas informés, eux. Ils ne lisent pas. »

2.5.2.1.2 Des médecins mal informés

Les médecins traitants ne se sentent pas assez informés et donc pas assez armés pour répondre aux questions et aux réticences des parents. Ils évoquent le problème du manque de temps, nécessaire pour pouvoir s'informer.

- F (M) : « C'est important que nous, on reste informés. [...] Mais parfois, c'est difficile. Et puis ça demande du temps. Qu'on n'a pas toujours. »

2.5.2.2 Les causes de ce manque d'information

2.5.2.2.1 Un trop-plein d'information

Trop d'information tue l'information. Les données qui circulent sur le vaccin, très nombreuses et parfois contradictoires, rendent l'information illisible et découragent les parents.

- B (P) : « Un trop-plein d'information. Aujourd'hui [...], on cible plus... [...] On va partout, du... on s'arrête plus forcément sur les choses qui sont importantes. »

2.5.2.2.2 L'absence d'une information scientifique claire et engagée

Les médecins et les patients ont besoin d'informations scientifiques claires et précises sur le vaccin, notamment en ce qui concerne son innocuité. Ils déplorent le manque de prise de position de la communauté scientifique et l'absence de discours construit pour répondre aux interrogations qui persistent.

- Sa (P) : « La communauté euh, scientifique et particulièrement les médecins ne prennent pas position de façon claire euh... »
- M (M) : « Il n'y a pas de discours construit pour parer à cette désaffection des vaccins. »
- F (M) : « Des études sur l'absence de complication, parce que c'est plutôt ça la réticence finalement moi que j'ai. »

2.5.2.2.3 Une politique de santé publique autour du vaccin peu visible

Médecins et parents regrettent le manque de politique de santé publique autour de la vaccination, ou du moins le manque de clarté et de visibilité de cette politique. Ils notent un manque de communication publique sur le vaccin anti-HPV, dès sa mise sur le marché.

- M (M) : « Y a pas vraiment de politique de santé publique. Y a pas de campagne. »
- L (M) : « Mise en place rapide [...] le... vaccin a été proposé un petit peu à la hâte, sans... sans beaucoup d'explication, sans beaucoup de préparation. »
- J (P) : « Le fait qu'on en entende si peu parler, est-ce que c'est si important de le faire pour la santé de nos filles ? »

Ils se questionnent sur ce qu'ils estiment être un désengagement de l'Etat.

- J (P) : « Pourquoi l'Etat s'engage pas plus ? »
- P (M) : « L'Etat français ne voudra plus jamais rendre un vaccin obligatoire, pour ne pas être condamné. »

Ils constatent une diminution de l'information sur le vaccin depuis quelques années, qui a pour conséquence de faire tomber le vaccin dans l'oubli.

- M (P) : « Je l'ai beaucoup vu, y a un an et demi, deux ans. Là, je l'avais presque oublié. Puisque... on voit plus trop de publicité, tant à la télé que dans les médias. »

Ils souhaiteraient plus de campagnes de vaccination, par le biais d'affiches et de communications télévisées présentant les vaccins.

- Ch (P) : « C'est peut-être le déficit en information ces dernières années qui euh... n'incite pas assez... »
- Car (P) : « Ils ont pas fait grand-chose... pas beaucoup de... ils font pas beaucoup de campagne hein. [...] On voit pas d'affiches. »

2.5.3 Une désinformation autour du vaccin

Les médecins évoquent la désinformation comme étant une cause majeure de la faible couverture vaccinale en France.

- M (M) : « Les systèmes de désinformation ? Ils jouent à plein sur les vaccins ! »

2.5.3.1 Le lobbying des laboratoires qui produisent le vaccin

Les médecins se sentent victimes d'une pression commerciale de la part des laboratoires commercialisant le Gardasil® et le Cervarix®. Ils trouvent leurs représentants très insistants. Ils ont des difficultés à faire le tri dans les arguments plus ou moins scientifiques avancés par chaque firme et regrettent le manque de transparence.

- F (M) : « Il y a vraiment un manque de transparence maintenant. [...] On est dans un système commercial donc c'est obligé, c'est lié. »
- J (M) : « Avec cette impression de pression des laboratoires des deux côtés, importante. »
- Ca (M) : « Je sais pas si vous avez été matraqués comme moi par le... Cervarix® ? »

Certains praticiens s'étonnent du fait que les laboratoires sont autorisés à faire de la publicité pour un médicament remboursé.

- Ca (M) : « Est-ce que vous n'avez pas été choqués qu'on puisse faire une publicité à la télévision, à la radio et dans les journaux, sur un produit remboursé ? Vous imaginez la pression de lobbying qu'il y a derrière ? »

2.5.3.2 Une manipulation de l'information par les médias

L'impact des médias, et notamment de la télévision, par rapport à la vaccination est très important sur la population. Selon les médecins, les médias manipulent l'information, véhiculent des idées erronées et entretiennent un climat de peur et de doute par rapport à la vaccination.

- M1 (M) : « Le journalisme, c'est un... c'est un fléau maintenant. »
- M2 (M) : « Et la récupération médiatique qui est à la limite de la désinformation, hein? »
- M3 (M) : « Parce que l'ambiance générale d'information à la télévision, à la radio, dans les journaux, sont complètement contre les vaccins. »

Les praticiens ont du mal à contrecarrer cette influence négative, qui touche un large public en même temps, alors que l'impact du médecin ne peut se faire que dans la relation individuelle.

- M (M) : « Ils sautent sur le truc, ils le tournent comme ils veulent, et là c'est une catastrophe parce que, eux, il a le micro et toi t'as beau crier dans ton cabinet, on t'entendra pas. »

2.5.3.3 L'impact négatif d'Internet

D'après les médecins, Internet aurait un impact néfaste sur la vaccination. Les patientes auraient plus facilement accès à des informations négatives, inquiétantes ou fausses sur le vaccin.

- M1 (M) : « On parle d'un huitième pouvoir ? [...] Qui devient aussi un pouvoir informatif ou un pouvoir d'inquiétude qui crée la rumeur. » [parlant d'Internet]
- M2 (M) : « Dès que vous allez poser des questions sur Internet, c'est les sites des ligues anti-vaccinales qui sortent en premier. »

Internet est également le vecteur de réseaux sociaux sur lesquels les adolescentes feraient circuler des rumeurs sur des complications graves liées au vaccin.

- N (M) : « Des réseaux [...] sur euh des euh... des rumeurs comme quoi y a des jeunes filles qui seraient mortes. »

2.5.4 Des méconnaissances concernant le vaccin

De fausses idées sur le vaccin circulent, chez les médecins traitants et chez les parents.

2.5.4.1 A propos du calendrier vaccinal

Il existe une confusion chez les parents et chez certains médecins entre le caractère obligatoire ou recommandé des différents vaccins.

- N (P) : « A propos du ROR ça me rappelle que lorsque c'était pas obligatoire, je l'ai pas fait faire et, lorsque ça l'est devenu, je l'ai fait faire. »
- B (M) : « Les gens, ils savent pas du tout. Déjà, les médecins [...] le savent pas tous, lesquels sont juste obligatoires. »

Certains médecins pensent que le vaccin anti-HPV ne faisait pas partie du calendrier vaccinal, avant l'édition du nouveau calendrier vaccinal en avril 2013.

- J (M) : « Je crois que la donne va vraiment changer. [...] Je crois qu'il rentre dans le calendrier vaccinal. »

Le vaccin continue à être intimement lié à la question de la sexualité par certains médecins, alors que les nouvelles recommandations ne font plus état de la limite d'un an après les premiers rapports sexuels dans les indications du vaccin.

- B (P) : « Ça commence à onze ans, on se dit c'est lié à la sexualité. »
- B (M) : « C'est toutes ces questions-là [de sexualité] qu'il faut aborder [...] à 11 ans, là par contre... ouh ! [...] Enfin, moi j'ai essayé... »

2.5.4.2A propos du vaccin en lui-même

Le lien entre le vaccin anti-HPV et le cancer du col de l'utérus est soit méconnu, soit incompris des parents. Ils ont des doutes sur l'efficacité sur le cancer. Pour eux et pour certains médecins, il s'agit du premier vaccin existant qui protège contre un cancer.

- M (P) : « Moi, je comprends pas euh... c'est pas vraiment expliqué un vaccin contre le cancer. C'est, c'est une première [...]... On se dit "Est-ce que vraiment, ça peut exister ?" »
- P (M) : « D'habitude, un vaccin c'est pour euh... lutter contre une maladie... infectieuse. Et donc euh... y a peut-être des gens qui comprennent pas bien. »
- So (P) : « C'est par rapport au cancer mais comment on protège ? »

Le vaccin contre l'hépatite B protège pourtant contre le cancer hépatique, mais ce lien est méconnu des patients et de certains médecins. Quand ce lien est connu, il n'est pas forcément présenté comme tel.

- J (M) : « Un cancer qui... qui a un vaccin, après tout il n'y en a pas deux. »
- L (M) : « Contre le... le cancer du foie, c'est l'hépatite [...]. Mais on le, on le présente pas comme ça. »

D'après les médecins, les parents ne savent pas que le vaccin protège également contre les verrues génitales.

- N (M) : « Ils sont moins au courant que ça protège aussi contre euh les verrues génitales. »

Le prix d'une injection du vaccin n'est pas connu des médecins et les parents ne savent pas toujours s'il est remboursé par la Sécurité sociale, et à quel taux.

- P (M) : « C'est-à-dire euh 500 euros par vaccin euh... pfiou ! »
- L (M) : « Non, c'est 350... »
- Cat (P) : « Est-ce qu'il est remboursé à 100% ce vaccin ? »

2.5.4.3A propos du HPV

Les médecins traitants sont régulièrement confrontés à des parents qui ne connaissent pas la fréquence et la contagiosité du HPV. Ils le comparent aux autres maladies sexuellement transmissibles qui sont moins fréquentes. Les adolescentes ne sont pas conscientes du risque important de transmission du virus lors des rapports sexuels.

- A (M) : « Mauvaise connaissance des risques. »
- So (P) : « Un adolescent, il a l'impression qu'il est protégé de tout voilà... que rien ne l'atteint... »
- CI (M) : « Ce côté [...] : "Moi ça m'arrivera pas parce que..." »

Pour certains parents, c'est le virus et son lien avec le cancer qui ne sont pas connus du grand public :

- Se (P) : « La plupart des Français [...] ne voient pas le rapport avec le... la maladie. »

2.5.4.4A propos du cancer

Le cancer du col utérin serait mal connu des patients à cause de la diminution de sa fréquence en France.

- L (M) : « Pays riches où [...] les maladies sont pas très très très fréquentes, et donc euh, ben la, la peur de la maladie euh, elle s'éloigne parce qu'on les voit plus. »

2.5.5 Moyens facilitateurs : répondre à la demande d'information des parents et des médecins

2.5.5.1 Avoir une vraie politique de santé publique

Médecins comme parents déplorent le manque de politique de santé publique autour du vaccin anti-HPV en France, ou du moins le manque de visibilité de cette politique. Ils souhaitent plus d'engagement de l'Etat dans l'information sur le vaccin et sa promotion.

- M (M) : « La Sécu, elle nous a fait une campagne avec les antibiotiques, elle devrait refaire une campagne vaccinale... Y en a pas! »

2.5.5.2 Diffuser l'information aux parents et aux patientes

2.5.5.2.1 Via les médias

Les campagnes de santé publique diffusées par les médias, et notamment la télévision, ont un impact important sur les parents d'adolescentes et les incitent à parler du vaccin en consultation.

- Ch (P) : « C'est après la campagne de... de pub que j'avais vue que j'en ai parlé à mon médecin traitant. »

Les parents et les médecins traitants souhaiteraient que ces campagnes d'explication et de promotion du vaccin soient plus appuyées et qu'elles soient mieux diffusées via les différents médias, et principalement la télévision.

- M1 (M) : « Il faut faire une campagne d'explication à la télé pour contrebalancer toutes ces conneries. »
- M2 (M) : « Les campagnes publiques servent à ça aussi, c'est bien peut-être aussi de remettre les pendules à l'heure.»
- So (P) : « Les médias, ils sont... c'est eux qu'ils sont les mieux placés. »

2.5.5.2.2 Dans les lieux de vie des patients

Les parents souhaiteraient que des campagnes de vaccination soient faites par le biais de l'école, avec le concours des infirmières scolaires. Ils souhaiteraient qu'une information leur soit donnée ainsi qu'à leurs enfants, en milieu scolaire, afin d'initier un dialogue parent-adolescent.

- J (P) : « Si à l'école... [...] on en parlait [...] si c'était aussi... une préoccupation que... euh pouvait avoir l'infirmière scolaire et qu'il y ait des informations auprès des parents qui soient faites [...] enfin je pense que ça pourrait motiver les enfants, qu'ils en parlent avec leurs parents. »

Des médecins relèvent l'importance de trouver les bons interlocuteurs pour faciliter la promotion du vaccin.

- M (M) : « Pour le VIH, on est arrivés à toucher les différentes tranches de la société. Comment ? En trouvant les bons interlocuteurs. »

Des parents proposent également de rendre l'information plus visible en mettant plus d'affiches concernant le vaccin anti-HPV dans les lieux de consultation, comme la salle d'attente des médecins généralistes ou en PMI.

- Car (P) : « Il y a pas d'affiche. Ils devraient mettre des affiches. [...] Chez le médecin. [...] Dans une PMI. »

Enfin, certains suggèrent d'envoyer des informations sur le vaccin par courrier aux parents d'adolescentes.

- So (P) : « Pourquoi pas des publicités euh... dans les boîtes ? »

2.5.5.3 Optimiser l'information des médecins

2.5.5.3.1 Rester critique par rapport à l'information

L'information la plus facilement accessible pour les médecins est celle fournie par les laboratoires qui commercialisent les deux vaccins. Les médecins insistent sur l'importance de ne pas se contenter de cette information mais de diversifier ses sources afin d'avoir l'information la plus neutre possible.

- P (M) : « "Que" les laboratoires parce qu'on n'a pas... on n'a pas pris le soin d'aller regarder dans les... différents documents euh... »
- B (M) : « Bah... si ! Si, moi j'ai été chercher justement [...] sinon c'est dangereux quand même. »

Les praticiens savent qu'ils doivent savoir critiquer l'information lue, en faisant le tri entre les sources qui sont valables et celles qui ne le sont pas.

- F (M) : « Qu'on tienne compte des références de ce qu'on lit, qu'on reste critiques c'est sûr que c'est important. »

2.5.5.3.2 Apporter des informations scientifiques et valides

Les médecins réclament des informations valides sur le vaccin, indépendantes des laboratoires pharmaceutiques, pour garantir leur neutralité.

- B (M) : « Avoir des explications un peu plus euh... [...] un peu plus franches, que les labos, quoi ... »
- L (M) : « [avoir une source d'information] neutre »

Ils souhaitent avoir des données issues d'études scientifiques, notamment sur le recul et l'absence de complications liées au vaccin, afin de pouvoir répondre aux questions des patients et à leurs propres interrogations.

- F (M) : « Des études sur l'absence de complication. [...] Un recul voilà. "On le fait depuis x années il n'y a pas de soucis." Voilà je pense que c'est ça qu'on a besoin maintenant. »

2.5.5.3.3 Former les acteurs de la santé

Certains praticiens proposent la mise en place d'une campagne officielle d'information auprès des médecins traitants.

- J (M) : « C'est peut-être au niveau des médecins qu'il faut aussi une campagne [...] complètement indépendante des labos. »

Les médecins généralistes reconnaissent aussi qu'ils ne sont plus toujours les principaux référents auprès de leurs patients en matière de santé. Ils souhaiteraient que l'ensemble des acteurs de santé soit formé, afin d'éviter un contre-pouvoir.

- M (M) : « Je pense aussi que il y a une formation générale au niveau de la santé, parce que c'est pas que le médecin. Je pense plus que c'est le médecin le premier référent. »

2.6 Communication entre les acteurs de la consultation

2.6.1 Initiative dans la proposition vaccinale

2.6.1.1 Manque d'initiative de la part des médecins

Certains médecins reconnaissent que le vaccin n'est pas leur priorité et qu'ils n'en parlent pas. Il ne s'agit pas d'un problème de réticence mais d'oubli.

- J (M) : « C'est pas au cœur de mes préoccupations et [...] je devrais en parler et j'en parle pas, quoi. »

Des parents relèvent ce manque d'initiative et s'étonnent que leur médecin ne leur propose pas le vaccin.

- Le (P) : « D'ailleurs, ça m'a beaucoup étonnée parce qu'il l'a jamais proposé, on en a pas parlé. »
- So (P) : « Moi, mon médecin traitant, il en a jamais parlé. »

Selon certaines mères, c'est au médecin traitant de proposer le vaccin, car elles le voient souvent, il est donc en position privilégiée pour leur en parler.

- So (P) : « C'était à lui de le proposer. »

Après avoir entendu parler du vaccin à la télévision ou dans des campagnes, plusieurs parents ont fait eux-mêmes la démarche d'en parler à leur médecin généraliste.

- A (P) : « C'est moi en fait : [...] j'en ai parlé à mon médecin. »
- Car (P) : « Je l'avais entendu à la télé quand ils l'ont fait. [...] J'ai demandé. »

Si la question du vaccin vient de son médecin traitant, la mère peut se sentir encouragée.

- J (P) : « Il me semble effectivement que si mon médecin traitant m'en parlait, ça m'aurait... ça m'encouragerait forcément à le faire. »

2.6.1.2 Initiative de l'adolescente

En ce qui concerne une des mères interrogées, c'est sa fille qui a pris l'initiative de poser la question du vaccin.

- So (P) : « C'est ma fille qui a posé la question au médecin. Elle a dit est-ce qu'elle pouvait le faire. »

Si les camarades se font vacciner, la jeune fille en parle alors à ses parents, comme le rapporte un des médecins.

- J (M) : « Parfois c'est "Ma fille m'a parlé de ça, parce que sa copine l'a fait." »

2.6.1.3 Manque d'initiative et d'implication des parents

A contrario, plusieurs médecins décrivent une absence d'initiative de la part des parents.

D'après eux, les parents ne réclament jamais le vaccin.

- Cl (M) : « Zéro, ils réclament pas. »
- B (M) : « Réclamer ? Zéro, oui ! »

Les seules demandes sont pour les rappels.

- P (M) : « Les seuls qui réclament c'est pour les... rappels. »

Certains médecins font le lien entre l'absence d'initiative des parents et le fait que leur patientèle soit socialement défavorisée.

- W (M) : « J'ai pas beaucoup de demandes [...]. C'est une population qui est très simple. »

Le désintérêt des patients explique, pour un des médecins, la faible couverture vaccinale.

- M (M) : « Le désintérêt, bien sûr. »

Pour un autre omnipraticien, la population qui n'est pas touchée directement par le cancer du col n'a pas conscience de la fréquence de la maladie.

- L (M) : « Les gens qui ne sont pas concernés directement par le cancer du col ne se rendent pas, peut-être pas compte [...] de l'incidence de... cette maladie. »

Selon certains médecins, les parents ne sont plus en demande du vaccin depuis quelques mois.

- M1 (M) : « J'en ai plus un qui m'amène une fille pour se faire vacciner. Et ça, c'est en un an et demi. »
- M2 (M) : « Le Gardasil® s'est cassé la gueule de façon phénoménale ! »

2.6.2 Responsabilité

2.6.2.1 La responsabilité des médecins

2.6.2.1.1 La crainte de la judiciarisation en tant que prescripteur

Le risque de judiciarisation peut freiner les médecins.

- Animateur : « Dernière question : Est-ce que le risque de judiciarisation peut être un frein pour vous ? »
- A (M) : « Tout à fait. »

Plusieurs médecins s'inquiètent de leur responsabilité en cas de complication dans les suites d'une injection. Le médecin traitant étant le prescripteur, il est souvent mis en cause.

- CI (M) : « Et puisque c'est à nous d'argumenter le vaccin, c'est aussi sur nous que reposera la responsabilité s'il y a des problèmes. »
- M1 (M) : « C'est toujours la faute du médecin généraliste quand y a un problème! »
- M2 (M) : « Oui c'est vrai ! C'est systématique, c'est toujours notre faute ! »

Les mères n'hésitent pas, en cas de problème à se tourner vers le médecin et à se dédouaner de toute responsabilité.

- S (P) : « Quand il y a des vaccins comme ça, moi je préfère faire. Après, s'il y a un souci, c'est avec le médecin qu'il faut voir, c'est pas moi. »

2.6.2.1.2 Un risque de procès à double-sens

Un des médecins évoque la crainte de procès si la patiente se sent contrainte à faire le vaccin et qu'elle subit des complications.

- P (M) : « On n'est pas fous, on veut pas se faire euh attaquer en disant : " C'est vous, Docteur, qui m'avait obligée à le faire ". »

Les médecins expliquent que leur responsabilité est à double-sens. Elle peut également être mise en cause, si la patiente présente un cancer du col alors que le vaccin n'a pas été proposé.

- J (M) : « D'autant qu'ils peuvent être dans les deux sens. Est-ce que on ne pourrait pas imaginer dans quelques années quelqu'un qui fait un cancer du col, qui dit : "Vous m'avez même pas parlé de ce vaccin" ? »
- J (M) : « Je pense que si on peut être attaqué sur quelque chose, c'est sur... [le fait] de ne pas l'avoir proposé. »

Un des médecins renvoie le patient à ses propres responsabilités. Il lui explique qu'il y a des risques et le laisse prendre seul sa décision.

- P (M) : « Je leur dis [...] : "Si ça tombe pour vous, c'est 100% pour [vous]. Donc euh... réfléchissez" »

2.6.2.1.3 L'utilisation du dossier médical pour se protéger

Les médecins suggèrent de laisser une trace écrite dans le dossier médical, en cas de refus de la proposition.

- J (M) : « Et peut-être qu'il serait judicieux dans, dans... ton dossier qu'il soit marqué "proposition"... »
- L (M) : « Proposition rejetée. »

2.6.2.2 La responsabilité des parents

Les médecins relèvent que certains parents acceptent de prendre un risque pour eux-mêmes mais pas pour leur enfant.

- M (M) : « Encore qu'ils acceptent de prendre pour eux, pas pour les enfants. »

A contrario, certains parents ont la conscience apaisée en faisant vacciner leur fille, car ils ont le sentiment de la protéger du risque de cancer. En outre, ils souhaitent éviter les reproches potentiels de leurs enfants au cas où ils ne leur en auraient pas parlé.

- So (P) : « La protéger [...]. C'est rassurant : on va dire en tant que maman, justement, j'aurai une conscience un peu plus tranquille [...]. Plus tard [...], j'aurais pas envie [...] que ma fille me fasse [...] des reproches. »

2.6.3 Rôle et impact des différents acteurs de la consultation dans la décision

2.6.3.1 L'influence du médecin traitant

2.6.3.1.1 Le médecin : un conseiller et un référent

L'impact du médecin sur le choix du patient a été largement souligné.

Pour certains parents, le médecin doit être écouté en raison de son statut.

- Car (P) : « On l'écoute hein..., c'est un médecin. »

Le rôle de conseiller et de référent est toujours d'actualité pour les médecins.

- B (M) : « Ils nous font confiance. En gros ils nous disent : “Bah je dois faire quoi Docteur ?”. »
- J (M) : « Donc il y a un rôle de conseil, toujours. »
- M1 (M) : « Ils nous posent la question, ils demandent notre avis quand même. »
- M2 (M) : « Y a une confiance quand même avec le médecin et son patient. »
- M3 (M) : « Il reste quand même le référent ! »

2.6.3.1.2 La confiance au cœur de l'influence

La relation de confiance et la proximité sont au cœur de l'influence du médecin sur le patient. Si le médecin est convaincu, le patient le sera aussi.

- Cat (P) : « Je pense que la confiance [...], ça joue énormément [...]. Et je crois que ça, ça a beaucoup compté. »

Les conseils de leur médecin sont fiables aux yeux des patients.

- So (P) : « Pour moi, un médecin, il ne va pas nous conseiller quelque chose de pas bien tout simplement. »

Plusieurs parents ont rappelé leur confiance en la médecine, en général. Pour eux, le corps médical ne les inciterait pas à faire des choix délétères, en connaissance de cause. Certains parents adhèrent au principe de précaution.

- So (P) : « Peut-être que j'ai tort mais je fais confiance quand même à la médecine. Et sinon, on va pas jouer avec la santé des gens quoi. Ça serait horrible quoi. »
- Sa (P) : « S'il y avait quelque chose de vraiment grave et de clair et d'identifié euh... la communauté aurait réagi. »
- Li (P) : « Moi je suis peut-être naïve ou euh... mais facilement... enfin je fais confiance à la médecine et au principe de précaution [...]. Si ça a été étudié, recherché [...], il fallait le faire quoi. »

2.6.3.1.3 L'influence visible et concrète du médecin

Les médecins ont conscience de l'influence qu'ils exercent sur leurs patients. Leur propre part de responsabilité dans le choix des patients leur semble majeure.

- J (M) : « Dans les non-vaccinations, quelle est la part de responsabilité des patients et des médecins ? Et... je ne serais pas loin de penser que la... la responsabilité des médecins est énorme. »

Ils savent que leurs convictions ont un impact. Cette influence se matérialise par des écarts de vaccinations entre différentes patientèles, selon la sensibilité du médecin.

- Cl (M) : « Ca dépend beaucoup du médecin, y a des, des clientèles où y a pas du tout de vaccin contre la méningite parce que le médecin et ben, il aime pas trop. »
- J (M) : « Il y a des pro-vaccins, des anti-vaccins, dans les médecins, dans les patients. [...] Y a des inégalités de vaccination énormes ! »

Selon les parents, c'est auprès de leur médecin qu'ils vont trouver l'information complète qui va leur permettre de prendre une décision.

- N (P) : « Par le même médecin, j'ai eu des informations complètes et qui m'ont convaincue et j'ai fait faire. »

2.6.3.1.3.1 L'impact dans le sens de la vaccination

Plusieurs médecins usent de leur influence pour favoriser la vaccination. Ils sont convaincus de l'intérêt du vaccin et encouragent leurs patients.

- B (M) : « Moi je leur dis [...] "Si ça peut vous protéger vous, bah, allez-y quoi ! Allez-y !" [...] J'ai pas beaucoup de réticences. »

Le fait que le médecin soit lui-même vacciné est utilisé comme argument.

- M (M) : « Notre expérience personnelle, d'être vaccinés nous d'abord. [...] Que le médecin soit vacciné. »

2.6.3.1.3.2 L'impact dans le sens de la non-vaccination

Si les médecins ne sont pas convaincus, l'impact sur leurs patients est en défaveur de la vaccination.

Quand le médecin exprime ses doutes, le patient renonce au vaccin.

- Ch (P) : « Mon médecin généraliste qui m'a dit [...] enfin les retours étaient pas terribles et [...] la boîte est toujours là quoi... C'est induit par sa réaction. »

Plusieurs médecins manquent de conviction dans leur proposition et ne s'impliquent pas pour que les patients adhèrent à la vaccination. Ils se limitent à la proposition.

- B (M) : « J'essaie d'être convaincu moi-même [...] mais... quand elles disent non, je n'insiste pas non plus des heures. »
- A (P) : « Je lui ai dit : "Est-ce qu'il faut le faire ou pas ?". Il m'a dit "C'est comme vous voulez." »
- Ca (M) : « J'en parle point. Après, elle décide mais sinon... »

Selon plusieurs personnes interrogées, le manque d'implication de nombreux médecins généralistes explique la faible couverture vaccinale en France.

- Animateur : « Quelles sont les principales raisons que vous pouvez évoquer pour expliquer la couverture vaccinale insuffisante de la population adulte ? »
- M (M) : « Manque d'implication des médecins généralistes. »

2.6.3.2 Le poids des parents

L'adhésion des parents est un facteur incontournable pour la vaccination.

Les médecins doivent dans tous les cas convaincre les parents pour obtenir leur accord.

- Cl (M) : « Moi j'ai vraiment l'impression de devoir convaincre les mères.»

Si les parents sont en demande par rapport au vaccin, cela facilite la démarche du médecin.

- Ca (M) : « Ma fille doit être vaccinée. Point. »

Si les parents sont récalcitrants, la proposition n'aboutit pas.

- S (P) : « Pour ma part [...] ma fille aînée [...], j'ai refusé qu'elle le... enfin je lui ai proposé et je lui ai déconseillé. »

Le choix final revient aux parents. Même si le vaccin est prescrit, il peut rester dans le réfrigérateur si les parents ne sont pas décidés.

- N (P) : « Conseillé fortement par un médecin [...], acheté... et encore dans le frigidaire. »

2.6.3.3 La place de l'adolescent

2.6.3.3.1 Jusqu'au changement de calendrier : deux personnes à convaincre dans un contexte conflictuel

Les médecins ont parfois le sentiment d'avoir deux personnes à convaincre : à la fois l'adolescent et le parent.

Avant le changement de recommandations sur l'âge de vaccination, la relation conflictuelle entre la jeune fille de 14 ans et ses parents engendrait des difficultés, en raison de l'opposition de l'adolescent.

- J (M) : « Y a [...] deux personnes à convaincre, hein ? Il y a l'adolescent et y a les parents. [...] La relation adolescents-parents elle est pas forcément formidable. Ce qui est voulu par les parents est refusé par l'enfant. »

Un échange était à proposer entre la mère et la fille.

- J (M) : « A l'heure actuelle, [...] une consultation où on propose le Gardasil®, ça se termine par euh... “ Vous en reparlerez à deux, euh... la mère - la fille.” »

2.6.3.3.2 Une nouvelle étape : la vaccination à onze ans

2.6.3.3.2.1 A onze ans, le choix revient aux parents

A 11 ans, la jeune est accompagnée d'un de ses parents en consultation, et le choix de vacciner ou non revient à ce dernier.

- L (M) : « Pour moi, il y a eu deux étapes : [...] l'initiation du vaccin [...], où là on avait [...] la jeune femme à convaincre, [...]. A 11 ans, [...] c'est la maman qui va... qui va décider et [...] les jeunes viennent euh accompagnées. »
- J (M) : « Le rôle de la... des parents va être entier »

2.6.3.3.2.2 Un adolescent plus docile à onze ans qu'à quatorze

Le nouveau calendrier vaccinal facilite la démarche avec un jeune de 11 ans plus docile.

- J (M) : « On n'aura pas à 11 ans cette espèce d'adolescence un peu rebelle »

2.6.4 Moyens facilitateurs : améliorer la communication

2.6.4.1 Expliquer pour rassurer

Les parents souhaitent comprendre pourquoi le vaccin est proposé. Ils ne vaccinent pas leurs enfants de manière aveugle, même dans un climat de confiance avec leur médecin.

- N (P) : « Il y a une certaine confiance mais il faut comprendre jusqu'où ça va et pourquoi quoi. Je ne fais pas tous les vaccins systématiquement. »

Les médecins se soucient de simplifier l'information pour les patients, de leur fournir des renseignements valides et scientifiques.

Ils pensent que leurs confrères, en adoptant cette démarche, seraient mieux armés pour contrer les arguments anti-vaccins et la désinformation.

- M1 (M) : « Ce qui pourrait [...] renforcer les connaissances des médecins c'est les avancées virologiques. Savoir [...], sur le plan scientifique, où on en est et après là, nous, on simplifie pour les autres. »

Certains se servent du *BEH* et du calendrier vaccinal.

- M2 (M) : « J'hésite pas à sortir ça [le *BEH*] et puis montrer le nouveau calendrier vaccinal [...]. C'est régulièrement mis à jour [...], des professionnels qui sont chargés d'étudier ça au long cours. »

Parmi ces médecins, certains s'aident de supports visuels, documents écrits, imprimés, comme le nouveau calendrier vaccinal.

- J (M) : « Eventuellement, moi je l'imprime parfois [le nouveau calendrier vaccinal] pour mes patients. »
- M (M) : « Apporter des arguments, peut-être écrits. »

Ils tiennent à limiter l'influence des discours erronés dans les médias et sur Internet. Ils expliquent à leurs patients que ce qu'ils entendent ou lisent n'est pas nécessairement valide.

- M (M) : « Leur expliquer [...] qu'ils entendent [...] des informations qui sont pas forcément vérifiées [...] dans les médias, sur les forums. »

Informé est parfois plus efficace que de tenter de convaincre. Il s'agit de faire prendre conscience au patient qui ne se sent pas concerné, que le risque de contamination est réel.

- N (P) : « Je leur explique que ben, si ça peut arriver. J'essaie plus de les informer que de les convaincre. »

2.6.4.2 Eduquer à l'aléa thérapeutique et à l'incertitude en médecine

2.6.4.2.1 L'aléa thérapeutique

Selon certains médecins, les patients n'ont pas encore conscience de l'aléa thérapeutique.

- A (M) : « Dans les 10 ans qui viennent [...], ça va intervenir. [...] Nos patients ne sont pas encore au courant de l'aléa thérapeutique.»

D'après les médecins, les patients n'acceptent ni le doute, ni l'absence de certitude en médecine.

- M1 (M) : « Les gens n'acceptent pas le droit au risque, on n'a pas le droit à l'erreur. »
- J (M) : « Le 100 % en médecine, il n'existe pas bien sûr, mais... dans l'esprit des patients, ils verraient assez bien le 100%, hein. »
- M2 (M) : « Mais ils aimeraient qu'on puisse leur dire oui, non, mais c'est noir, c'est blanc... En fait, c'est gris. »

Certains médecins souhaitent éduquer les patients à l'aléa thérapeutique, ils leur expliquent que l'absence de risque n'existe pas, même si le message est difficile à faire entendre. Pour certains médecins, cette éducation n'est pas incompatible avec la réassurance.

- M1 (M) : « Le risque zéro n'existe pas, c'est ce qu'il faut dire. »
- M2 (M) : « Ça, ça rassure pas. »
- M3 (M) : « Mais on peut rassurer et dire que le risque zéro n'existe pas. »

2.6.4.2.2 Expliquer les limites d'efficacité du vaccin et le rôle du frottis

Les praticiens rappellent qu'il faut également informer les jeunes filles du fait que le vaccin seul ne suffit pas à les protéger contre le cancer du col de l'utérus, mais qu'elles doivent être suivies régulièrement sur le plan gynécologique en réalisant des frottis de dépistage.

- CI (M) : « Faut vraiment que le message "Je vous vaccine", ça soit accompagné de [...] on rappelle que le cancer du col est là et qu'il faudra se faire suivre toute sa vie. Sinon euh... on va droit au mur, je pense. »

Il semble important d'expliquer que le vaccin permet une diminution et non une annulation du risque de cancer.

- F (M) : « Donc je leur explique toujours que c'est une réduction et non une annulation. »

Même si le frottis permet un dépistage précoce et limite les complications du cancer, les médecins préfèrent éviter sa survenue, d'où l'intérêt du vaccin.

- F (M) : « Même si c'est un cancer euh qui dépisté à temps n'est pas grave, on préfère l'éviter. »

Pour un des médecins, la vaccination d'une fille est l'occasion de rappeler l'intérêt du frottis à la mère.

- B (M) : « Ça fait un petit rappel pour la maman [...], c'est pas mal ! »

Informé sur les limites des autres vaccins peut banaliser celles du vaccin anti-HPV.

- CI (M) : « Même la méningite [...], ça n'empêche pas toutes les méningites [...] virales. Faut qu'on nuance le Gardasil®, mais faut aussi qu'on nuance les autres. »

2.6.4.2.3 Taire ses doutes et nuancer les risques d'effets secondaires

Taire ses doutes par rapport au vaccin semble être un bon moyen pour éviter de décourager le patient. Les médecins ne perdent ainsi ni en crédibilité ni en temps pour convaincre.

- W (M) : « On le garde pour soi [...] parce que j'ai pas beaucoup de demandes ».
- P (M) : « Sur la durée d'une consultation, on n'a pas envie de faire part de nos doutes et de nos réticences. »
- J (M) : « Si j'exprime des doutes euh mon discours n'est plus crédible. »

Les patients demandent parfois au médecin d'affirmer qu'il n'y a pas de risque avec le vaccin. Dans ce cas, un des médecins leur explique l'absence de certitude sur les découvertes potentielles d'effets secondaires, dans les décennies à venir.

- A (M) : « S'ils me répondent pour avoir une affirmation [...] comme quoi il n'y a aucun risque, là je leur dis : [...] "Aujourd'hui, on a cette information, demain on aura une autre information. " »

Il est possible d'expliquer que les effets indésirables sont rares mais existent.

- P (M) : « Si je sens qu'il y a une réticence [...], je leur dis : "Ecoutez, le risque il est peut-être d'1 pour 10 000." »

Certains médecins expriment leurs doutes aux parents.

- Animateur : « Est-ce que vous exprimez vos doutes aux parents, vis-à-vis de ce vaccin ? »
- Ca (M) : « Oui. Oui. »

2.6.4.3 Techniques de communication : créer les conditions du « oui »

2.6.4.3.1 Consultation centrée sur l'adolescente

Plusieurs parents et médecins ont la démarche de placer l'adolescente au cœur de la décision.

Pour les médecins, il s'agit de recentrer la consultation sur l'adolescente et sur ses souhaits.

- CI (M): « Moi, j'ai vraiment l'impression de devoir [...] recentrer la conversation en disant à l'adolescente : "Et toi ? [...] Qu'est-ce que tu en penses ? " »

Les parents souhaitent qu'elle comprenne ce qu'est le vaccin et qu'elle soit libre de décider si elle souhaite en bénéficier ou non.

- So (P) : « Après la [sa fille] laisser libre euh... de ce qu'elle veut, oui ou non. »

Selon une des mères, l'adolescente doit être personnellement informée par le médecin. Elle préfère que sa fille discute elle-même avec le médecin pour comprendre les enjeux du vaccin.

- So (P) : « J'aimerais que ma fille ait vraiment des réponses. »
- So (P) : « Je préfère qu'Estelle vienne et qu'elle discute d'elle-même [...] qu'elle sait le pourquoi le comment. »

Certains médecins évoquent l'exemple des amies de l'adolescente pour ouvrir la discussion.

- CI (M): « Et toi ? Est-ce que tes copines l'ont fait ? »

2.6.4.3.2 Ecouter

Les parents apprécient de voir leur médecin adopter une attitude d'écoute face à leurs réticences et qu'il les accompagne dans le processus de décision sans les presser, même s'il est lui-même favorable au vaccin.

- J (P) : « J'avais aussi hésité [...] mais le médecin avait bien écouté mes réticences [...] et j'ai fini par le faire avec le temps [...] il peut [...] être à l'écoute [...] et nous aider à cheminer. »

Plusieurs médecins essaient de favoriser l'échange et la discussion autour du sujet du vaccin.

- A (M) : « C'est un moment d'échange. »
- B (M) : « Toutes mes consults ressemblent à ça, c'est plus une discussion. »

Par contre, les parents vivent mal une décision qui leur est imposée de manière catégorique et rapide par leur médecin, sans discussion, sans information.

- N (P) : « J'aurais aimé avoir plus de temps [...]. Ça a été assez catégorique et sans vraiment de réponse à mes questions. »

2.6.4.3.3 Bien choisir ses mots

Le choix des mots est important pour faire face à l'opposition aux vaccins des patients ou des médias.

- M (M) : « Trouver les mots... »

Avec le changement de calendrier vaccinal, il semble pertinent aujourd'hui de ne plus évoquer d'emblée le caractère sexuellement transmissible du HPV. Comme le font certains médecins avec le vaccin contre l'hépatite B.

- Animatrice : « Vous le précisez pas ? [qu'il s'agit d'un virus sexuellement transmissible] »
- F (M) : « Non bah non c'est vrai [...]. L'hépatite B non plus je le dis pas. »

Pour plusieurs patientes, entendre le mot « cancer » a un impact et impose la vaccination.

- A (P) : « Le mot "cancer". Donc voilà, pour moi c'était évident. »

C'est parfois le seul mot que certaines mères ont retenu d'explications entendues à la télévision.

- Animatrice : « Et à a télé comment ils l'expliquaient ? »
- So (P) : « Il y avait pas vraiment d'explications, c'est bien de protéger votre enfant contre le cancer. »

Dans la continuité, la motivation de cette mère est clairement d'éviter le cancer à ses enfants.

- Car (P) : « Oui s'ils peuvent éviter le cancer. »

Ainsi, les médecins utilisent franchement le mot « cancer » pour obtenir une adhésion à la vaccination. C'est un argument de poids qui est parfois suffisant dans certaines patientèles.

- F (M) : « Bah le cancer ça leur suffit. »
- J (M) : « Pour convaincre, [...] moi finalement je parle quand même franchement de cancer. »

2.6.4.3.4 Laisser du temps

Les médecins terminent parfois leur consultation en ouvrant sur une possible discussion familiale entre parents et enfants et au sein du couple.

- B (M) : « Ça finit souvent actuellement par : "Je vous laisse en reparler [...] et voir avec votre mari aussi." »

La large fourchette d'âges possibles pour la vaccination permet de renouveler la proposition plusieurs fois, à l'image du vaccin contre l'hépatite B.

- L (M): « Comme les réticents au vaccin contre l'hépatite B, où on a plusieurs fois l'occasion de leur rappeler. »

Evoquer le vaccin en amont favorise une réponse positive du patient.

- B (M): « Si on l'a déjà évoqué [...] ils disent "Oui oui, on va le faire" [...] parce qu'on en a peut-être déjà parlé avant. »

2.6.4.3.5 Faire du patient un acteur de la décision

Plusieurs médecins proposent le vaccin, fournissent les informations et les explications et laissent le patient faire son choix.

- N (M) : « Je leur dis : "Donc voilà, ça existe, c'est fait pour ça, à vous de voir si vous voulez le faire ou pas." »

Même si le médecin oriente le choix, il explique les bénéfices et les désavantages, pour que le patient s'approprie la décision.

- CI (M) : « J'essaie toujours que ce soit leur décision, même si je l'oriente. Mais j'explique le pour et le contre. »

2.6.4.3.6 Avoir un discours individuel

Certains médecins privilégient le discours de prévention individuelle par rapport à celui de prévention collective.

- J (M) : « Il faut rester en individuel parce que si on rentre dans un discours de prévention collective, euh, on va encore reculer. »
- B (M) : « Si elle, individuellement, elle peut ne pas avoir de cancer du col euh banco ! »

2.6.4.4 Difficultés à convaincre

Les médecins estiment qu'il est difficile de convaincre les patients du bien-fondé de la vaccination, en particulier les mères d'adolescentes.

- CI (M) : « Je trouve que les mères sont plus difficiles à convaincre. »

Si la démarche de proposer le vaccin ne pose pas de problème, l'enjeu est la capacité du médecin à convaincre son patient.

- L (M) : « Pour le proposer, j'ai pas de difficulté. C'est que, après ça, il faut convaincre. »
- CI (M) : « Convaincre... pas toujours évident. »

Il semble plus facile aux médecins de convaincre les patients de se faire vacciner contre une maladie infectieuse. Le bénéfice semble, selon eux, moins évident quand le vaccin protège contre le cancer.

- J (P) : « C'est plus facile de... de convaincre les gens contre une maladie, où ça paraît évident. »

Certains médecins ne parviennent pas à évaluer précisément le niveau de connaissance de leurs patients. Ils n'arrivent pas à s'adapter au faible niveau de connaissance de leurs patients.

- F (M) : « Il y a des choses qu'on sait tellement qu'on n'imagine pas qu'en face... [...] J'ai pas l'impression que les gens savent pas ça en fait. »

2.6.4.5 Avoir des contre-arguments à soumettre au patient

Un des médecins essaie d'avoir un contre-argument à opposer à chaque argument contre le vaccin.

- B (M) : « Moi j'aime bien avoir toujours euh argument/contre-argument »

2.6.4.5.1 A l'argument : « Est-ce que vous êtes sûrs aussi ? Est-ce que on a assez de recul ? Est-ce que vous êtes sûrs qu'il y aura pas d'effets négatifs ?"»

Les généralistes précisent que le recul sur le vaccin est maintenant de plusieurs années.

- CI (M) : « Je leur dis aussi [...] maintenant on a 20 ans de recul. J'oppose ça aux effets secondaires. Je dis "Ecoutez, à priori, c'est quand même bien toléré." »

Ils répliquent aux patients que s'ils attendent d'avoir un recul important, ils laissent un laps de temps suffisant pour qu'un cancer se développe.

- L (M) : « Le contre-argument c'est de dire, oui mais si on attend 20 ans pour avoir du recul, on aurait eu le temps de développer le cancer pour votre fille. »

Certains médecins rappellent à leurs patients que le vaccin est toujours pratiqué dans d'autres pays où le recul est plus important.

- B (M) : « On est à une vingtaine d'années à peu près, aux Etats-Unis. »

2.6.4.5.2 A l'argument : « Il y a des risques de sclérose en plaques. »

Les médecins rétorquent que le risque de développer une sclérose en plaques est réduit en cas d'absence d'antécédents familiaux.

- M (M) : « En expliquant au patient qu'il y a moins de risques s'il y a pas d'antécédent de SEP, ils finissent par accepter. »

2.6.4.5.3 A l'argument : « On sait pas ce qu'il arrivera dans 10 ans, dans 20 ans... ce que ça va donner. »

Les praticiens expliquent aux patients que même s'ils ne peuvent pas assurer que dans 20 ans les recommandations n'auront pas changé, ils peuvent les rassurer sur les risques du produit actuel.

- B (M): « Est-ce que dans 30 ans, [...], ils vont pas nous sortir autre chose, enfin. Mais pas du tout du risque du médicament. Moi ça, souvent, je les rassure. »

Les médecins mettent en avant les vaccinations de l'entourage qui se sont bien déroulées.

- L (M) : « Dans les familles de filles, on a vacciné l'aînée, euh bah ça s'est bien passé, donc on vaccine la seconde et on vaccine la troisième. »

2.6.4.5.4 A l'argument : « Moi ça m'arrivera pas. »

Certains omnipraticiens répondent que le risque de contamination par HPV est majeur et statistiquement confirmé. Ils décrivent le virus comme extrêmement répandu et plus contagieux que d'autres MST.

- CI (M) : « Il est extrêmement répandu dans la population, [...] casser un peu ce côté MST [...] on se contamine toujours, ou presque. »
- P (M) : « Un argument statistique, [...] ça touche 85% de la population féminine.»

Ils précisent aux patients que la contamination est possible dans le cas de rapports sexuels sans pénétration.

- P (M) : « Il ne faut pas forcément une relation sexuelle pour qu'il y ait une contamination, enfin une pénétration, mais simplement des attouchements.»

2.6.4.5.5 A l'argument « Est-ce que vous êtes sûr que ça va marcher ? »

Les généralistes exposent les statistiques qui mettent en évidence un pouvoir protecteur du vaccin considérable. Un médecin évoque une protection pour 8 à 10 % de la population féminine.

- A (M) : « C'est le seul argument, c'est la prévention. »
- P (M) : « Il y a 10% de ces 85% [contaminées par le Papillomavirus] qui font des complications au niveau génital ou de cancer du col et donc ce vaccin est censé protéger euh... 8 à 10% de la population féminine. [...] Donc ça vaut le coup. »

Ils font comprendre aux patients que généraliser la vaccination permettrait de réduire le nombre de décès par cancer du col.

- P (M) : « La vaccination en étant généralisée euh permet d'économiser sept cents décès par an... »

2.6.4.5.6 A l'argument : « A l'heure actuelle on fait des frottis, on n'avait pas les vaccins et bah on s'en sort donc finalement je me dis que ça va pas changer grand-chose. »

Les médecins rétorquent que les frottis ne sont pas suivis de façon satisfaisante et qu'ils n'empêchent pas la survenue du cancer du col de l'utérus, à la différence du vaccin.

Vaccins et frottis ne s'opposent, ni ne s'excluent : ils se complètent.

- J (M) : « Les statistiques du suivi des frottis [...] c'est quand même pas terrible, quoi hein ? Donc c'est très illusoire de dire que les frottis vont... vont prévenir le... le cancer. [...] Enfin prévenir, diagnostiquer à un stade euh précoce. »
- F (M) : « Même si on réduit ce sera quand même pas mal hein ? Oui... ça serait bien. »

2.6.4.5.7 A l'argument : « Les maladies contre lesquelles on est tous vaccinés n'existent plus. »

Il est expliqué aux patients que, sur un plan général, la vaccination a contribué au recul de maladies qui étaient fréquentes par le passé.

- P (M) : « Depuis qu'il y a eu des vaccinations, qu'il y a vraiment... un recul des maladies. »

Les omnipraticiens rappellent que l'intérêt des vaccins n'était pas tant débattu par le passé, quand les maladies étaient plus visibles.

- P (M) : « Lorsqu'on avait des amis [...] qui avaient des poliomyélites [...], on se posait pas la... la question : tout le monde se faisait vacciner. »

2.6.4.5.8 A l'argument : « C'est un cancer qui, dépisté à temps, n'est pas grave. »

Les médecins répliquent que le cancer du col de l'utérus est une maladie grave aux lourdes conséquences.

- M (M) : « Faut pas jouer sur la peur mais leur dire qu'ils risquent quand même très très gros. Que c'est tout leur intérêt de se faire vacciner. »
- B (M) : « C'est quand même une sacrée saloperie, si ça peut vous protéger vous, bah, allez-y quoi ! »

Ils informent les patients qu'il s'agit d'une maladie potentiellement mortelle. Certains médecins rappellent que le traitement peut être invasif et entraîner une baisse de la fertilité voire une stérilité car il comporte parfois une conisation, voire une hystérectomie.

- CI (M) : « Je parle euh des conisations et puis des conséquences éventuellement sur le fait d'avoir des grossesses futures. »
- P (M) : « Voilà les conséquences, c'est conisation, trouble de la fertilité. »

Certaines patientes craignent en effet les risques pour leur fertilité en cas de cancer invasif.

- Car (P) : « Après ils enlèvent tout, enfin elles seront jamais maman. »
- N (M) : « Ça touche aux organes génitaux féminins et... dans l'esprit des femmes, peut-être à leur fertilité. »

2.6.4.5.9 A l'argument : « On parle de balance de bénéfices [...] et de risques et je pense que y a quand même une part de risque qui reste importante. »

Les médecins répondent que des cas de dysplasies sont diagnostiqués régulièrement parmi leurs patientes.

- P (M) : « On a quand même un certain nombre de nos patientes [...] qui ont une dysplasie [...] c'est quand même une maladie qu'on voit... »

Ils s'appuient sur leur longue expérience personnelle qui ne leur fait pas craindre des effets secondaires.

- P (M) : « J'ai la chance [...], d'être un vieux praticien, je peux dire : "Écoutez, ça fait quand même... une trentaine d'années que je fais des vaccins et... j'ai pas encore vu de morts [...]. Ni de complication majeure de... vaccination." »
- L (M) : « J'ai jamais eu de réaction particulière après la vaccination. »

Les praticiens expliquent que le vaccin protège contre les verrues génitales, très répandues également et qui peuvent être gênantes, même si elles sont moins connues. C'est un bénéfice supplémentaire selon eux.

- N (M) : « Ça protège contre le cancer du col mais aussi contre les verrues génitales qui sont... globalement plutôt embêtantes. »
- CI (M) : « Ça peut donner des verrues, qu'il est extrêmement répandu dans la population. »

Discussion

1 Limites et biais de l'étude

1.1 Les biais internes

Le recrutement des participants aux entretiens a tenté d'être le plus diversifié possible. Toutefois, on peut noter un déséquilibre dans la répartition hommes/femmes des participants de l'étude, chez les parents comme chez les médecins. Malgré les efforts déployés, les parents interrogés étaient en moyenne plutôt de catégories socioprofessionnelles élevées, et il y avait une majorité de médecins travaillant avec une patientèle plutôt favorisée. Cependant, la représentativité de l'échantillon n'est pas nécessaire en recherche qualitative, car il ne s'agit pas de faire des statistiques sur une population, mais d'obtenir des réponses les plus variées possibles. (86) (85)

Une des limites des Focus Groups est l'évocation des questions intimes. La question de la sexualité a été plus difficile à aborder dans l'entretien de groupe des parents. (85)

La petite taille de l'échantillon doit également être prise en compte pour la généralisation des résultats de l'étude à la population générale. Toutefois, la saturation des données a été obtenue après les deux premiers Focus Groups et a été confirmée par un troisième entretien de groupe et trois entretiens individuels. Il n'y avait alors aucun intérêt à réaliser de nouveaux entretiens.

1.2 Les biais externes

La neutralité du lieu n'a pas pu être garantie pour deux des entretiens de groupe. Les autres entretiens se sont déroulés dans le cadre de vie habituel des participants.

Bien que certains participants aient pris la parole plus que d'autres, il n'a pas été relevé de leader d'opinion qui aurait pu influencer les autres participants ou les faire taire. (82)

1.3 Les biais d'investigation

L'une des principales limites de la méthode qualitative est la difficulté pour l'enquêteur à mener les entretiens de façon à obtenir la plus grande richesse d'informations, sans influencer la personne interrogée. Il est nécessaire de maîtriser la technique de conduite d'entretien par la reformulation, la clarification, l'écoute active et l'esprit de synthèse. La gestion des entretiens individuels par un chercheur moins expérimenté a donc pu constituer un biais. (85)

1.4 Les biais d'interprétation

Le biais d'interprétation a été limité en réalisant un double codage. Le codage a été réalisé indépendamment par deux chercheurs, puis mis en commun.

La triangulation des données permet également de limiter ce biais. Les résultats de cette étude concordent effectivement avec ceux de nombreux articles et thèses. (82)
(83)

2 Forces de l'étude

2.1 Choix d'une étude qualitative

La méthodologie de recherche qualitative a été choisie pour cette étude, afin de faire émerger de nouvelles données concernant les réticences des principaux acteurs de la décision face à la vaccination anti-HPV, et les propositions d'amélioration de la couverture vaccinale française. Cette étude s'inscrit dans le contexte des changements de recommandations du carnet vaccinal français et de la tourmente médiatique autour du vaccin.

2.2 Validité interne

La validité interne de cette étude s'appuie sur le respect des critères de scientificité de la méthode qualitative :

- la triangulation des méthodes : les données ont été recueillies par entretiens individuels et collectifs ;
- la triangulation des sources d'informations : deux populations ont été interrogées sur une même problématique ;
- la triangulation des chercheurs : les données ont été analysées par deux chercheurs et les codages, réalisés indépendamment, sont cohérents ; (82)(83)
- la saturation des données : elle a été obtenue après le codage de deux Focus Groups ;
- la recherche d'objectivité : le discours des participants a été régulièrement reformulé par le médiateur, de façon à s'assurer de sa bonne compréhension.

2.3 Validité externe

Les résultats de l'étude sont cohérents avec les données de la littérature. (83)

3 Analyse des résultats

La mesure 13 du Plan cancer 2009-2013 visait à prévenir les cancers d'origine infectieuse, notamment en améliorant les taux de couverture vaccinale contre le HPV des adolescentes de 14 ans. Cependant, fin 2011, seules 45,3% des adolescentes de 15 à 17 ans avaient initié la vaccination et 29,9% seulement avaient reçu les trois doses recommandées. Ces taux de vaccination ont légèrement diminué en 2011 et 2012, alors que la tendance était plutôt à la hausse de 2008 à 2010. (7) (49) (87) (88)

De nombreux doutes, réticences et interrogations sur les vaccins en général, et sur ce vaccin en particulier, ont été mis en évidence dans cette étude, expliquant la faible couverture vaccinale en France.

3.1 Acceptabilité

3.1.1 La question du prix

3.1.1.1 Le coût pour les patientes

Le coût a interpellé plusieurs médecins de cette étude dès la mise sur le marché du produit. Selon certains, le prix était trop élevé pour de nombreuses familles, d'où une injustice sociale, avant la mise en place du remboursement. Aujourd'hui le vaccin est commercialisé au prix de 123,44 euros par injection pour le Gardasil® (89) et de 111,52 euros pour le Cervarix®. (90)

Il est remboursé à hauteur de 65 % par la Sécurité sociale. Actuellement, le remboursement du vaccin par l'Assurance Maladie s'applique aux personnes éligibles et selon le schéma vaccinal tel que défini par le calendrier vaccinal en vigueur. (91) (92)

Il reste donc à la charge du patient un prix de 129,60 euros pour les trois injections de Gardasil® et de 117,09 euros pour le Cervarix®, pour les personnes qui ne sont pas pris en charge par une mutuelle ou qui ne bénéficient pas de la CMU. A titre de comparaison, le vaccin contre la grippe est vendu au prix de 6,14 euros. Le vaccin anti-HPV se place ainsi en tête du palmarès des vaccins les plus chers.

Plusieurs médecins soupçonnent les laboratoires pharmaceutiques d'excès dans leur prix.

En Suisse, depuis 2012, la vaccination contre le Human Papillomavirus est prise en charge à 100% par l'Assurance Maladie, si elle est réalisée dans le cadre des programmes cantonaux de vaccination. (93)

La proposition d'une prise en charge par l'Assurance Maladie des vaccins anti-HPV, administrés dans les centres de vaccination, déjà soumise au projet de Loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) 2012, n'a pas été retenue dans la préparation du PLFSS 2013. C'est un des constats du Plan cancer 2009-2013. (87)

Cette proposition de prise en charge à 100% des deux vaccins sans reste à charge, fait partie des propositions du Professeur Vernant pour le Plan cancer 2014-2018. (94)

3.1.1.2 Le coût pour l'Assurance Maladie

Les médecins de cette étude se sont interrogés sur le coût et le bénéfice économique que représente le vaccin, pour l'Assurance Maladie. Selon certains médecins, la généralisation de la vaccination permettrait une économie pour l'Assurance Maladie. Pour d'autres, cet intérêt économique est plus discutable : le cancer est peu fréquent en France, et par conséquent peu de prises en charges lourdes seraient économisées.

En 2004, une étude a estimé le coût global du dépistage et de la prise en charge des frottis anormaux à 335,7 millions d'euros dont 196,5 millions d'euros pour l'Assurance Maladie. Les auteurs espéraient que le vaccin anti-HPV réduirait ce poids socio-économique. (95)

En 2008, une étude réalisée dans le Nord-Pas-de-Calais a évalué le coût total de la vaccination, actes de consultations compris, à 20,8 millions d'euros (dont 13,6 millions d'euros pour la Sécurité sociale). L'auteur estime que ce coût pourrait être diminué de 60% en faisant pratiquer les injections par des infirmiers. (60)

Une modélisation économique réalisée en 2008 a évalué que la vaccination, avec son impact épidémiologique significatif, n'est pas « rentable », mais correspond à un ratio coût/efficacité acceptable. (56)

3.1.1.3 Le prix d'un cancer pour une femme

Cependant le vaccin étant adressé à des femmes jeunes, certains médecins mettent en avant le coût non-chiffrable sur un plan financier des conséquences du cancer. Plusieurs femmes ont évoqué dans cette étude leur crainte des conséquences du cancer sur leur fertilité.

L'hystérectomie est l'intervention chirurgicale gynécologique la plus fréquente dans les pays occidentaux. Chaque année environ 70 000 sont pratiquées en France. (96)

Weber et Lee ont estimé que le coût médian pour une hystérectomie coelioscopique était de 8 108 dollars, contre 5723 dollars pour une voie abdominale et 5049 dollars pour une voie vaginale. (97)

L'utérus, symbole de la maternité est très important dans le schéma corporel de la femme. Il est intimement lié à sa sexualité et à son psychisme. (98)

La question a été soulevée dans cette étude : quel est le coût psychologique d'une hystérectomie par rapport à celui de la généralisation du vaccin ?

3.1.1.4 Si l'Etat s'engageait...

L'engagement de l'Etat, par le biais d'un appel d'offre auprès des firmes pharmaceutiques pourrait permettre une réduction du prix, dans le cadre de campagnes de vaccination larges.

C'est le cas en Grande-Bretagne où un seul vaccin est choisi par appel d'offre et délivré gratuitement aux jeunes filles de 12 ans. (99)

Depuis octobre 2013, le Laos bénéficie d'une campagne de vaccination contre le cancer du col utérin, soutenue par l'alliance GAVI©. Cette organisation regroupe des Etats, des firmes pharmaceutiques et des organisations telles que l'Unicef, la Banque mondiale et l'OMS ainsi que la fondation Gates. Le prix du vaccin pour les programmes est négocié avec les laboratoires Merck® pour l'achat de millions de vaccins. Selon les régions et les programmes soutenus par l'alliance GAVI©, une dose coûte actuellement entre 5 et 10 dollars. (100)

Diminuer le prix du vaccin libérerait une partie des médecins traitants de leurs réticences liées à la question du prix. En outre, un vaccin plus abordable souffrirait peut-être moins de soupçons liés à l'intérêt financier qu'il représente.

Pour diminuer les coûts liés à l'injection, le vaccin pourrait être dispensé en milieu scolaire par des infirmiers.

3.1.1.5 Un vaccin moins cher, donc plus accessible

Une réduction de ces prix permettrait aux médecins de faire l'avance des frais pour permettre une mise à disposition au cabinet et faciliter la vaccination dans certains cas où le suivi est difficile. C'est déjà le cas pour les autres spécialités. Pouvoir vacciner immédiatement serait bénéfique, d'autant plus que la rareté des consultations des adolescents a été soulignée par les parents comme par les médecins de cette étude.

On pourrait ainsi réduire la fréquence des vaccinations incomplètes. Dans l'étude réalisée en 2009 dans le Nord-Pas-de-Calais, l'auteur estimait que l'Assurance Maladie avait supporté en 2009, 3,4 millions d'euros pour les jeunes filles n'ayant pas reçu le schéma vaccinal complet, sur les 5,2 millions supportés par la société. (60)

Sur le plan de l'accessibilité, certaines patientes ont expliqué avoir dû commander le vaccin en pharmacie car il n'était pas en stock, probablement à cause de son coût. Une mise à disposition immédiate du produit permettrait d'éviter que des prescriptions ne soient pas suivies d'une injection, à cause du délai d'obtention.

3.1.1.6 Un coût qui vaut le coup ?

Ainsi, la question du prix complique la prise en charge des patientes sur le plan pratique. Certains médecins sont eux aussi freinés par le coût pour la société et l'Assurance Maladie car ils doutent de l'intérêt du vaccin au vu de l'épidémiologie du cancer en France.

Pour d'autres médecins, cette question financière s'efface devant les conséquences individuelles lourdes voire dramatiques du cancer.

3.1.2 Des groupes socio-économiques difficiles

Les médecins ont évoqué quelques groupes socio-économiques difficiles à vacciner.

Les patients issus de milieux socio-économiques élevés leurs semblaient particulièrement difficiles à convaincre. L'équilibre de la relation médecin-malade nécessite que le médecin ait à sa disposition des informations et des arguments clairs et construits, surtout face à un patient déjà informé.

A l'opposé, des groupes de bas niveau socio-économique, comme certains migrants, constituent des populations généralement difficiles à aborder. Dans son avis du 17 décembre 2010, le Haut Conseil de la Santé Publique souhaite que tous les moyens soient mis en œuvre afin d'atteindre une couverture vaccinale élevée, particulièrement pour les jeunes filles vivant dans des conditions socio-économiques risquant de ne pas les faire bénéficier d'un dépistage optimal. (41)

Les études montrent en effet que les catégories socio-économiques basses accèdent moins aux services de santé. Les groupes ethniques minoritaires ou les populations marginalisées sont moins vaccinés.(101)

Un des objectifs du Plan cancer 2009-2013 est de réduire les inégalités vaccinales liées aux conditions de vie. Il est nécessaire de connaître les raisons qui empêchent les populations précaires de se faire vacciner et d'adapter la communication et les prestations de soins aux besoins spécifiques des populations sensibles. L'OMS étudie depuis 2012 une série d'instruments utiles pour ces objectifs et les teste dans un programme pilote en Bulgarie. (102) (49)

3.1.3 Le nombre d'injections

Dans cette étude, les deux rappels vaccinaux anti-HPV posent des difficultés aux médecins. Ils se plaignent d'une mauvaise compliance thérapeutique. Sur un plan général, ils évoquent des difficultés dans la traçabilité du parcours vaccinal. Pour pallier cela, ils utilisent les moyens informatiques, comme les rappels automatiques mais le défi principal est d'obtenir une bonne adhésion et un suivi de qualité du patient.

Dans son avis du 28 septembre 2012, l'HCSP rappelle que le schéma vaccinal à trois doses doit être respecté, même si le délai entre la première et la troisième dose est supérieur à douze mois. (46)

Plusieurs travaux suggèrent pourtant qu'un schéma à deux doses entraînerait le même niveau d'immunité, voire la même protection clinique, qu'un schéma à trois doses, pour une certaine tranche d'âge.

Dans une étude sur le vaccin bivalent Cervarix®, à l'initiative de la firme GSK, l'immunité a été comparée entre deux groupes de jeunes filles, un groupe « jeune » (9-14 ans) avait reçu deux doses de vaccins et un groupe « âgé » (15-25 ans) avait reçu trois doses. La réponse immunitaire avec deux doses injectées précocement n'était pas inférieure à celle avec trois doses injectées à un âge plus avancé. Ce résultat persistait après dix-huit mois. (103) Par ailleurs, une étude canadienne avec le vaccin quadrivalent aboutit à la même conclusion au bout de 36 mois. (104)

L'European Center for Disease Prevention and Control (ECDC) a pris en septembre 2012 une position très favorable en faveur d'une réduction du nombre de

doses, espérant que l'économie aurait un impact positif sur l'engagement des Etats dans des programmes nationaux de vaccinations. La Suisse est passée au schéma à deux doses dès 2012. La Grande-Bretagne et le Québec l'envisagent. La réduction du nombre de doses permettrait à la fois de réaliser des économies et d'améliorer la couverture vaccinale.(64) (105) (106)

3.1.4 Optimiser la vaccination dans la pratique quotidienne

3.1.4.1 Profiter du nouveau calendrier vaccinal et aller plus loin

La révision du calendrier vaccinal a été saluée par les médecins de cette étude. Ils comptent s'en servir pour organiser la vaccination anti-HPV conjointement au rappel Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite. La couverture vaccinale pour ce rappel est de 77%, donc franchement supérieure à celle du vaccin anti-HPV qui pourrait bénéficier de ce moment bien établi dans la pratique médicale. L'adolescente de 11 ans est selon les médecins, plus docile et soumise à l'autorité des parents. Ces derniers sont désormais détenteurs de la décision. (107)

Plusieurs autres points permettront de renforcer l'adhésion des patients : inscrire le vaccin dans les nouveaux carnets de santé, favoriser la vaccination à 11 ans et limiter le discours sur la période possible de « rattrapage » semblent être de bons moyens pour renforcer le bénéfice de la révision du calendrier. La proposition systématique doit être la règle, que l'âge de 11 ans soit dépassé ou non.

3.1.4.1.1 La vaccination précoce pour une meilleure immunogénicité

Vacciner à 11 ans sera plus facile sur le plan pratique et plus bénéfique sur le plan de l'immunogénicité. En effet, comme cela a été évoqué précédemment, plus la vaccination est précoce, plus la réponse immunitaire sera importante. Ceci peut être un argument face aux parents qui repoussent la vaccination dans le temps.

3.1.4.1.2 Imaginer une consultation de l'adolescent

Les médecins font part des difficultés qu'ils rencontrent pour établir un suivi de qualité des adolescents. De leur côté, les parents admettent que leurs enfants, en dehors de rares problèmes aigus, ne consultent plus régulièrement leur médecin à cet âge. Les

parents expliquent ne plus être focalisés sur le calendrier vaccinal, comme ils l'étaient durant l'enfance.

Les adolescents constituent une tranche d'âge difficile à vacciner, tous vaccins confondus. Les causes sont nombreuses : suivi intermittent, manque d'intérêt pour les questions de santé ou encore polémiques vaccinales, comme c'est le cas avec le vaccin anti-HPV.

L'enquête Vaccinoscopie® réalisée fin 2011, a étudié les carnets de santé d'un échantillon de 2250 adolescents de 14 à 16 ans. Elle montre que pour les adolescents de 15 ans, tous vaccins confondus, aucun des objectifs de couverture vaccinale fixés par la Loi de santé publique de 2004 n'a été atteint.

Si on se penche uniquement sur les vaccins qui ont plus de 10 ans d'ancienneté (Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite, Coqueluche, Rougeole – Oreillons – Rubéole, hépatite B), moins de 27% des adolescents sont à jour. En intégrant le vaccin anti-HPV, seule une adolescente sur dix est correctement vaccinée.(108) (107)

Pour l'hépatite B, par exemple, un tiers seulement des adolescents de 14 à 16 ans a reçu une vaccination complète en 2012, malgré la mise en place d'un schéma vaccinal simplifié à deux doses pour le rattrapage entre 11 et 15 ans. (109)

Dès 1999, l'OMS insistait sur l'importance de vacciner les adolescents. Les adolescents sont encore accessibles par le biais de l'école, pour réaliser les rattrapages vaccinaux, alors qu'à l'âge adulte, les vaccins sont souvent négligés. Enfin par leur mode de vie, les adolescents sont davantage exposés à l'hépatite B, au HPV, ou au méningocoque C. (107)

Cette population pose donc des problèmes de suivi et d'adhésion, précisément à une période de la vie où le risque de contamination par une maladie sexuellement transmissible est plus important.

Obtenir une couverture vaccinale satisfaisante pour un nouveau vaccin dont l'image est parfois troublée par des polémiques, passera donc par la mise en œuvre de moyens importants et innovants. L'enjeu est de repenser la prise en charge de l'adolescent sur le plan vaccinal en général.

Une proposition possible est de programmer une consultation spécifique pour l'adolescent afin de faire un point global sur sa santé et de mettre à jour ses vaccinations. Cette consultation devra être adaptée, avec un temps accordé suffisant et un mode de communication spécifique. (110)

Plusieurs travaux de thèses, réalisés sur la mise en pratique du vaccin contre le Papillomavirus convergent sur l'intérêt de cette consultation dédiée à l'adolescent. (76) (66)

De 2009 à 2010, un programme de vaccination systématisé et organisé pour 113 jeunes filles parisiennes de 14 ans a été expérimenté. La vaccination était intégrée dans une consultation de prévention. D'après l'auteur, cette combinaison a fortement contribué à obtenir une meilleure adhésion et à aborder plusieurs thèmes de prévention avec les adolescentes. (111)

On pourrait donc proposer une consultation annuelle avec évaluation de l'état clinique, du bien-être global et vérification du carnet de vaccinations. Un courrier proposant une première consultation pourrait être envoyé à l'âge cible de onze ans. En outre, le statut vaccinal pourrait être contrôlé lors de la Journée défense et citoyenneté (JDC).

3.1.4.1.1.3 Renforcer la recommandation du vaccin

Un des problèmes fréquemment rapporté par les médecins qui ont participé aux entretiens est la présence de vaccins obligatoires et de vaccins recommandés dans le calendrier vaccinal français. Selon eux, l'existence de vaccins obligatoires rend les autres facultatifs aux yeux des patients. Les parents confirment qu'ils font faire les vaccins obligatoires à leurs enfants, mais qu'ils ont plus de réticences à faire ceux qui sont simplement recommandés.

Une des solutions consisterait à rendre tous les vaccins obligatoires ou à lever l'obligation sur l'ensemble des vaccins, de façon à augmenter l'impact de la recommandation du vaccin.

3.1.4.1.1.4 Un futur vaccin combiné ?

Les médecins interrogés dans cette étude ont évoqué leurs attentes en ce qui concerne un vaccin combinant le rappel DTP-Coqueluche et le vaccin anti-HPV. Ils

espèrent ainsi banaliser le vaccin anti-HPV, tout comme le vaccin contre l'hépatite B qui a été intégré au vaccin hexavalent du nourrisson.

3.1.4.2 Développer une stratégie nationale via la médecine scolaire

Les parents de la présente étude se sont interrogés sur l'absence d'information et de vaccination en milieu scolaire.

3.1.4.2.1 Les programmes nationaux à l'étranger

Des programmes publics distribuent les vaccins anti-HPV dans une trentaine de pays, dont le Canada, la Suisse, l'Australie, pour les jeunes filles de moins de 18 ans. (106)

En Europe, en mai 2012, 19 pays sur les 29 états membres de l'Union européenne ont instauré des programmes de vaccination anti-HPV en routine. (64)

3.1.4.2.2 Les effets majeurs sur la couverture vaccinale

Le Québec a initié depuis 2008 des programmes de vaccination scolaire pour les filles. (112) Pour l'année 2010-2011, les taux de couverture vaccinale allaient de 66 % à 96 % selon les régions. Des études réalisées dans des pays ayant la même stratégie que le Canada montrent que l'acceptabilité est d'autant plus importante que le vaccin est offert gratuitement et en milieu scolaire. (106)

L'Australie où le vaccin quadrivalent est proposé en médecine scolaire gratuitement depuis 2007, affiche un taux de couverture supérieur à 70%. (99)

Malgré les efforts de certains Etats, la couverture vaccinale européenne pour le vaccin anti-HPV reste inférieure aux chiffres attendus. L'ECDC explique que les recommandations, l'organisation et le financement de la vaccination diffèrent selon les pays, en l'absence d'harmonisation au niveau européen. (64)

Au plan international, les systèmes diffèrent sensiblement. Les jeunes Britanniques de 12 ans bénéficient d'un vaccin gratuit en milieu scolaire quand les jeunes filles Vietnamiennes ne sont vaccinées que si leur famille en prend l'initiative et finance le vaccin. En effet, dans les pays en voie de développement, l'accès au vaccin est particulièrement difficile en raison de la faiblesse des structures de soin. C'est pourquoi des partenariats ont été créés entre des ONG et les gouvernements de l'Inde, de

l'Ouganda, du Vietnam et du Pérou. Entre 2008 et 2010, 6300 jeunes filles vietnamiennes ont reçu les trois doses vaccinales. Les résultats de ce programme ont été très satisfaisants et l'expérience pourra être utile à d'autres pays pour inclure le vaccin anti-HPV dans leur stratégie de santé publique. (99) (113)

3.1.4.2.3 Pourquoi pas en France ?

Entre ces extrêmes, se pose la question des choix du gouvernement français. En 2010, le HCSP souhaitait que tous les moyens organisationnels et logistiques soient mis en œuvre pour atteindre une couverture vaccinale élevée, à l'image des taux avoisinant les 80% obtenus en Grande-Bretagne ou au Portugal. Ces pays, comme le relève le HCSP, ont mis en place la vaccination dans des structures de soins publiques ou en milieu scolaire. (41)

Un travail de thèse réalisé en 2010 en région parisienne étudiait le point de vue des adolescentes sur la vaccination. Une des solutions proposées était la vaccination en milieu scolaire. (65)

Cependant, les instances de santé mettent actuellement la priorité sur le dépistage. On pourrait cependant imaginer des solutions intermédiaires, comme par exemple l'envoi d'un courrier à grande échelle ou transmis par l'école expliquant les modalités de la vaccination. L'adolescence est la dernière occasion d'accéder à la quasi-totalité d'une tranche d'âge via le système scolaire, dans le cadre d'une politique de santé publique engagée, que n'a pas encore choisie la France. (114)

3.1.4.3 Vacciner les garçons

La question de l'extension de l'indication aux garçons a été soulevée dans cette étude, comme elle l'est sur le plan national. Les patients comme les médecins y semblent favorables.

Sur le plan international, seul le vaccin tétravalent est indiqué aux Etats-Unis, au Canada et en Australie pour les hommes. Il semblerait qu'il donne d'aussi bons, voire de meilleurs résultats en termes d'immunogénicité chez les garçons que chez les filles. (64)

Le vaccin quadrivalent Gardasil© est homologué aux Etats-Unis par la FDA depuis 2009 pour prévenir la survenue de condylomes acuminés liés aux types HPV 6 et 11 chez

les sujets masculins de 9 à 26 ans, et au Canada depuis janvier 2012, dans la même tranche d'âge, pour la prévention des cancers de l'anus, et des condylomes acuminés. (99) (106)

En Australie, depuis février 2013, le programme national de vaccination est étendu aux garçons. (59)

La décision de la FDA se base sur une enquête internationale incluant 4055 sujets masculins qui conclut à une très bonne efficacité du vaccin sur la prévention des lésions anales et des verrues génitales externes. (115)

En effet, les pathologies induites par le HPV ne se limitent pas à la sphère gynécologique. Le HPV est retrouvé dans près de la moitié des cancers du pénis, dans la quasi-totalité des cancers anaux et dans 40% des cancers oro-pharyngés. (99)

Le principe initial de la vaccination anti-HPV était que la vaccination massive des filles permettrait d'obtenir une réduction de l'incidence de l'infection à HPV chez les deux sexes. Effectivement, une étude australienne montre que, après le démarrage de la vaccination, l'incidence des condylomes génitaux diminue significativement chez les jeunes femmes mais aussi chez les hommes hétérosexuels. Il s'agit d'une immunité de groupe acquise par une protection indirecte de l'homme. (116)

Cependant, ces résultats significatifs impliquent impérativement une couverture satisfaisante chez les femmes, pour que les hommes bénéficient de leur vaccination, c'est-à-dire un taux de 70% environ. Un tel taux n'est obtenu que dans les pays où la vaccination est gratuite et organisée, c'est-à-dire scolaire. Ce qui n'est pas le cas en France et en Allemagne. (99)

L'absence de consensus scientifique sur l'intérêt de vacciner garçons et filles et la question des coûts entraînera certainement de nouveaux débats. Les modèles économiques ne concluent pas à une rentabilité de l'inclusion des hommes, mais ils sont limités par le manque de données épidémiologiques sur le sujet et devront être actualisés. (64)

Vacciner les hommes leur permettrait d'éviter plusieurs cancers induits par le HPV et de diminuer le risque de condylomes. Cela aurait aussi pour impact de rompre la chaîne

de contamination et de participer à une réduction de l'incidence du HPV dans les pays où la couverture vaccinale des femmes est insatisfaisante.

3.2 Sexualité

3.2.1 Une connotation sexuelle marquée du vaccin anti-HPV

3.2.1.1 Aborder la sexualité freine la vaccination

Jusqu'en avril 2013, le vaccin anti-HPV était recommandé en France à partir de l'âge de 14 ans et dans la limite d'un an après les premiers rapports sexuels. Ces indications ont donné une forte connotation sexuelle au vaccin qui mettait les différents acteurs de la consultation dans l'embarras. Une étude a été réalisée en région Rhône-Alpes en 2011 auprès de 279 médecins généralistes. Parmi eux, 80,8% étaient favorables à la vaccination mais 28,9% considéraient que l'âge recommandé constituait un frein pour la vaccination. La moitié des médecins favorables à la vaccination considéraient que vacciner à un âge plus jeune permettrait d'éviter d'aborder la question difficile des IST. (117)

Les thèses d'exercice soutenues par Picard-Meliani à Paris en 2010 et par Viey à Clermont-Ferrand en 2011 confirment que l'abord de la sexualité était une des principales difficultés dans la proposition du vaccin, principalement pour les médecins hommes. (118) (69)

Les médecins ayant participé à cette étude confirment également ce blocage lié à la sexualité dans la proposition du vaccin. Ils relèvent que les parents sont souvent ignorants de la vie sexuelle de leurs filles, et qu'ils refusent régulièrement le vaccin par peur que cela ne les incite à une sexualité plus permissive. Les médecins se retrouvent donc en position d'évaluateurs de la sexualité de l'adolescente, pour savoir s'ils doivent proposer le vaccin ou pas.

La France n'est pas le seul pays où l'abord de la question de la sexualité est délicat et peut provoquer des réticences à la vaccination chez les parents d'adolescentes. Une étude menée en Angleterre auprès de 684 mères de jeunes filles de 8 à 14 ans, qui étaient à 75% favorables à la vaccination, a démontré que le fait de parler de sexualité pendant

la consultation de proposition du vaccin était un frein à la vaccination. Cette étude démontrait l'intérêt d'une vaccination précoce. (46)

3.2.1.2 Intérêt de la modification du calendrier vaccinal

Différentes études sur le comportement sexuel des adolescentes en France ont montré que celles-ci débutaient leur vie sexuelle de plus en plus jeunes. L'enquête internationale « *Health Behaviour in School-aged Children* » montrait notamment qu'en 2010, 14,1% des adolescentes françaises de moins de 15 ans et 3,6% des moins de 13 ans, avaient déjà eu des rapports sexuels, contre 1,6% avant 14 ans et 6,3 % avant 15 ans en 2005. Le vaccin étant inefficace sur une jeune fille déjà contaminée, l'âge de la vaccination était trop tardif. (45) (46)

La plupart des pays débutent la vaccination anti-HPV à 11 ans. La France s'est distinguée jusqu'en 2013, en proposant le vaccin à partir de l'âge de 14 ans.

En avril 2013, le nouveau calendrier vaccinal, basé sur les recommandations du HCSP, avance l'âge de la vaccination à 11 ans et ne fait plus mention de l'âge du début de la vie sexuelle. Ceci permet de vacciner les adolescentes avant qu'elles ne soient contaminées par le HPV en cas de début de sexualité précoce et, en théorie, de dissocier la vaccination des thèmes liés à la sexualité. (47)

Les médecins de l'étude estiment effectivement que les modifications des recommandations vont faciliter la proposition du vaccin et vont améliorer la couverture vaccinale, en supprimant la question de la sexualité.

L'un des objectifs du Plan cancer 2009-2013 était d'étudier les conditions d'amélioration de l'accès à la vaccination pour les mineures dont les parents refusent la vaccination. Dans le nouveau calendrier vaccinal 2013, l'âge maximal du rattrapage vaccinal a été fixé à 19 ans, de façon à permettre à des jeunes filles majeures de se faire vacciner sans l'accord de leurs parents. (49)

3.2.1.3 Persistance de la connotation sexuelle du vaccin

Les différents entretiens de cette étude ont été réalisés après les modifications du calendrier vaccinal. La notion de sexualité restait cependant très présente dans les discours des médecins et des parents, ce qui prouve que la dissociation entre le vaccin

et la sexualité n'est pas encore effective en pratique. Il faudra probablement quelques années pour parvenir à inverser la tendance.

3.2.2 La place de l'éducation sexuelle

L'étude a montré qu'aborder la question de la sexualité au moment de la proposition du vaccin pouvait s'avérer inapproprié. L'adolescente peut vivre cette consultation comme une intrusion dans sa vie privée si elle n'est pas prête à aborder le sujet. La présence des parents lors de la consultation peut encore aggraver la situation. La gêne occasionnée crée souvent une réticence à la vaccination. Le vaccin ne doit donc pas être utilisé comme un prétexte pour aborder ce sujet délicat. Le praticien doit trouver, lors d'une autre consultation, le moment adéquat pour aborder le sujet avec la jeune fille, de façon à ce qu'elle reçoive toute l'information nécessaire pour avoir une vie sexuelle sans risque, mais sans la brusquer à un moment où elle n'est pas prête à en parler. Des consultations spécifiques, liées à la sexualité pourraient être mises en place à l'adolescence. La thèse d'exercice sur « *Les freins à la vaccination anti-papillomavirus en médecine générale* », publiée en 2010, proposait déjà la mise en place d'une consultation dédiée à l'entrée dans la vie sexuelle au début de l'adolescence. (118)

Cette étude montre également le tabou qui existe autour de la question de la sexualité. Les médecins hommes sont encore plus mal à l'aise que les femmes pour l'aborder. Il serait donc souhaitable de former les médecins généralistes à la communication sur ce thème, afin qu'ils puissent plus facilement informer les adolescentes.

Par ailleurs, plusieurs médecins de l'étude craignent que la vaccination anti-HPV ne fasse oublier le dépistage par frottis cervico-utérin et ne donne l'illusion aux jeunes filles qu'elles sont protégées contre toutes les IST. La disparition de l'abord de la sexualité lors de la proposition du vaccin ne doit pas faire oublier les informations liées au vaccin et au cancer du col de l'utérus. La consultation doit être l'occasion de rappeler que le dépistage est indispensable et que la vaccination ne s'y substitue pas. Le praticien doit également expliquer l'intérêt du vaccin, en soulignant qu'il ne protège pas contre toutes les IST et que l'usage du préservatif est impératif en cas de rapports sexuels à risque.

Le processus de « déssexualisation » du vaccin est donc en cours, grâce à l'avancement de l'âge de la vaccination à 11 ans. L'impact sur la vaccination n'est pas

encore visible car la connotation sexuelle persiste encore chez certains médecins et parents. La dissociation entre le vaccin et les questions de sexualité doit être poursuivie afin d'améliorer la couverture vaccinale. L'éducation sexuelle ne doit pas pour autant être oubliée et pourrait être évoquée lors d'une consultation dédiée de l'adolescent.

3.3 Information

Les participants de cette étude ont très souvent déploré le manque d'information concernant les vaccins anti-HPV. Ce déficit en information est souvent la cause de la non-vaccination car médecins comme parents ont besoin d'être rassurés par rapport au vaccin. La forte médiatisation du vaccin ces dernières années a suscité de nombreuses interrogations. Les interrogations les plus fréquentes des patients comme des médecins concernent l'innocuité du vaccin. Ils sont en demande d'informations valides scientifiques concernant le recul, les effets secondaires et l'efficacité du vaccin.

3.3.1 Les sources d'information existantes

3.3.1.1 Information des adolescentes et des parents

Afin de fournir une information de référence pour répondre aux questions récurrentes des familles, un dispositif d'information a été mis en place en direction des adolescentes et de leurs mères. (119)

3.3.1.1.1 Internet

Plusieurs sites officiels permettent aux patients de s'informer et d'obtenir des informations claires.

Sur le site de l'institut Pasteur, www.info-hpv.fr, le Centre national de référence des papillomavirus humains propose une information grand public sur l'infection, les conséquences et la prévention des HPV.

Sur le site de l'Institut National du Cancer (INCa), www.e-cancer.fr, une information de référence est mise à la disposition des patientes et de leurs parents sur les cancers en général, et le cancer du col de l'utérus en particulier.

L'INPES fournit des informations de prévention sur son site : www.inpes.sante.fr.

Le site de l'Assurance Maladie, www.ameli.fr, permet également aux patients d'obtenir des informations compréhensibles sur les différentes pathologies.

Toutefois, les patients auraient plus facilement accès à des sites non officiels, qui véhiculent des informations souvent fausses et inquiétantes sur le vaccin anti-HPV. Les médecins de l'enquête voient Internet comme un contre-pouvoir, qui incite les parents à refuser la vaccination. Ils rapportent notamment le problème des réseaux sociaux et des ligues anti-vaccinales qui répandent des craintes sur les effets indésirables graves qui seraient liés aux vaccins et le risque de décès suite à la vaccination. En effet, une recherche simple des termes « Vaccin papillomavirus » sur un moteur de recherche comme Google fait apparaître en premier des articles de journaux non scientifiques et des blogs personnels, qui sont la plupart du temps anti-vaccin.

Malgré la diffusion d'informations scientifiques rassurantes, accessibles pour les patients, sur des sites officiels, Internet semble influencer plutôt négativement les parents et les adolescentes, qui consultent plutôt des sites non scientifiques. L'information existe, mais ils n'y accèdent pas car elle se trouve sur des sites spécialisés. (119)

3.3.1.1.2 Les médias

Les médias influencent très fortement les parents, en positif comme en négatif. Ces derniers se souviennent des campagnes télévisées de promotion du vaccin qui ont été diffusées il y a quelques années, et regrettent qu'il n'y en ait plus actuellement.

A contrario, les informations diffusées par la presse et la télévision sur les effets indésirables des vaccins ont également un impact très fort.

3.3.1.1.3 Les spots radios

Depuis 2010, tous les ans, au mois de juin, des spots radios sont diffusés par le ministère chargé de la Santé et l'INCa pour informer les jeunes filles et leurs parents sur le vaccin et le dépistage par frottis.

3.3.1.1.4 Le téléphone

L'INCa met également à disposition des patients une ligne téléphonique d'information sur les cancers : Cancer info, disponible au 0810 810 821.

3.3.1.1.5 Les brochures d'information

Des dépliants d'information sur le cancer du col de l'utérus, son dépistage, les HPV et la vaccination anti-HPV sont régulièrement édités par l'INCa et l'European Cervical Cancer Association (ECCA), et disponibles sur Internet. (120) (121)

Des affiches sont également éditées.

Les laboratoires produisant les deux vaccins fournissent aussi des dépliants informant sur les vaccins. Ils ont l'obligation de promouvoir simultanément la vaccination et le dépistage par frottis cervico-utérin, et de mentionner l'absence d'efficacité des vaccins dans la prévention de 30% des cancers du col de l'utérus. (55)

3.3.1.1.6 La notice du vaccin

La notice fournie avec le vaccin reprend l'ensemble des informations le concernant.

3.3.1.2 Information des médecins

Les médecins traitants font partie des principaux acteurs en termes d'information et d'incitation à la vaccination, comme l'ont rappelé les parents de l'étude, qui s'appuient souvent sur leurs conseils. Il est donc essentiel qu'ils soient bien informés pour pouvoir informer à leur tour.

Plusieurs médias sont utilisés par les autorités compétentes pour fournir des informations scientifiques aux médecins.

3.3.1.2.1 Internet

Les sites de l'INCa et de l'Institut Pasteur contiennent un espace dédié aux professionnels de santé, qui leur permet de trouver des informations fiables sur le vaccin anti-HPV et le cancer du col de l'utérus.

Une fiche repère a été publiée par l'INCa en 2013. (88)

Le site de la HAS permet de retrouver les différentes recommandations concernant les vaccins.

Des données sur l'incidence et la mortalité par cancer du col de l'utérus sont disponibles sur le site de l'InVs.

Le HCSP publie sur son site les différents avis sur les vaccins.

3.3.1.2.2 Les revues médicales

Le magazine *Prescrire*® permet aux médecins d'obtenir des informations neutres sur les médicaments. Il comptait 34000 abonnés en 2012, en majorité des médecins. (122)

3.3.1.2.3 Les courriers

Un outil pratique de consultation reprenant l'ensemble des recommandations concernant la vaccination anti-HPV et le dépistage par frottis cervico-utérin a été envoyé à tous les médecins généralistes dans le Bulletin de l'Ordre de mai-juin 2010, en partenariat avec le Conseil national de l'ordre des médecins. Ce mode d'information direct des médecins pourrait être plus souvent exploité. (119)

3.3.1.2.4 Les dépliants

L'Inpes, en collaboration avec le ministère chargé de la santé, l'ANSM, la HAS, l'InVS, l'INCa et le HCSP, a édité pour les médecins traitants un dépliant « *Repères pour votre pratique* », qui informe sur la prévention du cancer du col de l'utérus. Il comprend les recommandations de 2013 sur le sujet. (88)

3.3.1.2.5 Les laboratoires

Plusieurs médecins de l'étude ont avoué n'avoir obtenu des informations sur le vaccin que par le biais des représentants des deux laboratoires, souvent par manque de temps pour chercher l'information auprès de sources plus fiables. D'autres médecins ont jugé cette attitude dangereuse car il s'agit d'une source non neutre.

D'après les praticiens de l'étude, les laboratoires sont très actifs dans la promotion et l'information sur le vaccin par le biais de leurs représentants médicaux. Le laboratoire GSK a également édité en juillet 2013 un dépliant « *Les mots pour le dire* », pour aider les médecins à répondre aux interrogations des parents et des adolescentes.

Le rapport de Begaud et Costagliola datant de 2013, montre que jusqu'à récemment, la visite des délégués médicaux était la seule source d'information pour la majorité des professionnels de santé. Celle-ci reste aujourd'hui l'une des voies d'information les plus importantes, notamment à cause du retard à la mise en place du Développement Professionnel Continu (DPC). Selon les auteurs, cette visite ne doit pas être systématiquement dénigrée car elle peut être très utile, si elle est utilisée dans le cadre de contrats entre les laboratoires pharmaceutiques et les autorités sanitaires. En

effet, ce réseau d'information rassemble des professionnels bien formés et qui connaissent le terrain, et la visite est maintenant encadrée par la charte de la visite médicale. (122)

3.3.1.3 Information des autres professionnels de santé

Les pharmaciens d'officine, faisant partie des interlocuteurs privilégiés des patientes en matière de prévention, ont bénéficié d'une information via la revue de l'Ordre des pharmaciens et le site internet du Cespharm (Comité d'éducation sanitaire et sociale de la pharmacie française, Commission permanente de l'Ordre des pharmaciens). (119)

Une action d'information spécifique a également été faite auprès des infirmières scolaires, en lien avec le ministère de l'Education nationale. (119)

3.3.2 Les problèmes liés à l'information

L'information des médecins et des patients n'est pas optimale en France. Cela entraîne des méconnaissances (qui seront abordées dans la partie Communication) et parfois de fausses rumeurs sur le vaccin, qui conduisent à des doutes et à une perte de confiance envers le vaccin.

3.3.2.1 La surmédiatisation des crises sanitaires en France

Les médecins et parents de l'étude ont fréquemment rappelé les différents scandales sanitaires qui ont secoué la France, et qui les font douter actuellement des produits pharmaceutiques.

Les crises sanitaires ne sont pas une spécificité française. Toutefois, la France se distingue par une ampleur – comme pour les contraceptifs oraux – ou une fréquence plus importante de ces crises, d'après le rapport sur la surveillance et la promotion du bon usage du médicament en France publié en 2013. Certaines crises ont presque été spécifiques à notre pays, comme la vaccination contre l'hépatite B et le Médiator®. Ces crises ont décrédibilisé les autorités sanitaires, entraîné une perte de confiance dans le système de santé et mis à mal l'image du médicament, qui est, à l'heure actuelle, considéré plutôt comme un risque non justifié à éviter que comme un outil de santé publique. (122)

3.3.2.2 Des informations contradictoires sur les deux vaccins

De 2005 à 2012, le Comité technique des vaccinations/Conseil supérieur d'hygiène publique de France, ensuite remplacé par le HCSP, a émis onze avis sur la vaccination contre les Human Papillomavirus. L'évolution des connaissances sur les vaccins a parfois amené le HCSP à se contredire par rapport à un avis précédent. Les deux remises en question les plus flagrantes concernent l'âge de la vaccination et la recommandation préférentielle de l'un des deux vaccins. En effet, l'avis du 9 mars 2007 recommandait pour le vaccin Gardasil® la vaccination des adolescentes de 14 ans. Dans l'avis du 28 septembre 2012, l'âge de la vaccination était révisé et passait à 11 ans. Le 14 décembre 2007, le HCSP publiait un avis sur le Cervarix®. Dans cet avis, le HCSP recommandait l'utilisation préférentielle du Gardasil®. Le 17 décembre 2010, il considérait qu'il n'y avait plus lieu de recommander de façon préférentielle l'un ou l'autre des vaccins. (42) (46) (43) (41)

Ces nombreux changements de position, même s'ils sont justifiés par l'acquisition de nouvelles données sur les vaccins, induisent une certaine méfiance chez les médecins traitants et des interrogations sur le fondement de ces modifications.

Certains médecins de l'étude s'étonnent du fait que deux vaccins n'ayant pas la même efficacité aient aujourd'hui l'AMM en France. Ils souhaiteraient que les autorités sanitaires tranchent et que seul le meilleur des deux soit commercialisé.

La publication et l'explication des données apportées par les dernières études, ainsi qu'une meilleure communication sur les raisons des modifications des recommandations et du calendrier vaccinal permettrait de retrouver la confiance des médecins.

3.3.2.3 Le rôle des médias

3.3.2.3.1 L'impact négatif des médias

Le rapport final du deuxième Plan cancer relève une diminution de la couverture vaccinale pour le vaccin anti-HPV depuis 2010. Il souligne que la publication, au printemps 2010, dans des journaux nationaux, de plusieurs articles remettant en cause l'innocuité du vaccin, serait en partie responsable de cette régression. (88)

A titre d'exemple, le mardi 26 novembre 2013, le journal Libération titrait: « *Gardasil, un vaccin suspect sous haute surveillance* ».

Les médecins de l'étude ont de nombreuses fois cité les médias comme étant une source d'inquiétude pour les patients. L'impact de la télévision et des journaux est très important sur le grand public. Toute information concernant un effet indésirable potentiel du vaccin est largement diffusée et prend rapidement des proportions gigantesques. Le médecin a ensuite bien des difficultés à contrecarrer cette information dans son cabinet, et doit tenter de rassurer un patient à la fois.

3.3.2.3.2 La désinformation

Les médecins traitants estiment que les médias jouent un rôle important dans la désinformation sur la vaccination anti-HPV, en colportant de fausses idées sur le vaccin.

Dans l'article de Libération du 26 novembre, l'auteur précisait que « *Au printemps [2013], le Comité technique des vaccinations, non sans bon sens, a suggéré de retarder sa prescription vers l'âge de 14-15 ans.* », ce qui est strictement le contraire des recommandations données par l'HAS en avril 2013.

3.3.2.4 Les méconnaissances liées au vaccin

3.3.2.4.1 Un lien vaccin-cancer mal compris

Plusieurs parents ont exprimé des difficultés à comprendre le lien entre le vaccin et le cancer. Les médecins confirment cela chez leurs patients.

Ils rappellent qu'il existe un autre vaccin qui a vocation à protéger contre un cancer : c'est le vaccin anti-hépatite B qui diminue le risque de cancer du foie. C'est sur cet exemple que les médecins peuvent s'appuyer.

Une autre difficulté concernant le lien vaccin-cancer est la notion de bénéfice pour le patient. En effet il s'agit de prévenir l'apparition d'un cancer dans plusieurs années. C'est un avantage sur le long terme. Cette notion doit faire partie de l'information donnée au patient.

3.3.2.4.2 Le cancer du col de l'utérus : une maladie mal connue

3.3.2.4.2.1 *Le danger sous-estimé*

D'après les médecins interrogés, le cancer du col est une maladie abstraite pour les patients et en particulier pour les jeunes, en raison notamment de sa faible incidence. Ils évoquent également un tabou autour de cette maladie. Pour leurs patients, le cancer serait moins risqué qu'une maladie infectieuse. Certains des praticiens estiment que c'est une maladie relativement rare dans leur pratique. De leur côté, les parents trouvent que le cancer de col de l'utérus n'est pas assez évoqué de façon publique.

Le cancer du col de l'utérus est pourtant le deuxième cancer féminin dans le monde, par ordre de fréquence et le dixième en France. (1) (38) (2)

L'OMS rappelle qu'il s'agit du deuxième cancer le plus fréquent chez les femmes en âge de procréer en Europe et qu'il est diagnostiqué chez une femme sur cent au cours de sa vie. (123)

L'incidence du cancer invasif du col de l'utérus était estimée à 3028 nouveaux cas en 2012. (4) (3)

L'incidence a chuté de 50 % en 20 ans en France grâce au dépistage par frottis cervico-utérin. Il s'agit donc d'une maladie présente en France, dont l'incidence n'est pas faible mais seulement partiellement maîtrisée par le dépistage. (7)

Sur la période 2007-2009, le pourcentage de femmes de 25 à 65 ans, dépistées par frottis cervico-utérin était estimé à 58,5% seulement. (7) De nombreuses femmes échappant au dépistage, le cancer du col tue encore en France à l'heure actuelle. Entre 2004 et 2008, 1113 décès par an en moyenne ont été attribués au cancer du col de l'utérus. L'âge médian du décès était de 64 ans sur cette période. (4) (3) (40)

Ainsi, il existe un danger à considérer le cancer du col de l'utérus comme une maladie rare. Si le public et le corps médical ont le sentiment d'être peu en contact avec la maladie, c'est du fait du dépistage qui limite la mortalité mais de façon imparfaite.

Il est donc primordial de maintenir une vigilance par rapport à la maladie si l'on veut conserver un intérêt pour le frottis et pour la vaccination. Les patients doivent entendre que des cancers et des décès peuvent être évités grâce à la vaccination.

Ce discours des médecins aux patients doit pouvoir être soutenu par une information diffusée publiquement sur le cancer et ses conséquences. De la même manière que le public a été sensibilisé au sujet des cancers colorectaux ou du sein, il peut l'être au sujet du cancer du col de l'utérus.

3.3.2.4.2.2 *Les dysplasies considérées comme inoffensives*

Les risques d'évolution des dysplasies

Certains des médecins de cette étude ont dit diagnostiquer régulièrement des dysplasies. Dans leur discours elles étaient bien distinctes des cancers « vrais » ou invasifs. Cependant il est important de rappeler que les lésions intra-épithéliales présentent toutes un risque d'évoluer vers un cancer invasif.

Pour Liaw, 10 à 20 % des patientes avec un frottis atypique (ASCUS) ou de bas grade vont progresser vers une lésion de haut grade. (33)

Et selon Ostor, le risque qu'une lésion CIN 2 évolue vers une lésion CIN 3, c'est-à-dire à un stade de carcinome *in situ* est de 20%. (124)

Cette tendance à la banalisation des néoplasies intra-épithéliales du col utérin est dangereuse. Les distinguer trop nettement du cancer, renforce l'impression que le cancer est rare, et minimiser leur impact peut réduire l'intérêt pour le frottis.

Les conséquences du traitement des dysplasies

En France, du fait de l'âge moyen tardif de la première grossesse et du dépistage précoce, de nombreuses lésions dysplasiques et cancéreuses sont diagnostiquées chez la femme jeune sans enfant. Le diagnostic des lésions CIN 2 et 3 entraîne un traitement. (125)

La littérature s'accorde sur le fait que la conisation entraîne rarement une perturbation de la fertilité. (126) (127)

Mais elle a des conséquences sur la morbi-mortalité néonatale, variables selon les techniques pratiquées.

La conisation chirurgicale augmente de façon significative le risque de mortalité périnatale, de prématurité sévère (< 34 SA) et extrême (< 30 SA) et de petit poids de

naissance (inférieur à 2 kilogrammes). La conisation au laser augmente également le risque de petit poids de naissance. (126)

Ainsi un diagnostic de CIN2 ou CIN3 peut avoir de lourdes conséquences sur l'avenir des patientes. Il est utile de s'appuyer sur cet état de fait pour lutter contre l'idée fausse et répandue que les lésions précancéreuses sont anodines et sans impact et ne doivent pas être mises sur le même plan qu'un cancer.

3.3.2.5 Un doute sur le rôle des laboratoires

Les médecins traitants ressentent une pression de la part des laboratoires pharmaceutiques. Ils s'interrogent sur le rôle du lobbying dans les décisions prises par les autorités sanitaires, au vu des intérêts financiers en jeu. Ils n'arrivent pas toujours à critiquer les arguments parfois contradictoires des représentants des deux vaccins.

Une meilleure communication sur les motivations des décisions de santé publique permettrait de lever le doute sur la suspicion d'influence des laboratoires sur les autorités sanitaires.

3.3.3 Les pistes à améliorer dans l'information

3.3.3.1 Rendre plus visible l'implication de l'Etat

Les participants de l'étude se sont plusieurs fois interrogés sur le manque d'implication de l'Etat dans la promotion et l'information sur la vaccination anti-HPV.

Pourtant, l'une des propositions du Plan cancer 2009-2013 pour améliorer les taux de couverture vaccinale chez les adolescentes était de « *diffuser une information publique et adaptée sur la vaccination anti-HPV, destinée aux jeunes filles de 14 ans et à leurs parents tout en soulignant que le dépistage par frottis cervico-utérin reste indispensable dès l'âge de 25 ans.* » (49)

Le 6^e rapport d'étape sur le Plan cancer, datant de janvier 2013, montre que « *l'effort d'information sur la vaccination anti-HPV à destination des jeunes filles et de leurs parents, et sur le frottis cervico-utérin pour les femmes de 25 à 65 ans, s'est traduite en 2012 par le maintien de la diffusion d'outils d'information, en particulier dans les départements pilotes* ». Depuis 2010, tous les ans au mois de juin, le ministère chargé de la Santé et l'INCa mettent notamment en œuvre des actions d'information et de

communication sur la vaccination anti-HPV à destination des adolescentes et de leurs parents. (87) (88)

L'Etat s'implique donc dans la communication sur le vaccin mais il persiste des difficultés à faire parvenir l'information aux acteurs concernés par la vaccination.

Dans ses recommandations pour le Plan cancer 2014-2018, le Professeur Vernant insiste sur la nécessité de communiquer largement sur le nouveau calendrier vaccinal qui intègre le vaccin anti-HPV et sur le rapport bénéfice/risque de ce vaccin notamment. Patients comme médecins ont besoin d'un discours officiel clair en faveur du vaccin. (94)

3.3.3.2 Informer et rassurer les patients

Depuis une vingtaine d'années, les patients sont devenus des acteurs majeurs de leur prise en charge. Du point de vue sociologique, la relation médecin-patient évolue vers un partenariat où le patient négocie le plus souvent sa prise en charge médicale, contrairement à l'époque où le médecin paternaliste commandait et où le patient obéissait. Ceci est lié à différents phénomènes récents, et notamment à une désacralisation du savoir médical, à un accès beaucoup plus important à l'information par le biais d'Internet et au développement des associations de patients. (122)

Face à la situation actuelle de crise de confiance envers les produits pharmaceutiques, il est absolument nécessaire de restaurer l'image du médicament en France. Les vecteurs d'information à utiliser sont multiples.

Tout d'abord les médias devraient être plus utilisés, par le biais de campagnes d'informations diffusées à la télévision ou de partenariats avec les grands médias. La télévision est notamment un média puissant qui devrait servir à diffuser des informations rassurantes sur le vaccin et à le promouvoir.

Sur Internet, les réseaux sociaux pourraient également être mieux exploités, afin de diffuser des informations positives sur le vaccin, comme cela a été fait lors d'une campagne pour la vaccination diffusée sur Facebook® auprès des adolescentes de 14 ans. La promotion du vaccin pourrait aussi d'avantage se faire par le biais de sites fréquemment consultés par les femmes.

Ensuite, les lieux de vie des patients doivent servir de lieux de diffusion de l'information. Des brochures d'informations et des affiches présentant le vaccin devraient

être mis à disposition dans les cabinets médicaux, les lieux de prévention et les pharmacies, comme l'ont réclamé plusieurs patientes de l'étude. Des campagnes d'information sur le vaccin pourraient être réalisées en milieu scolaire, afin de sensibiliser les adolescentes.

Certains parents ont proposé l'envoi d'un courrier à toutes les adolescentes de la tranche d'âge et à leurs parents, afin de les informer sur la vaccination et le dépistage.

3.3.3.3 Améliorer la qualité de l'information des médecins

Certains médecins interrogés ont avoué qu'ils se contentaient de l'information fournie par les laboratoires sur les vaccins, par manque de temps pour chercher des données dans la littérature. Or pour lutter contre la désinformation, il est primordial que les médecins s'informent auprès de sources scientifiques valides et sans conflit d'intérêt. Leurs sources doivent être diversifiées, et ils doivent toujours rester critiques par rapport à l'information reçue.

3.3.3.4 Créer un site d'information unique pour les professionnels

Les médecins de l'étude ont souvent déploré le manque d'information concernant les vaccins. Cette information existe pourtant, notamment sur Internet, mais elle est fractionnée et parfois difficilement accessible. En effet, obtenir une information complète sur les vaccins nécessite actuellement de faire une recherche sur plusieurs sites – HAS, InVs, ANSM, HCSP, etc – car aucune page web ne regroupe l'ensemble des informations.

Le Rapport sur la surveillance et la promotion du bon usage du médicament en France publié en 2013 relevait la nécessité de créer un portail d'information dédié, unique et ergonomique, grâce auquel tous les professionnels de santé pourraient obtenir l'ensemble des informations concernant un médicament. La France se démarque de nombreux autres pays par l'absence d'une source unique d'information reprenant la totalité des médicaments commercialisés dans notre pays. Le dictionnaire Vidal®, fréquemment utilisé par les praticiens français, ne fournit qu'une partie de cette information, en se contentant de produire le résumé des caractéristiques du produit. Le « *Répertoire des Médicaments* » disponible sur le site de l'ANSM est lui, peu ergonomique et non exhaustif. Un site d'information unique, rassemblant toutes les sources et liens d'informations utiles et fiables sur les médicaments permettrait donc aux médecins français de s'informer plus facilement et plus efficacement. Ce type d'interface est

réalisable puisqu'elle existe déjà au Royaume-Uni, sous le nom de NICE (*National Institute for health and Care Excellence*) et fournit des informations sur les nouveaux traitements, les rappels de bonne pratique de prescription et les recommandations par médicament et par pathologie, ainsi qu'un accès au British National Formulary, le dictionnaire anglais des médicaments. (122) (128)

3.3.3.5 Former les autres professionnels de santé

Dans son avis du 9 mars 2007, le Conseil supérieur d'hygiène publique de France recommandait la formation et l'information des professionnels de santé sur le dépistage par frottis cervico-utérin et sur l'absence de substitution du dépistage par la vaccination. En 2011, l'INCa a mis à la disposition des médecins traitants et des sages-femmes un module de formation sur la prévention et le dépistage des cancers du col de l'utérus. (42) (88)

Les médecins traitants de l'étude ont relevé le contre-pouvoir exercé par certains professionnels de santé qui véhiculent une image négative du vaccin. Il est donc impératif que tous les professionnels de la santé reçoivent une information de référence sur le vaccin anti-HPV, de façon à obtenir un discours unitaire en faveur du vaccin.

3.3.4 Les interrogations qui persistent

Les médecins de l'étude ont relevé plusieurs interrogations sur les conséquences à long terme du vaccin, qui les font douter de sa validité. Ces doutes concernent la nécessité d'un éventuel rappel à distance, le risque de décaler le cancer à un âge plus tardif, sans en connaître les conséquences, et le risque de mutation des papillomavirus humains à cause de la vaccination, qui rendrait le vaccin inefficace.

En ce qui concerne le rappel à distance, les données actuelles garantissent une protection de 4 ans minimum des vaccins contre les lésions précancéreuses mais ne permettent pas de statuer sur la nécessité d'un rappel ultérieur. (47)

Le vaccin étant récent, il n'y a pas encore assez de recul pour connaître les conséquences du décalage de la survenue des cancers du col utérin vers un âge plus avancé. (55)

Le Centre national de référence des papillomavirus humains assure le suivi des souches d'HPV oncogènes. A ce jour, la surveillance de l'écologie virale n'a pas mis en évidence de nouveau génotype ou d'HPV ou de souche variante des HPV 16 et 18, suite à la vaccination. (58)

Les deux vaccins continuent donc de faire l'objet d'études et d'une surveillance sur leur validité et leur impact. Les conséquences à long terme ne pourront pas être connues avant plusieurs années, étant donné le manque de recul sur le vaccin et la longue durée de développement des cancers du col utérin.

Il n'y a donc pas un manque d'information sur le vaccin, mais une difficulté à accéder à cette information et à la critiquer. Améliorer la qualité de l'information et surtout faciliter l'accès à cette information pour les médecins traitants et les parents permettrait de les sécuriser dans le choix de la vaccination et pourrait améliorer la couverture vaccinale en France pour le vaccin anti-HPV.

3.4 Communication

3.4.1 Les acteurs de la décision

3.4.1.1 L'initiative et l'implication du médecin

Plusieurs parents s'étonnent du manque d'initiative de leur médecin traitant dans la proposition du vaccin. Certains médecins ont admis qu'il ne s'agissait pas d'une priorité pour eux et qu'ils omettaient régulièrement de le proposer.

Une étude réalisée en 2010 sur les freins à la vaccination a mis en évidence chez les médecins généralistes de nombreux oublis de cette prescription lors des consultations avec des adolescentes. (118)

On peut espérer voir une répercussion sur la couverture vaccinale en France si les médecins généralistes s'impliquent en proposant le vaccin systématiquement.

3.4.1.2 La nouvelle relation médecin-malade

Les médecins admettent qu'ils ont un impact fort sur la couverture vaccinale de leur patientèle et une responsabilité dans les choix de leurs patients. Pour être

convaincants, ils doivent être convaincus. Pour obtenir l'adhésion de leurs patients, ils doivent user de leur influence et s'investir dans la proposition.

Cependant, comme certains médecins l'ont souligné, l'enjeu n'est pas uniquement de proposer mais de convaincre un patient qui souhaite de plus en plus être acteur de sa santé. Plusieurs mères ont précisé qu'elles ne suivent pas systématiquement les conseils de leur médecin traitant. Ce besoin d'indépendance est mis en évidence dans des travaux portant sur les changements qui s'opèrent actuellement dans la relation médecin-malade. (129)

3.4.1.3 Le poids des parents

Les parents sont détenteurs de la décision finale, depuis le changement de calendrier. S'ils ne sont pas convaincus, ils peuvent empêcher la vaccination au dernier moment. Les parents ne souhaitent pas avoir sur la conscience les éventuels effets néfastes du vaccin sur leur enfant. Il semble que la démarche des médecins serait facilitée s'ils pouvaient appuyer leur discours sur un consensus scientifique et libérer les parents de la responsabilité de la décision et de leurs scrupules vis-à-vis de leurs enfants.

3.4.2 Les techniques de communication

Après avoir entendu les participants de cette étude, plusieurs actions sont à proposer pour obtenir le « oui » : centrer la consultation sur l'adolescente, laisser du temps au patient, écouter ses craintes, bien choisir ses mots, utiliser le terme « cancer », faire du patient un acteur de la décision et avoir un discours de prévention individuel.

On peut proposer que soient développées des formations à la communication pour les médecins afin qu'ils maîtrisent des techniques utiles dans leur pratique quotidienne.

Pour convaincre, on peut imaginer des slogans forts qui marqueront les esprits, comme le fameux slogan « *Les antibiotiques, c'est pas automatique* ».

3.4.3 Gérer l'incertitude

La gestion des peurs des patients semble délicate à plusieurs des médecins qui ont participé à cette étude.

Pour le Professeur Martinot, pédiatre au CHR de Lille, il s'agit de faire accepter aux patients qu'il y a une part de risque pour les traitements préventifs, comme pour les traitements curatifs.

Une technique appropriée consiste à expliquer au patient que tout traitement comprend une part de risque d'effets indésirables et de limites. Les notions d'aléa thérapeutique et de balance bénéfice/risque doivent être abordées. Les médecins peuvent rassurer les patients quant à l'innocuité des produits. Le médecin doit cependant taire ses éventuels doutes scientifiques qui compliquent le choix pour le patient.

Les médecins peuvent aussi préciser à leurs patients que les informations qu'ils entendent dans les médias ne sont pas toujours valides. Cette éducation et un accompagnement de qualité du patient permettraient de réduire le phénomène de judiciarisation, évoqué par les médecins interrogés.

3.4.4 Eléments de réponse aux questions qui font polémique

3.4.4.1 Répondre aux parents

Devant une tendance à la baisse des taux de vaccination, l'ECDC en 2012, rappelle qu'il faut opposer des contre-arguments aux parents qui considèrent que la vaccination a un impact négatif sur le comportement sexuel des jeunes filles. Les médecins ont besoin d'informations de qualité sur les bénéfices et les risques pour faire face aux peurs de la population au sujet du vaccin.

Le bureau Europe de l'OMS propose une information destinée aux professionnels de santé pour répondre aux questions couramment posées, entre autres, sur les effets secondaires et l'impact du vaccin sur le comportement sexuel, ainsi qu'un argumentaire réunissant sept bonnes raisons de se faire vacciner. (101) (123)

Le Professeur Martinot, lors d'une formation sur le thème de la vaccination, rappelle aux médecins généralistes l'importance de questionner le patient sur ses craintes et d'avoir un panel de réponses construites à l'avance pour faire face point par point aux arguments anti-vaccins.

Il serait souhaitable que l'initiative de l'OMS soit reprise au niveau national, en intégrant les spécificités de chaque état et notamment le rapport culturel à la vaccination.

Un dépliant pourrait être fourni aux médecins, produit par un organisme français neutre et indépendant, résumant les données scientifiques validées et proposant des techniques de communication efficaces, adaptées aux actualités et aux spécificités culturelles françaises.

3.4.4.2 Le recul

Selon de nombreux parents de cette étude, le recul sur le vaccin est insuffisant. Plusieurs médecins partagent ce point de vue. Certains expliquent qu'ils ne prescrivent jamais les nouveaux produits mis sur le marché.

En juin 2013, quatre ans après la dernière évaluation de l'innocuité, le GACVS, Comité consultatif mondial de la sécurité vaccinale, conclut que les données sont rassurantes en ce qui concerne l'innocuité des 175 millions de vaccins distribués. Ces conclusions s'appuient notamment sur les données australiennes, où un nouveau programme inclut les hommes depuis février 2013. Ce comité continue à collecter des données d'innocuité dans les pays où le vaccin est proposé. (130)

Le médecin peut rassurer les patients en soulignant l'importance des moyens mis en œuvre pour surveiller l'innocuité du vaccin. En outre le nombre de doses distribuées est plus parlant pour le patient que le nombre d'années depuis sa mise sur le marché. Enfin le médecin peut mettre en avant son expérience personnelle et rétablir un équilibre entre les effets secondaires supposés et la réalité qu'il observe après plusieurs années de vaccination.

3.4.4.3 Les maladies auto-immunes

Dans cette enquête, les parents et les médecins ont exprimé à de nombreuses reprises la crainte d'effets secondaires liés au vaccin. La peur de la sclérose en plaques a été évoquée plusieurs fois.

3.4.4.3.1 Le rôle du terrain génétique

Fin 2013, devant l'ampleur médiatique de « la plainte de Bordeaux », le Comité pour l'évaluation des risques en matière de pharmacovigilance (PRAC) de l'Agence européenne des médicaments (EMA) a rappelé, le 6 décembre 2013 que les données actuellement disponibles confirment le rapport bénéfice/risque favorable en ce qui concerne les vaccins contre les Human Papillomavirus.

Les experts chargés de cette affaire divisent la responsabilité entre le vaccin et le terrain génétique de la patiente, qui seraient responsables chacun à hauteur de 50 % du tableau clinique présenté par la jeune fille, que l'expertise a décrit comme « *une réaction inflammatoire aiguë du système nerveux central ayant décompensé un processus immunitaire* ».

L'accident constaté chez cette jeune patiente est probablement dû à la rencontre entre la forte stimulation antigénique du vaccin et les prédispositions des systèmes immunitaires et nerveux de l'adolescente. Ces derniers présentaient, d'après les experts, une forte sensibilité aux antigènes présents dans le vaccin ou aux adjuvants.

La vaccination active l'immunité. Elle aurait donc été le déclencheur d'une pathologie sous-jacente. Cependant ce phénomène auto-immun aurait pu apparaître à l'occasion d'une infection virale ultérieure, car l'infection active elle aussi l'immunité. (73)

3.4.4.3.2 Liens de temporalité et non de causalité

Avant même la mise sur le marché des vaccins anti-HPV, Siegrist et al. avaient anticipé le risque qu'ils soient rendus responsables de pathologies dysimmunitaires. Or une maladie auto-immune peut survenir ou s'aggraver au décours de la vaccination, sans qu'il y ait de lien de causalité entre les deux. Ce phénomène est inévitable compte tenu de l'incidence importante de ces pathologies chez l'adolescente et la jeune femme. Il s'agit en fait d'un simple lien de temporalité.

Les auteurs avaient projeté que, si la couverture vaccinale atteignait 80%, dans les vingt-quatre heures suivant leur vaccination, 3 adolescentes sur 100 000 nécessiteraient des soins d'urgence pour de l'asthme et que 2 sur 100 000 consulteraient pour un diabète dans les deux semaines suivant l'injection, sans lien avec le vaccin, étant donné l'incidence de ces pathologies chez les adolescents.

Les auteurs rappelaient également qu'il existe des biais dans le recensement des maladies liées à l'injection. Les cas les plus souvent rapportés sont la sclérose en plaques ou le syndrome de Guillain-Barré. Ce sont des maladies graves dont le diagnostic étiologique n'est pas toujours possible. Elles subissent les préjugés d'une partie de la communauté scientifique. De nombreux médecins considèrent en effet que le vaccin induit plus facilement ce type de pathologies neurologiques que d'autres maladies auto-immunes, comme le diabète ou la thyroïdite. Ces deux dernières maladies sont pourtant

plus fréquentes et paradoxalement beaucoup moins souvent associées au vaccin dans l'esprit des médecins. (131)

En 2006, l'OMS souligne également que la confusion entre causalité et temporalité peut amener le grand public à douter de l'innocuité des vaccins. Pour cela, l'organisme encourage les Etats à établir, à titre de référence, la fréquence de certaines pathologies dans la population générale, par sous-groupe et par tranches d'âges. Ces données sont indispensables pour évaluer l'impact global de la vaccination sur une population et traiter les questions de sécurité. (131)

En France, 15 cas ont été rapportés pour 5 millions de doses distribuées, et d'après l'ANSM, les données ne montrent pas d'augmentation des maladies auto-immunes, ni de la SEP après une vaccination par Gardasil®. (2)

Le Professeur Martinot, pédiatre au CHR de Lille, lors d'une formation sur le thème de la vaccination, insiste sur l'importance d'expliquer aux patients ce lien de temporalité. Il rappelle que le vaccin contre l'hépatite B a souffert des mêmes polémiques, car il concernait également la tranche d'âge où les maladies auto-immunes sont fréquemment diagnostiquées.

Il est pertinent de rappeler que dans les données de surveillance en France et dans le monde, il est constaté effectivement l'apparition de maladies auto-immunes dans les suites de la vaccination, mais il n'est pas fait état d'un lien de causalité, ni d'une augmentation de la fréquence par rapport aux chiffres attendus. On peut également amener le patient à relativiser les polémiques en lui rappelant qu'elles ne passent pas les frontières, à l'exemple de celle associant vaccin ROR et autisme, qui n'est présente qu'en Grande-Bretagne. (132)

3.4.4.4 Les adjuvants

Les médecins dans cette étude, ont rapporté les peurs de leurs patients vis-à-vis des adjuvants, et en particulier de l'aluminium.

Il convient d'expliquer aux patients que les sels d'aluminium sont utilisés depuis 70 ans comme adjuvants pour les vaccins. Leur teneur est comprise entre 0,225 et 0,500 mg. Par l'alimentation, un adulte ou un enfant ingère en moyenne 5 mg de sels d'aluminium par jour. Le Comité consultatif mondial de la sécurité vaccinale de l'OMS est parvenu à la

conclusion qu'il n'existait pas d'élément indiquant que l'administration de vaccins contenant de l'aluminium présentait un risque pour la santé. Avant d'être mis sur le marché, chaque lot fait l'objet d'un test destiné à vérifier son innocuité et à éviter tout risque de contamination. (123)

En outre les adjuvants sont nécessaires pour rendre le vaccin efficace, leur association aux antigènes contenus dans le vaccin augmente l'intensité et la durée de l'immunité conférée par le vaccin. (73)

3.4.4.5 L'efficacité du vaccin

Les parents interrogés dans cette étude doutent de l'efficacité du vaccin anti-HPV. Selon certains médecins, sa validité est discutable.

En octobre 2011, le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) sur la base de plusieurs études randomisées contrôlées explique qu'avec 4 ans de recul, on constatait déjà une efficacité de 98,2% dans la prévention des lésions cervicales de haut grade liées aux HPV 16 et 18. (53)

Par ailleurs, une étude australienne réalisée en 2011 a évalué l'incidence des anomalies cervicales, avant et après les programmes de vaccination. Elle conclut à une diminution significative de l'incidence des lésions précancéreuses de haut grade qui passe de 0,80 % à 0,42 % chez les jeunes filles âgées de moins de 18 ans. (133)

Une autre étude australienne met en évidence, après le démarrage des vaccinations, une baisse de 59 % du nombre de diagnostics de condylomes génitaux. (116)

Le discours adressé aux patients sur l'efficacité du vaccin doit souligner que les bénéfices attendus du vaccin ne seront pas visibles avant une quinzaine d'années, car c'est le délai moyen entre la contamination par le virus et l'apparition d'un cancer. L'efficacité étant déjà prouvée par des études sur les dysplasies, elle le sera vraisemblablement sur les cancers. L'efficacité concrète en France étant difficile à démontrer, du fait du faible taux de vaccination, on peut citer aux patientes l'exemple de pays où la vaccination est généralisée comme l'Australie et où les effets sont visibles et concrets sur les lésions précancéreuses comme sur les condylomes. Plus la vaccination sera massive en France, plus les bénéfices seront concrets et visibles.

3.4.4.6 Les maladies à prévention vaccinale ne seraient plus une menace

Les médecins ont rappelé que les patients refusent parfois le vaccin car ils n'en voient pas l'intérêt en termes de prévention. Cela est lié, selon les médecins, au fait que beaucoup de maladies ne sont plus visibles dans les sociétés occidentales qui sont dotées de systèmes de soins performants et de programmes de vaccination efficaces. D'où l'idée que les maladies, devenues invisibles, ne sont plus un danger et que le vaccin peut être plus risqué que la maladie.

Dans certains pays, cette idée erronée a entraîné une baisse de la couverture vaccinale et une résurgence de maladies contagieuses telles que la rougeole, la coqueluche, la diphtérie et la rubéole. De 2007 à 2010, des épidémies de rougeole se sont propagées, notamment en France. La Bulgarie a, quant à elle, compté 24 000 cas et 24 décès. L'existence de sous-groupes non-vaccinés a permis au virus de se répandre.
(101)

Ainsi, les maladies à prévention vaccinale sont toujours une menace. L'espérance de vie élevée en France, 82 ans pour les deux sexes confondus en 2011, doit beaucoup aux programmes de vaccination. Cette réhabilitation de l'importance des vaccins doit trouver sa place dans le discours des médecins généralistes, car renforcer l'intérêt pour les vaccins en général renforce également l'intérêt pour le vaccin anti-HPV en particulier.
(134)

3.4.5 Le discours concernant le frottis cervico-utérin

Les médecins de cette étude insistent auprès de leurs patientes pour qu'elles poursuivent le dépistage par frottis cervico-utérin. Ils associent vaccination et frottis dans leur discours. Ils craignent que la vaccination n'entraîne un désintérêt pour le dépistage. Ils profitent également de la vaccination pour adresser un rappel aux mères des jeunes patientes. L'objectif du discours autour du frottis est que les patientes et leurs mères intègrent clairement que la poursuite du dépistage est indispensable et indissociable de la vaccination.

Sur la période 2007-2009, le taux global de couverture par le frottis cervico-utérin des femmes de 25 à 65 ans était estimé à 58,5% seulement en France.(7)

Une étude réalisée en 2012, dans le Nord-Pas-de-Calais, auprès de 299 femmes de 25 à 65 ans consultant en médecine générale, estimait que 23,27% d'entre elles n'étaient pas suffisamment dépistées selon les recommandations françaises. Les patientes ayant un bas niveau d'éducation étaient majoritairement non dépistées. (135)

Certains obstacles à la réalisation du frottis dans le cadre du dépistage individuel ont été relevés par une autre étude nordiste en 2012. Il s'agit notamment du manque d'information, de la difficulté de prise de rendez-vous, de l'ignorance à propos du frottis et du cancer du col utérin et de la mauvaise perception du risque.(136)

Il semble difficile de lutter contre la somme de ces obstacles. En généralisant la vaccination, 70 à 80 % des cancers du col de l'utérus non dépistés par FCU pourraient être évités pour les jeunes filles naïves en ce qui concerne l'infection. (5)

En organisant le dépistage et en associant un dépistage organisé à la vaccination de 80% des adolescentes, on réduirait, par rapport à la situation actuelle, le nombre de cancers du col de respectivement 16 et 34%. (56)

Le Plan cancer 2009-2013, a mis en place un programme expérimental de dépistage organisé dans treize départements où les femmes de 25 à 65 ans non à jour, recevaient un courrier personnalisé les invitant à pratiquer un frottis cervico-utérin. (49)

La France a des difficultés, d'une part à obtenir un taux de couverture vaccinale important et d'autre part à pratiquer un dépistage de masse. Il n'y a pas de dépistage organisé mais un dépistage individuel, ce qui interroge sur l'importance accordée au frottis. Il semble qu'en l'absence d'une politique de santé publique engagée sur ces deux sujets, les effets sur l'incidence du cancer du col de l'utérus seront limités.

Conclusion

L'objectif de cette étude qualitative était de mettre en lumière les réticences à la vaccination contre le Human Papillomavirus expliquant la faible couverture vaccinale actuelle en France.

Grâce aux modifications du calendrier vaccinal, le processus de dissociation entre vaccin et abord de la sexualité est en cours, mais l'effort doit être poursuivi, car la connotation sexuelle du vaccin limite encore la vaccination. L'acceptabilité du vaccin serait améliorée par une réduction du prix du vaccin, par le biais d'une prise en charge à 100% par la Sécurité sociale ou par le biais d'un achat groupé de vaccins par l'Etat français, en faisant jouer la concurrence entre les deux laboratoires.

La médiatisation des effets secondaires présumés du vaccin a également freiné la vaccination. Les médecins traitants doivent donc apprendre à contrer cette désinformation, en expliquant notamment le lien de temporalité et non de causalité entre vaccin et dysimmunité.

Pour une majorité de patients, l'opinion de leur médecin traitant est le facteur déterminant de leur décision. Les médecins sont convaincants uniquement s'ils sont eux-mêmes convaincus du bien-fondé de la vaccination. Ils doivent s'approprier les techniques de communication et avoir des arguments pour rassurer leurs patients.

Pour pallier le manque d'accès à l'information sur le vaccin, il est nécessaire que l'ensemble des professionnels de santé soit formé sur le sujet et ait un discours unitaire et ferme à propos du vaccin. La création d'une interface à destination des professionnels de santé, unique, consensuelle, contenant l'ensemble des données scientifiques valides disponibles et sans conflit d'intérêt permettrait d'améliorer la qualité de leur information. Les médias pourraient également être davantage utilisés pour diffuser une information rassurante sur le vaccin au grand public.

Enfin, une plus grande implication de l'Etat par le biais de l'organisation de la vaccination permettrait certainement d'améliorer la couverture vaccinale française. Les recommandations pour le troisième Plan cancer 2014-2018, sont d'atteindre un taux de vaccination des jeunes filles supérieur à 50% dans les cinq ans pour le vaccin anti-HPV.

(94)

De nouveaux vaccins sont actuellement à l'étude. Il s'agit de vaccins préventifs offrant une protection contre une plus large gamme de génotypes, mais aussi de vaccins curatifs, qui pourraient être administrés à des patientes déjà infectées par le HPV. Par ailleurs, la recherche de l'ADN viral des génotypes oncogènes du HPV en dépistage primaire des cancers du col utérin est en cours d'évaluation dans plusieurs pays européens. (1) (49)

Ces innovations, couplées aux solutions proposées dans cette étude, pourraient permettre d'améliorer nettement la prévention du cancer du col de l'utérus en France dans les prochaines années.

Références bibliographiques

1. INCa. Prévention et dépistage du cancer du col de l'utérus. Etat des connaissances en date du 17 juin 2013.
http://www.e-cancer.fr/component/docman/doc_download/10816-prevention-et-depistage-du-cancer-du-col-de-luterus, consulté le 10 novembre 2013
2. ANSM. Gardasil: vaccination contre les papillomavirus humains (HPV) - Point d'information. 26 novembre 2013. <http://ansm.sante.fr/S-informer/Actualite/Gardasil-vaccination-contre-les-papillomavirus-humains-HPV-Point-d-information>, consulté le 7 décembre 2013
3. InVS. Estimation de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012 - Tumeurs solides. 2013. <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Surveillance-epidemiologique-des-cancers/Estimations-de-l-incidence-et-de-la-mortalite/Estimation-de-l-incidence-et-de-la-mortalite-par-cancer-en-France-entre-1980-et-2012-Tumeurs-solides>, consulté le 11 décembre 2013.
4. INCa. La situation du Cancer en France en 2012. Collection état des lieux et des connaissances. Novembre 2012.
http://www.e-cancer.fr/component/docman/doc_download/9736-la-situation-du-cancer-en-france-en-2012, consulté le 18 novembre 2013.
5. Duport N. Données épidémiologiques sur le cancer du col de l'utérus. État des connaissances. Actualisation 2008. InVS.
http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=3243, consulté le 7 novembre 2013.
6. Castot A. Surveillance active, Plan de Gestion des Risques, Ex. des vaccins anti HPV. Assises du médicament. Vendredi 11 mars 2011. AFSSAPS.
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Anne_Castot_AFSSAPS_Surveillance_active_plan_de_gestion_des_risques.pdf, consulté le 7 novembre 2013.
7. INCa. Frottis cervico-utérin et vaccination. Espaces professionnels de santé,]. c. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/depistage/cancer-du-col-de-luterus/espace-professionnels-de-sante/frottis-cervico-uterin-et-vaccination>, consulté le 10 novembre 2013.
8. Baldauf J-J, Averous G, Baulon E, Thoma V, Talha-Vautravers A, Sananes N, et al. Néoplasies intraépithéliales du col. EMC - Gynécologie. 2013;8(2):1-21.
9. De Villiers E, Fauquet C, Broker T, Bernard H, Zur Hausen H. Virology. 2004;324(1):17-27.
10. Douvier S, Dalac S. Infections à papillomavirus. Mal Infect. 2004;(8-054-A10):2-18.
11. Hantz S, Alain S, Denis F. Vaccins prophylactiques antipapillomavirus : enjeux et perspectives. Gynecol Obstet Fertil. Août 2006;34(7-8):647-655.
12. Conseil Supérieur de l'Hygiène Publique de France. Groupe de travail sur la vaccination contre les Papilloma Virus. Séance du 23 Mars 2007.

http://www.sante.gouv.fr/dossiers/cshpf/r_mt_230307_papillomavirus.pdf, consulté le 14 novembre 2013.

13. 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. *Arch Pédiatrie*. Novembre 2012;19:S145-S149.
14. Prétet JL, Jacquard AC, Carcopino X, Charlot JF, Bouhour D, Kantelip B, et al. Human papillomavirus (HPV) genotype distribution in invasive cervical cancers in France: EDITH study. *Int J Cancer* 2008;122(2):428-32.
15. Monsonogo J, Zerat L, Syrjänen K, Zerat J., Smith J, Halfon P. Prévalence des génotypes d'HPV chez les femmes en France : implications pour le dépistage et la vaccination. *Gynécologie Obstétrique Fertil*. 2013;41(5):305-313.
16. Gavillon N, Vervaeet H, Derniaux E, Terrosi P, Graesslin O, Quereux. Papillomavirus humain (HPV) : comment ai-je attrapé ça ? *Gynécologie Obstétrique Fertil*. Mars 2010; 38 (3):199-204.
17. Winer R, Lee S, Hughes JP, Adam D, Kiviat N, Koutsky LA. Genital human Papillomavirus infection: incidence and risk factors in a cohort of female university students. *Am J Epidemiol*. 2003;157(9):858.
18. Marrazzo J, Stine K, Koutsky L. Genital human papillomavirus infection in women who have sex with women: a review. *Am J Obstet Gynecol*. sept 2000;183(3):770-774.
19. Partridge J, Koutsky L. Genital human Papillomavirus infection in men. *Lancet Infect Dis*. 2006;6(1):21-31.
20. Tseng C, Liang C, Soong Y, Pao C. Perinatal transmission of human Papillomavirus in infants: relationship between infection rate and mode of delivery. *Obstet Gynecol*. 1998;91(1):92-96.
21. Bergeron C, Ferenczy A, Richart R. Underwear: contamination by human papillomaviruses. *Am J Obstet Gynecol*. janv 1990;162(1):25-29.
22. Ferenczy A, Bergeron C, Richart R. Human Papillomavirus DNA in fomites on objects used for the management of patients with genital human Papillomavirus infections. *Obstet Gynecol*. 1989;74: 950-954.
23. Shew M.L, Fortenberry J.D, Tu W, Juliar B.E, Batteiger B.E, Qadadri B, et al. Association of condom use, sexual behaviors, and sexually transmitted infections with the duration of genital human Papillomavirus infection among adolescent women *Arch Pediatr Adolesc Med* 2006 ; 160 : 151-156, 31.
24. Vaccarella S, Franceschi S, Herrero R, Munoz N, Snijders P.J, Clifford G.M, et al. Sexual behavior, condom use, and human Papillomavirus : pooled analysis of the IARC human Papillomavirus prevalence surveys *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2006 ; 15 : 326-333.

25. Winer R.L, Hughes J.P, Feng Q, O'Reilly S, Kiviat N.B, Holmes K.K., et al. Condom use and the risk of genital human Papillomavirus infection in young women *N Engl J Med* 2006 ; 354 : 2645-2654.
26. Hogewoning C.J, Bleeker M, Van den Brule A.J, Voorhorst F.J, Snijders P.J, Berkhof J, et al. Condom use promotes regression of cervical intraepithelial neoplasia and clearance of human Papillomavirus : a randomized clinical trial *Int J Cancer* 2003 ; 107 : 811-816.
27. Manhart L.E, Koutsky L.A. Do condoms prevent genital HPV infection, external genital warts, or cervical neoplasia? A meta-analysis *Sex Transm Dis* 2002 ; 29 : 725-735.
28. Plummer M, Schiffman M, Castle P.E, Maucort-Boulch D, Wheeler C.M. A 2-year prospective study of human Papillomavirus persistence among women with a cytological diagnosis of atypical squamous cells of undetermined significance or low-grade squamous intraepithelial lesion *J Infect Dis* 2007 ; 195 : 1582-1589.
29. Clavel C, Bory J.P, Caudroy S, Lorenzato M, Durlach A, Graesslin O, et al. Usefulness of HPV testing in the follow-up of untreated cervical low grade lesions *Histol Histopathol* 2005 ; 20 : 1085-1091.
30. Wallin KL, Wiklund F, Angstrom T, Bergman F, Stendahl U, Wadell G, et al. Type-specific persistence of human papillomavirus DNA before the development of invasive cervical cancer. *N Engl J Med* 1999 ; 341 : 1633-1638.
31. Woodman CBJ, Collins S, Winter H, Bailey A, Ellis J, Prior P, et al. Natural history of cervical human papillomavirus infection in young women: a longitudinal cohort study. *Lancet* 2001;357(9271):1831-6.
32. Boulanger J.C. The opinion of the French Comité technique des vaccinations and Conseil supérieur d'hygiène publique (9th March 2007) concerning vaccination against HPV strains 6, 11, 16 and 18 *Gynecol Obstet Fertil* 2007 ; 35 : 599-600.
33. Liaw KL, Glass AG, Manos MM, Greer CE, Scott DR, Sherman ME, et al. Detection of human Papillomavirus DNA in cytologically normal women and subsequent cervical squamous intraepithelial lesions. *J Natl Cancer Inst* 1999 ; 91 : 954-960 .
34. Bergeron C, Di Bonito L. Le dépistage cytologique de l'adénocarcinome du col. *Ann Pathol.* déc 2012; 32 (6) 394-400.
35. Aubin F, Aynaud O, Judlin P, Carcopino X, Jacquard AC, Okais C, et al. Incidence des condylomes chez les femmes et les hommes. *Ann Dermatol Vénérologie.* déc 2011;138(12):A74-A75.
36. Guihard S, Jung A-C, Noël G. Carcinomes épidermoïdes oropharyngés liés à l'infection par les papillomavirus humains de haut risque oncogénique : aspects cliniques, biologiques et perspectives thérapeutiques. *Cancer/Radiothérapie.* févr 2012;16(1):34-43.

37. Ragin C, Taioli E. Survival of squamous cell carcinoma of the head and neck in relation to human papillomavirus infection: review and meta-analysis. *Int J Cancer*. oct 2007;121(8):1813-1820.
38. InVS. Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France en 2011. Rapport technique. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire; juin 2011.
http://www.invs.sante.fr/content/download/12524/76003/version/1/file/rapport_mortalite_cancer.pdf, consulté le 11 novembre 2013.
39. INCa. Dépistage du cancer du col de l'utérus. Espace professionnels de santé,
<http://www.e-cancer.fr/depistage/cancer-du-col-de-luterus/espace-professionnels-de-sante>, consulté le 10 novembre 2013.
40. HAS. Commission de la Transparence : Avis concernant le vaccin Gardasil. 20 mars 2013.
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-04/gardasil_modif_population_cible_avis2_ct_12747.pdf, consulté le 7 décembre 2013.
41. HCSP. Avis du Haut Conseil de la santé publique relatif à la vaccination contre les infections à papillomavirus humains des jeunes filles âgées de 14 à 23 ans. 17 décembre 2010.
http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspa20101217_ppmvjf1423.pdf, consulté le 11 novembre 2013.
42. HCSP. Avis du Haut conseil de la Santé Publique relatif à la vaccination contre les papillomavirus humains 6, 11, 16 et 18. 9 mars 2007.
http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=a_mt_090307_papillomavirus.pdf, consulté le 24 novembre 2013.
43. HCSP. Avis du Haut Conseil de la santé publique relatif à la vaccination contre les papillomavirus humains 16 et 18 par un vaccin bivalent. 14 décembre 2007.
http://www.hcsp.fr/explore.cgi/telecharger/hcspa20071214_Papillomavirus.pdf, consulté le 10 novembre 2013
44. Bajos N, Bozon M. Enquête sur la sexualité en France. Paris, Editions La Découverte, 2008.
45. Godeau E., Navarro F., Arnaud C. dir. La santé des collégiens en France / 2010. Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) . Saint-Denis : Inpes, coll. Études santé, 2012 .
<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1412.pdf>, consulté le 9 décembre 2013.
46. HCSP. Avis du Haut Conseil de la santé public relatif à la révision de l'âge de vaccination contre les infections à papillomavirus humains des jeunes filles. 28 septembre 2012.
http://www.hcsp.fr/explore.cgi/hcspa20120928_agevaccpapilljeunesfilles.pdf, consulté le 11 novembre 2013.

47. Inpes. Prévention des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus. État des connaissances : Février 2013. Repères pour votre pratique. <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1136.pdf>, consulté le 7 novembre 2013.
48. InVS. Le Calendrier des vaccinations et les recommandations vaccinales 2013 selon l'avis du Haut Conseil de la santé publique. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. 19 avril 2013, n°14-15. http://www.invs.sante.fr/content/download/62968/248437/version/6/file/BEH_14_15_2013.pdf, consulté le 11 novembre 2013.
49. INCa. Plan cancer 2009-2013. http://www.e-cancer.fr/component/docman/doc_download/3855-plan-cancer-2009-2013, consulté le 12 novembre 2013.
50. INCa. Prévention et dépistage du cancer du col de l'utérus : lancement d'une campagne de mobilisation. Communiqué de presse du 10 juin 2010. <http://www.e-cancer.fr/presse/4359>, consulté le 12 novembre 2013.
51. INCa. Cancer du col de l'utérus : mois de mobilisation en faveur de la prévention et du dépistage. 05 juin 2013. <http://www.e-cancer.fr/rss-depistage/7584>, consulté le 12 novembre 2013.
52. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Calendrier vaccinal et recommandations vaccinales 2013. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Calendrier_vaccinal_detaille_2013_ministere_Affaires_sociales_et_Sante-_pdf.pdf, consulté le 11 novembre 2013.
53. HCSP. Avis relatif au vaccin Gardasil® et à la stratégie de prévention globale des cancers du col de l'utérus. 21 octobre 2011. http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspa20111021_gardasil.pdf, consulté le 11 novembre 2013.
54. Dictionnaire Vidal® 2013.
55. Ministère de la Santé et des Solidarités. Avis du Comité technique des vaccinations et du Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France Section des maladies transmissibles relatif à la vaccination contre les papillomavirus humains 6, 11, 16 et 18. Séances du 9 mars 2007. http://www.hcsp.fr/docspdf/cshpf/a_mt_090307_papillomavirus.pdf, consulté le 10 novembre 2013.
56. Dervaux B, Lenne X, Lévy-Bruhl D, Kudjawa Y. Modélisation médico-économique de l'impact de l'organisation du dépistage du cancer du col utérin et de l'introduction de la vaccination contre les HPV dans le calendrier vaccinal — Mars 2007. Saint-Maurice : InVS. Novembre 2008. www.invs.sante.fr/publications/2008/modelisation_hpv/rapport_modelisation_hpv.pdf consulté le 23 novembre 2013.

57. Riethmuller D et al. Modélisation de l'impact de la vaccination HPV quadrivalente en France. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, Volume 38, numéro 5 pages 389-395. Septembre 2009.
<http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/article/224500/resultatrecherche/1>, consulté le 11 décembre 2013.
58. Institut Pasteur. Centres nationaux de référence et centres collaborateurs de l'OMS : Missions spécifiques.
<http://www.pasteur.fr/ip/easysite/pasteur/fr/sante/centres-nationaux-de-referance-et-centres-collaborateurs-de-l-oms/cnr-et-ccoms/cnr-des-papillomavirus-humains/missions-specifiques>, consulté le 12 novembre 2013.
59. Immunise. Australia Program. Australian Government. Departement of health.
<http://www.immunise.health.gov.au/Internet/immunise/publishing.nsf/Content/immunise-hpv>, consulté le 10 décembre 2013.
60. Huleux T. La vaccination par le Gardasil® dans la région Nord-Pas-de-Calais: point en mai 2009 sur les délivrances du vaccin. *Th D Méd, Lille 2*; 2009.
61. Parkin D.M, Whelan S.L, Ferlay J, Teppo L, Thomas D.B. Cancer incidence in five continents, vol. VIII Lyon: IARC Scientific Publications No. 155 IARC (2002).
62. Peigue-Lafeuille H. Les vaccins contre les papillomavirus: enjeux et débats. *Rev Médecine Interne*. 2007;28(numéro 12):805-809.
63. HAS. État des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France. Argumentaire Juillet 2010.
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-11/argumentaire_recommandations_depistage_cancer_du_col_de_luterus.pdf, consulté le 11 novembre 2013.
64. ECDC GUIDANCE Introduction of HPV vaccines in European Union countries – an update. September 2012.
http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/20120905_GUI_HPV_vaccine_update.pdf, consulté le 17 novembre 2013.
65. Regnier N. La vaccination contre le papillomavirus: obstacles et solutions ; point de vue des adolescentes ; étude qualitative utilisant la méthode des entretiens semi-dirigés. *Th D Méd, Paris Diderot - Paris 7*; 2010.
66. Berthezene-Paggi C. Opinions et attitudes des médecins généralistes à propos de la vaccination contre les infections à papillomavirus humains: étude qualitative par la méthode des entretiens individuels. *Th D méd, Nice-Sophia Antipolis*; 2010.
67. Moulin P. Les freins à la vaccination contre le papillomavirus: enquête auprès de 85 médecins généralistes de Midi-Pyrénées. *Th D Méd, Université Paul Sabatier Toulouse, Faculté des sciences médicales Rangueil*; 2011.
68. Bonneau O. Les infections à HPV: leur prévention, le Gardasil®. *Th D Méd, Limoges*; 2009.

69. Viey A. Quels sont les freins rencontrés par les médecins généralistes auvergnats pour vacciner les adolescentes contre l'HPV (Human Papillomavirus)? Th D Méd, Clermont-Ferrand; 2011.
70. Oiry F. Connaissance de la recommandation sur la vaccination par Gardasil® et facteurs influençant le niveau de connaissance: enquête auprès de 490 médecins généralistes de Loire Atlantique. Th D Méd, Nantes Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2008.
71. Roddier-Herlant V. Le comportement des médecins généralistes vis-à-vis du Gardasil résulte-t-il d'un choix éclairé?: enquête auprès de 518 médecins généralistes du Rhône Th D Méd Université Claude Bernard; 2009.
72. Bordeaux (AFP)©.Le Gardasil, vaccin contre le cancer du col de l'utérus, visé par une plainte. La Voix du Nord. Novembre 2013.
<http://www.lavoixdunord.fr/france-monde/le-gardasil-vaccin-contre-le-cancer-du-col-de-l-uterus-ia0b0n1722112>. Disponible sur: <http://www.lavoixdunord.fr/france-monde/le-gardasil-vaccin-contre-le-cancer-du-col-de-l-uterus-ia0b0n1722112>, consulté le 2 décembre 2013.
73. Dupagne D. GARDASIL Intérêt ? Risques ? Dangers ? Retour sur le vaccin contre le virus HPV à l'occasion d'une plainte récente. Atoute.org.
<http://www.atoute.org/n/GARDASIL-Interet-Risques-Dangers.html>, consulté le 20 novembre 2013.
74. France-Une plainte déposée contre un vaccin anti-cancer. Reuters France. 2013.
<http://fr.reuters.com/article/idFRL5N0J90EM20131124?pageNumber=1&virtualBrandChannel=0>, consulté le 20 décembre 2013.
75. Papillomavirus humains (HPV) et cancer du col de l'utérus : prévention, dépistage et vaccination - Ministère des Affaires sociales et de la Santé - www.sante.gouv.fr.
www.sante.gouv.fr/papillomavirus-humains-hpv-et-cancer-du-col-de-l-uterus-prevention-depistage-et-vaccination.html, consulté le 29 décembre 2013.
76. Dysimmunité et Gardasil : « Le lien de causalité n'est pas établi ». Le Quotidien du Medecin.
www.lequotidiendumedecin.fr/specialites/gynecologie-obstetrique-immunologie-allergologie/dysimmunite-et-gardasil-le-lien-de-caus, consulté le 20 décembre 2013.
77. Winckler's Webzine - Cancer du col et vaccination anti-HPV
<http://martinwinckler.com/spip.php?rubrique47>, consulté le 29 décembre 2013.
78. Effets indésirables suite à la vaccination avec gardasil.
www.lesfillesetlegardasil.com/, consulté le 29 décembre 2013.
79. Le Gardasil, un scandale sanitaire majeur qui n'a hélas rien de nouveau! - Le site d'Initiative Citoyenne.
www.initiativecitoyenne.be/article-le-gardasil-un-scandale-sanitaire-majeur-qui-n-a-helas-rien-de-nouveau-121500225.html, consulté le 29 décembre 2013.

80. Gérard Bapt. 2^{ème} circonscription de Haute-Garonne. Mes combats. Mon Combat pour la santé.
www.gerardbapt.info/, consulté le 29 décembre 2013.
81. Le Gardasil à l'Assemblée Nationale ! | Med'Océan – association de formation médicale continue et de développement de la qualité, de l'évaluation et de la recherche en santé de l'Océan Indien.
www.medocean.re/2011/09/le-gardasil-a-l%E2%80%99assemblee-nationale/, consulté le 29 décembre 2013.
82. Frappe P. Initiation à la recherche. Wolters Kluwer Health France. Edition 2011.
83. Borges Da Silva G. La recherche qualitative : un autre principe d'action et de communication. Revue médicale de l'Assurance Maladie. 2001; 32(2):117-21
84. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P, Letrilliart L, le groupe de recherche universitaire qualitative médicale francophone:GROUM-F. Introduction à la recherche qualitative. Exercer 2008;84:142-5.
85. Moreau A et al. S'approprier la méthode du Focus Group. La Revue du Praticien - Médecine Générale. Mars 2004; 645: 382-4.
86. Dedianne M-C et al. Relation médecin-malade en soins primaires : qu'attendent les patients? Investigation par la méthode focus groups. La Revue du Praticien - Médecine Générale. 2003; 611.
87. Plan cancer 2009-2013 – Rapport d'étape. Janvier 2013.
<http://www.plancancer.gouv.fr/images/stories/fichiers/Suivi%20du%20Plan%20cancer%202009-2013/6e-rapport-etape-Plan-cancer.pdf>, consulté le 12 décembre 2013.
88. Rapport final du Plan cancer 2009 - 2013. Juin 2013.
<http://www.plan-cancer.gouv.fr/images/stories/fichiers/Historique/rapport-bilan-plan-cancer-annexes.pdf>, consulté le 14 décembre 2013.
89. GARDASIL susp inj ser. Fiche médicament. Vidal.fr. 2013.
http://www.vidal.fr/Medicament/gardasil-76438-prescription_delivrance_prise_en_charge.htm, consulté le 20 décembre 2013.
90. CERVARIX 20 µG/20 µG susp inj en seringue préremplie. Fiche médicament.Vidal.fr. 2013.
www.vidal.fr/Medicament/cervarix-82527-prescription_delivrance_prise_en_charge.htm
91. Journal Officiel de la république Française. Décrets, arrêtés, circulaires. Textes généraux Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Arrêté du 30 avril 2013 modifiant la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux.
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027393472>, consulté le 20 décembre 2013.

92. Le calendrier des vaccinations et les recommandations vaccinales 2013 selon l'avis du Haut Conseil de la santé publique, BEH n° 14-15 (16 avril 2013).
<http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Archives/2013/BEH-n-14-15-2013>, consulté le 20 novembre 2013.
93. Service du médecin cantonal. Etat de Fribourg. Vaccinations Papilloma Virus.
http://www.fr.ch/smc/fr/pub/vaccinations/vaccinations_papi.htm, consulté le 11 décembre 2013.
94. Vernant J-P. Recommandations pour le troisième Plan Cancer. Juillet 2013.
www.e-cancer.fr/component/docman/doc_download/10686-recommandations-pour-le-troisieme-plan-cancer-rapport-vernant, consulté le 12 novembre 2013.
95. Bergeron C, Breugelmans J-G, Bouée S, Lorans C, Bénard S, Rémy V. Coût du dépistage et de la prise en charge des lésions précancéreuses du col utérin en France. *Gynécologie Obstétrique Fertil.* 2006;34(11):1036-1042.
96. Huchon C. État des lieux des hystérectomies en France. *Réal En Gynécologie Obstétriques.* Février 2013;167:1-4.
97. Weber A, Lee J. Use of alternative techniques of hysterectomy in Ohio. *N Engl J Med* 1996. 15 août 1996;335:483-489.
98. Proust S, Jouly F, Lopez P. Les complications de l'hystérectomie sont-elles liées à la voie d'abord ? *Extr Mises À Jour En Gynécologie Médicale Collège Natl Gynécologues Obstétriciens Fr.* 12 Décembre 2004.
www.cngof.asso.fr/d_livres/2004_Gm_183_lopes.pdf, consulté le 9 décembre 2013.
99. Judlin P. Vaccination HPV : les hommes aussi ? *Gynécologie Obstétrique Amp Fertil.* déc 2010;38(12):721-722.
100. Approche globale de prévention et de lutte contre le cancer du col de l'utérus : vers une meilleure santé pour les femmes et les jeunes filles. Note d'orientation de l'OMS. Mars 2013. [Internet]. Disponible sur:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85342/1/9789242505146_fre.pdf
101. OMS. Les sept raisons essentielles pour que la vaccination reste une priorité dans la Région européenne de l'OMS.
www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/84310/Seven_Key_ReasonsF.pdf, consulté le 20 décembre 2013.
102. OMS/Europe. Vaccins et Vaccinations. Adapter la vaccination aux besoins des populations sensibles.
www.euro.who.int/fr/health-topics/disease-prevention/vaccines-and-immunization/news/news/2012/06/tailoring-immunization-to-the-needs-of-susceptible-populations, consulté le 20 décembre 2013.
103. Immunogenicity and safety study of GlaxoSmithKline Biologicals' HPV vaccine GSK580299 administered according to an alternative dosing schedule as compared to the standard dosing schedule in young female subjects aged 15-25 years.

<http://download.gsk-clinicalstudyregister.com/files/20262.pdf>, consulté le 14 novembre 2013.

104. Dobson, S., Dawar, M., Money, D., Bettinger, J., Kraiden, M., Langley, J., et al. Two dose vaccine trial of Q-HPV: results at 36 months. Oral presentation. 27th International Papillomavirus Conference and Clinical Workshop, Berlin, Germany, September 17-22, 2011.
105. Office fédéral de Santé publique – Plan de vaccination suisse 2012
www.bag.admin.ch/impfinformation/12041/index.html?lang=fr, consulté le 20 novembre 2013.
106. Comité sur l'immunisation du Québec, Comité scientifique ad hoc VPH. La vaccination contre les VPH au Québec : mise à jour des connaissances et propositions du comité d'experts. Comité sur l'immunisation du Québec - Institut National de Santé Publique du Québec.
www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1518_VaccVPHQc_MAJConnPropComiteExperts.pdf
107. Cohen R. Couverture vaccinale : les ados en danger...Le point à l'occasion de la semaine de la vaccination. *Médecine Mal Infect.* 2012;42(4):139-140.
108. Rapport du HCSP. Principales recommandations et propositions en vue de la prochaine loi pour une politique de santé publique : décembre 2009.
www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20091211_rapportmandat1.pdf, consulté le 6 mars 2013.
109. HCSP. Avis relatif à la vaccination contre l'hépatite B chez l'adolescent utilisant un schéma à deux doses, 13 février 2009.
www.hcsp.fr/explore.cgi/hcspa20090213_HepBAdo.pdf, consulté le 20 décembre 2013.
110. De Tournemire R. L'adolescent en consultation. *Pédiatrie - Mal Infect [Internet]*. 2010;4-001-C-15.
111. Kokotek M. Introduction du vaccin Gardasil®: expérience d'un programme de vaccination systématisé et organisé menée par la Mairie de Paris sur un territoire parisien entre février 2009 et mars 2010. Th D MédUniversité Paris Diderot - Paris 7, UFR de médecine; 2011.
112. Gouvernement du Canada A de la santé publique du C. MISE À Jour sur les vaccins contre le virus du papillome humain(VPH) - Relevé des maladies transmissibles au Canada mensuel - Agence de la santé publique du Canada 2012.
www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/12vol38/acs-dcc-1/index-fra.php#a3-3, consulté le 27 décembre 2013.
113. PATH. HPV Vaccination in Southeast Asia lessons learned from a pilot program in vietnam. November 2012.
www.path.org/publications/detail.php?i=2240, consulté le 20 décembre 2013.

114. Gaudelus J, Cohen R, Stahl J-P, Lery T, Le Danvic M, Denis F. Vaccination des ados : mission impossible ? *Médecine Mal Infect.* 2013;43(2):49-51.
115. Palefsky J. Efficacy of Gardasil® in men aged 16–26 years naïve to vaccine HPV types at baseline: the latest data. Monaco; 2010.
www.eurogin.com/2010/EUROGIN2010_Abstracts.pdf, consulté le 20 décembre 2013.
116. Donovan B, Franklin N, Guy R, et al. Quadrivalent human papillomavirus vaccination and trends in genital warts in Australia: analysis of national sentinel surveillance data. *Lancet Infect Dis* 2011; 11: 39-44.
117. Lutringer-Magnin D et al. Human papillomavirus (HPV) vaccination: Perception and practice among French general practitioners in the year since licensing. *Vaccine* 2011; 29(32): 5322-8. Epub 2011 May 25.
www.sciencedirect.com/doc-distant.univ-lille2.fr/science/article/pii/S0264410X11007043, consulté le 10 décembre 2013.
118. Picard-Meliani C. Les freins à la vaccination anti-papillomavirus en médecine générale Th D Méd, Université Pierre et Marie Curie, Paris ; 2010.
119. INCa. ©Le cancer du col de l'utérus en France : état des lieux 2010, Boulogne-Billancourt, juillet 2010.
www.e-cancer.fr/component/docman/doc_download/9406-le-cancer-du-col-de-luterus-en-france-etat-des-lieux-2010, consulté le 10 novembre 2013.
120. INCa. Dépliant : Dépistage du cancer du col de l'utérus. 2013.
www.e-cancer.fr/component/docman/doc_download/10358-depliant-depistage-du-cancer-du-col-de-luterus-2013, consulté le 12 novembre 2013.
121. INCa. Dépliant : Prévention du cancer du col de l'utérus ; 2013.
www.e-cancer.fr/component/docman/doc_download/10361-depliant-vaccination-hpv-2013, consulté le 12 novembre 2013.
122. Begaud B, Costagliola D. Rapport sur la surveillance et la promotion du bon usage du médicament en France. 2013.
www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Begaud_Costagliola.pdf, consulté le 11 décembre 2013.
123. OMS. Bureau régional de l'Europe. Dialogue avec les patientes et les parents sur la vaccination des jeunes filles contre le Papillomavirus Humain. Informations destinées aux professionnels de santé.
www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/187220/Talking-with-patients-and-parents-about-HPV-vaccination-for-girls-Fre-final.pdf, consulté le 14 décembre 2013.
124. Ostor AG. Natural history of cervical intraepithelial neoplasia: a critical review. *Int J Gynecol Pathol.* 1993;12 (2):186-92.

125. Mathevet P, Laszlo de Kaszon E, Dargent D. La préservation de la fertilité dans les cancers du col utérin de stade précoce. *Gynécologie Obstétrique Amp Fertil.* sept 2003;31(9):706-712.
126. Kyrgiou M, Koliopoulos G, Martin-Hirsch P, Arbyn M, Prendiville W, Paraskevaïdis E. Obstetric outcomes after conservative treatment for intraepithelial or early invasive cervical lesions: systematic review and meta-analysis *Lancet* 2006 ; 367 : 489-498.
127. Carcopino X, Mergui J-L, Prendiville C, Taranger-Charpin C, Boubli L. Traitement des néoplasies intraépithéliales du col de l'utérus : laser, cryothérapie, conisation, résection à l'anse. *Tech Chir - Gynécologie.* 2011;41-685.
128. National Institute for Health and Care Excellence.
www.nice.org.uk/, consulté le 16 décembre 2013.
129. Société Française de Médecine Générale. Sociologie et anthropologie quels apports pour la médecine générale. Documents de recherche en médecine générale. Novembre 2007. 64:12-21.
130. OMS. Mise à jour du Comité Consultatif Mondial de la Sécurité Vaccinale sur l'innocuité des vaccins HPV Comité consultatif mondial de la Sécurité vaccinale, 12-13 juin 2013.
www.pasteur.fr/ip/ressource/filecenter/document/01s-00004r-04b/wer8829.pdf, consulté le 14 décembre 2013.
131. Siegrist C, Lewis E, Eskola J, Evans S, Black S. Human papilloma virus immunization in adolescent and young adults: a cohort study to illustrate what events might be mistaken for adverse reactions. *Pediatr Infect J.* 2007;26(11):979-84.
132. Gentile I, Bravaccio C, Bonavolta R, Zappulo E, Scarica S, Riccio MP, Settini A, Portella G, Pascotto A, Borgia G. Response to measles-mumps-rubella vaccine in children with autism spectrum disorders. *In Vivo.* 2013 May-Jun;27(3):377-82.
133. Brotherton JM, Fridman M, May CL, et al. Early effect of the HPV vaccination programme on cervical abnormalities in Victoria, Australia: an ecological study. *Lancet* 2011; 377: 2085-92.
134. OMS France Health profile.
www.who.int/gho/countries/fra.pdf, disponible le 14 décembre 2013.
135. Fromont E. Prévalence des femmes non dépistées pour le cancer du col de l'utérus consultant en médecine générale dans le Nord-Pas-de-Calais. Th D Méd, Lille 2; 2012.
136. Blanckaert M. Obstacles à la réalisation du frottis cervico-utérin en médecine générale : étude qualitative par analyse prédictive chez les femmes non dépistées consultant en médecine générale dans le Nord-Pas-de-Calais. Th D Méd, Lille 2; 2012.

Annexes

Annexe 1 : Canevas pour le Focus Group et les entretiens « parents »

THEMES	QUESTIONS	QUESTIONS DE RELANCE
INTRODUCTION	<ul style="list-style-type: none"> - Quels sont les premiers mots qui vous viennent à l'esprit quand on vous dit le mot « vaccin » ? - Que pourriez-vous dire à propos du vaccin contre le Papillomavirus ? 	<ul style="list-style-type: none"> - Comment le virus se transmet-il ? - D'après vous comment le vaccin protège-t-il contre le cancer ?
INFORMATION	<ul style="list-style-type: none"> - Quelles ont été vos sources d'information concernant le vaccin ? 	<ul style="list-style-type: none"> - Estimez-vous que ces informations aient été suffisantes ? - Comment situez-vous ce vaccin par rapport aux autres vaccins ?
LE PREMIER ACTEUR DE LA DEMARCHE	<ul style="list-style-type: none"> - Qui a abordé en premier la question du vaccin ? - Selon vous, quel avis a votre médecin sur le vaccin ? 	<ul style="list-style-type: none"> - Qui devrait le proposer d'après vous ? - Comment l'avez-vous vécu ?
LES REPRESENTATIONS POSITIVES DU VACCIN	<ul style="list-style-type: none"> - Quels sont vos « aprioris » positifs concernant ce vaccin ? - Pourquoi avez-vous fait vacciner votre fille ? 	<ul style="list-style-type: none"> - Quelles sont vos motivations ?
LES REPRESENTATIONS NEGATIVES DU VACCIN	<ul style="list-style-type: none"> - Quels sont vos « aprioris » négatifs concernant le vaccin ? - Pourquoi n'avez-vous pas fait vacciner votre fille ? - Si vous aviez pu vous-même bénéficier du vaccin l'auriez-vous fait et pourquoi ? 	<ul style="list-style-type: none"> - Quels sont vos doutes ?
LES FREINS A LA VACCINATION	<ul style="list-style-type: none"> - Quelles réticences aviez-vous à faire vacciner votre enfant, et ce quel que soit votre choix final ? - Quelles difficultés pratiques avez-vous rencontrées ? 	
LA SEXUALITE	<ul style="list-style-type: none"> - Comment avez-vous expliqué à quoi sert le vaccin à votre fille ? Quels termes avez-vous utilisés ? 	<ul style="list-style-type: none"> - La question du vaccin a-t-elle été l'occasion d'aborder la sexualité ? - Quel a été votre ressenti ?
PROPOSITIONS D'AMELIORATION	<ul style="list-style-type: none"> - En tant que parents, quels éléments auraient pu faciliter votre choix ? 	<ul style="list-style-type: none"> - Que proposeriez-vous pour augmenter le taux de vaccination en France ?

Annexe 2 : Canevas pour le Focus Group et les entretiens « médecins traitants »

THEMES	QUESTIONS	QUESTIONS DE RELANCE
INTRODUCTION	<ul style="list-style-type: none"> - Quels sont les premiers mots qui vous viennent à l'esprit quand on vous dit « vaccin contre le Papillomavirus » ? - Quelles raisons expliquent d'après vous la faible couverture vaccinale en France pour le HPV ? 	
INFORMATION	<ul style="list-style-type: none"> - Quelles sont vos sources d'information concernant le vaccin contre le Papillomavirus ? - Que pensent les parents de vos patientes de ce vaccin anti-HPV? Que savent-ils du vaccin ? 	<ul style="list-style-type: none"> - Estimez-vous que ces informations soient suffisantes ? - Comment situez-vous ce vaccin anti-HPV par rapport aux autres vaccins ? - Quelles questions vous posez-vous ? - Comment jugez-vous l'utilité de ce vaccin ?
LES ACTEURS DE LA DECISION	<ul style="list-style-type: none"> - Dans la consultation d'une jeune fille qui aborde en premier la question du vaccin anti-HPV ? - Quelles difficultés rencontrez-vous pour proposer ce vaccin anti-HPV ? A quelle occasion le proposez-vous ? - Quels rôles les parents jouent-ils dans le choix des patientes ? 	<ul style="list-style-type: none"> - Comment l'avez-vous vécu ?
LES REPRESENTATIONS POSITIVES DU VACCIN	<ul style="list-style-type: none"> - Quels sont vos arguments pour justifier ce vaccin anti-HPV? Quel est l'argument déterminant dans le choix de la vaccination ? - Quels arguments favorables au vaccin les parents vous soumettent-ils ? 	
LES REPRESENTATIONS NEGATIVES DU VACCIN	<ul style="list-style-type: none"> - Quels sont vos doutes ou réticences concernant le vaccin anti-HPV ? - Quels arguments défavorables au vaccin anti-HPV les parents vous soumettent-ils ? 	
LES FREINS A LA VACCINATION	<ul style="list-style-type: none"> - Quelles réticences aviez- vous à faire vacciner vos patientes contre le Papillomavirus et ce quel que soit le choix final ? - Exprimer vous vos doutes aux parents et comment ? - Quelles difficultés pratiques avez-vous rencontrées ? 	<ul style="list-style-type: none"> - Constatez-vous une augmentation ou une diminution de la vaccination ces dernières années ? - Selon vous à quoi est-elle due ?
LA SEXUALITE	<ul style="list-style-type: none"> - Comment avez-vous expliqué à quoi sert le vaccin anti-HPV à vos patientes ? Quels termes avez-vous utilisés ? 	<ul style="list-style-type: none"> - La question du vaccin anti-HPV a-t-elle été l'occasion d'aborder la sexualité ? - Quel a été votre ressenti ?
PROPOSITIONS D'AMELIORATION	<ul style="list-style-type: none"> - En tant que médecin traitant, quels éléments auraient pu faciliter votre prise en charge des patientes éligibles au vaccin anti-HPV ? 	<ul style="list-style-type: none"> - Quelles mesures pourraient selon vous améliorer la couverture vaccinale en France ?

Annexe 3 : Retranscription du Focus Group « médecins traitants »

- Animateur : Quels sont les premiers mots qui vous viennent à l'esprit quand on vous dit le mot « vaccin contre le Papillomavirus » ?
- W (M) : Cancer du col.
- Animateur : Cancer du col pour W (M).
- B (M) : Femme.
- P (M) : Gardasil®.
- J (M) : Premiers rapports.
- A (M) : Cancer du col.
- L (M) : Dès 11 ans.
- N (M) : Jeune.
- Ca (M) : Très cher (Rires et N (M) acquiesce). C'est fait exprès ça.
- N (M) : Non remboursé, pour certaines.
- J (M) : Deux vaccins... égaux ? Point d'interrogation.
- Cl (M) : Convaincre... pas toujours évident.
- P (M) : Pourquoi pas les mecs ? (J (M) acquiesce).
- L (M) : Euh... y-aura-t-il besoin d'un rappel ?
- A (M) : C'est un moment d'échange.
- Cl (M) : Euh... maintenant systématique avec le nouveau calendrier. Ça change pas mal les choses pour ça je crois.
- P (M) : Rendit utiles les examens systématiques d'aptitude au sport (« Mmmh » confirme Cl (M)). Bah oui. Parce que... on se sent quelques fois un peu bêtes. Les gens viennent... viennent nous voir pour leur certificat d'aptitude et nous on se dit bah... « Ah oui tiens c'est vrai, votre fille a 12 ans ».
- Animateur : Alors, la France se caractérise par une très faible couverture vaccinale, pour euh... l'HPV. Quelles sont selon vous les raisons qui expliquent cette faible couverture vaccinale ?
- J (M) : Mauvaise image des vaccins récente (Cl (M) acquiesce) avec euh l'histoire de l'hépatite qui est pas toute récente euh... la pseudo grippe... (Cl (M) acquiesce) enfin... euh mauvaise image des vaccins.
- A (M) : Mauvaise connaissance des risques.
- L (M) : Mise en place rapide, dernière année du mandat de Chirac quand il faisait son année sur le cancer, donc le... vaccin a été proposé un petit peu à la hâte, sans... sans beaucoup d'explication, sans beaucoup de préparation.
- P (M) : Société euh occidentale trop riche (Cl (M) acquiesce) et euh trop éloignée euh ben des... maladies. Euh, le risque lié à la maladie paraît lointain (J (M) acquiesce). Comme je dis toujours, lorsqu'on avait des amis ou des gens qui avaient des poliomyélites, je pense qu'à l'époque où on devait faire le vaccin, on se posait pas la... la question : tout le monde se faisait vacciner. Là bah, ça reste quand même quelque chose d'assez abstrait dans l'idée des gens, et encore...
- N (M) : Ça touche aux organes génitaux féminins et... dans l'esprit des femmes, peut-être à leur fertilité.
- Cl (M) : Ça touche surtout à la sexualité des jeunes filles (B (M) et N (M) acquiescent) je trouve aussi et ça c'est un gros... ça a été lié aux premiers rapports, à la première année de rapports et ça c'est difficile à aborder (N (M) et B (M) acquiescent).
- B (M) : Ouais, surtout depuis que c'est onze ans, quand on dit à 11 ans qu'il faut faire ça, souvent...
- Cl (M) : Je trouve que ça va déssexualiser les choses et que c'est peut-être plus facile.
- P (M) : Oui parce qu'à... à onze ans on va pouvoir parler du... du, du vaccin et... moins lié à la sexualité des jeunes (N (M) et B (M) acquiescent). C'est pour ça que ça serait bien d'ailleurs que ce soit un vaccin proposé aussi bien aux garçons qu'aux filles. C'est-à-dire que si on commence à dire à 11 ans, vous avez un rappel DTPolio et le vaccin contre le Papillomavirus, sans... sans parler des composants de sexe de façon globale, ben peut-être qu'on pourrait dissocier complètement (Cl (M) acquiesce) et rendre plus efficace et plus euh...
- J (M) (l'interrompant) : Mais comment tu peux justifier le vaccin sans parler de sexualité ?
- Cl (M) : C'est peut-être aussi l'occasion de commencer à parler sexualité (« Ouais » confirme J (M)) parce que... on l'aborde pas et euh... on voit des jeunes filles de 13 ans enceintes. Peut-être qu'en en parlant à 11, 13 ans, peut-être avant le moment où... c'est peut-être pas mal, enfin bref.
- B (M) : Je crois qu'il y a le recul aussi qui est un peu une réticence (J (M) acquiesce). C'est que... le DTPolio c'est rentré dans les mœurs, le Gardasil® c'est encore euh... pour les gens c'est encore un peu récent. Justement, c'est pas loin de la grippe A... Enfin les gens ils savent pas trop ce que c'est que ce vaccin-là quoi je pense qu'en... qu'en expliquant, quand on dit qu'il y a un recul sur les...

- Nous on peut dire qu'on a quinze ans de recul mais eux ils le savent pas. C'est les premiers enfants qu'ils ont... je pense qu'ils ont pas le recul. Eux l'ont pas fait, les parents, (CI (M) et J (M) acquiescent) donc euh ils savent pas trop quoi s'il faut le faire ou pas quoi.
- J (M) : C'est très abstrait un cancer du col pour un jeune, hein ? C'est vraiment un truc euh de vieux ça !
- A (M) : Parler de sexualité et de vaccination, c'est de la provocation un petit peu, n'est pas pousser à... à... à démarrer tôt sa sexualité ? (W (M) acquiesce) C'est-à-dire, on va parler avec les gens, avec les jeunes, de vaccin, de sexualité, de cancer du col, de sexualité, est-ce que, euh, entre guillemets, n'est... n'est pas aborder un sujet avec eux qu'ils ne veulent pas aborder maintenant ? Ou les pousser à faire certaines choses qu'ils... ou leur... leur ouvrir les yeux à certaines choses, que peut-être c'était un peu tôt pour évoquer ça ?
- CI (M) : Je pense que c'est surtout l'appréhension des parents peut-être, ça.
- A (M) : Les parents, ouais. C'est, c'est une question, hein ? C'est pas...
- Animateur : Est-ce que les jeunes n'ont pas d'autre possibilité de... d'appréhender la sexualité à 11 ans, par Internet®, par euh... ?
- P (M) : Alors, il y a une notion particulière avec ce vaccin, c'est... c'est la première fois qu'on... et c'est peut-être pas clair dans la tête des gens, qu'on propose un vaccin pour euh... un cancer (N (M) et J (M) acquiescent). D'habitude un vaccin, c'est pour euh... lutter contre une maladie... infectieuse. Et donc euh... y a peut-être des gens qui comprennent pas bien, ou qui se sentent pas forcément concernés. Je sais pas hein... parce que c'est, c'est la première fois qu'on propose un vaccin pour lutter contre un cancer.
- N (M) : C'est pour ça que... en général je dis que ça protège contre le cancer du col mais aussi contre les verrues génitales qui sont... globalement plutôt embêtantes...
- L (M) : Alors, il y a un autre vaccin euh qu'on fait et qui... protège aussi contre le... le cancer du foie, c'est l'hépatite hein, l'hépatite B. Mais on le, on le présente pas comme ça (J (M) et CI (M) acquiescent).
- P (M) : C'est pas présenté comme ça.
- L (M) : Alors euh... euh... les... les mamans, les... les femmes qui ont eu un cancer du col euh sont... tout à fait partantes de vacciner leurs... leurs enfants, leurs filles. Ceci dit, euh... je pense que c'est une popul... ces femmes qui ont eu un cancer du... du col, c'est... c'est une population qui ne... qui ne parle pas de sa... sa maladie euh... on ne dit pas qu'on a eu un cancer du col euh... Quelques fois on voit une nouvelle patiente euh... et puis en passant sa carte vitale, on se rend compte que... pourtant on l'a interrogée, on lui a demandé si elle avait des antécédents, et on voit qu'elle est à 100%, en ALD. On dit : « Ah ! Pourquoi vous êtes en ALD ? ». « Ah mais c'est parce que j'ai eu une conisation » (CI (M) acquiesce). Il y a une espèce de... de mise à la trappe euh de... de la maladie et... et donc, les gens qui ne sont pas concernés directement par le... le cancer du col, ne se rendent pas, peut-être pas compte de... de de l'importance, de... de la fréquence de l'incidence de... cette maladie.
- J (M) : Y a aussi parfois le fait que y a, y a deux personnes à convaincre, hein ? Il y a l'adolescent et y a les parents. Et avec une période où souvent la relation adolescents-parents elle est pas forcément formidable (CI (M) acquiesce), ce qui est voulu par les parents est refusé par l'enfant et inversement. Donc ben parfois on... on peut tomber un peu dans... dans ces hiatus-là.
- A (M) : On... on lève peut-être... aborder un tabou, euh c'est ce que tu dis, c'est que... euh au départ à cet âge-là, on parle pas de sexualité, on parle pas de... de ses problèmes, de cette vie-là entre guillemets, et ça peut lever un tabou ou ça peut enfoncer certaines choses. Ça peut être la porte ouverte un petit peu... ça peut ouvrir une porte (CI (M) et J (M) acquiescent).
- Animateur : Est-ce que le fait d'avoir avancé l'âge ça va pas faciliter euh les... les parents auront peut-être plus de poids pour euh... ?
- J (M) : Oui. T'as, t'as raison qu'on n'aura pas à 11 ans cette espèce d'adolescence un peu rebelle « Maman veut que je fasse ça donc moi je veux pas faire ». Bon, alors il y a aussi autre chose quand même à l'inverse par contre c'est le poids des copines à l'école, quoi. « Ma copine a fait ça... » et moi je l'ai, je l'ai pas... et moi ça m'est déjà arrivé que... on vienne me dire ça euh « Ma copine a fait ça et pourquoi... il faut, moi je voudrais faire ça aussi ». Plus âgé t'as ça, à 11 ans, non. Honnêtement, je l'ai pas encore prescrit à 11 ans, donc euh, j'ai pas d'expérience.
- L (M) : Je pense qu'on peut même aller plus loin, j'ai l'habitude de marquer au crayon euh... la... la date de la...prochaine vaccination, donc euh vers, vers 6-7ans, quand on va faire euh...le Diphtérie-Tétanos-Polio, on va programmer pour euh...11-12 ans euh... le rappel et on peut déjà euh dire « A ce moment-là on pourra aussi euh faire le... le vaccin contre le... cancer du col de l'utérus » (CI (M) et J (M) acquiescent). On a déjà fait passer un... un petit message. (N (M) acquiesce) On va le marquer au crayon dans nos cases et puis la maman quand elle va rouvrir son... elle va dire « Ah oui, c'était quoi ça ? ». Donc ça va déjà être un petit peu... un petit peu préparé. Tandis que

c'est vrai que comme maintenant bon euh, c'est plutôt euh... « Tiens tu... tu vas avoir, tu vas avoir 14 ans dans 3 mois, on va pouvoir penser à faire le vaccin » ou bien « Tu as eu 14 ans, on va pouvoir faire le vaccin ». C'était un petit peu le... le hasard de la rencontre qui faisait la proposition (Cl (M), J (M) et N (M) acquiescent). Tandis que maintenant on va pouvoir le proposer à une date plus... plus organisée, qui rentre dans le...

Cl (M) (l'interrompant) : L'association avec le DTPCoq va aider.

L (M) (confirme) : Voilà !

Cl (M) : Moi j'ai vraiment l'impression de devoir convaincre les mères, et quelques fois de devoir recentrer la conversation en disant à l'adolescente « Et toi ? Est-ce que les copines l'ont fait ? Qu'est-ce que tu en penses ? » (J (M) acquiesce). Et je trouve que les mères sont plus difficiles à convaincre.

Ca (M) (l'interrompant) : Certains médecins aussi.

Cl (M) : Et certains médecins aussi.

Animateur : Ca (M) ?

Ca (M) : Qui n'est pas convaincu.

Animateur : Est-ce que vous voyez d'autres raisons, qui expliquent la faible couverture vaccinale en France ?

B (M) : Bah, ce que disait Ca (M), je pense que... toujours... même si on lit des papiers qui disent qu'il faut le faire, c'est vrai que... on se dit bah oui ok il faut le faire mais effectivement y a toujours euh, pas un doute (A (M) acquiesce) mais on sait pas si dans... dans 5-6 ans, 10 ans, on va pas nous dire « Oh finalement il fallait pas le faire », enfin voilà. Je pense que enfin, pour certains médecins, effectivement c'est pas toujours évident de se lancer, de se dire « Ouais non, y a pas de souci, on y va », quoi. Moi je le fais personnellement, mais c'est vrai que... chaque fois j'ai toujours un petit doute (Cl (M) acquiesce) en me disant « bon, allez... j'essaie », j'essaie d'être convaincant, j'essaie d'être convaincu moi-même et convaincant, mais... quand elles disent non, je n'insiste pas non plus des heures en disant « Mais si c'est génial ! ». C'est tout, elles me disent non, elles me disent non, je vais pas... Voilà parce qu'effectivement, s'il arrive un truc un jour euh... (Cl (M) et N (M) acquiescent). Voilà. Je pense que... je pense que ça fait partie des... des faits, enfin, de ce que je peux comprendre quoi.

Animateur : J (M) ?

J (M) : J (M), oui J (M), euh... ben, J (M) il sait plus ce qu'il voulait dire ! (Rires)

Animateur : On parlait donc de la conviction des médecins pour euh...

J (M) : Ça me reviendra.

A (M) : Ça reviendra, ça reviendra.

Animateur : Quels quels sont justement les... (s'interrompant) N (M) ?

N (M) : Je voudrais juste encore dire un truc. Après y a, chez les adolescentes en eux-mêmes, ils entretiennent, entre elles, la réticence, puisque... enfin elles créent des réseaux un peu Facebook® (Cl (M) acquiesce) tout ça euh sur euh des euh... des rumeurs (B (M) et Cl (M) acquiescent) comme quoi y a des jeunes filles qui seraient mortes après le... et ça... quand on se retrouve devant une jeune fille qui nous dit « Alors ? Il y a eu des morts ? ».

Cl (M) : Ah bon ? J'ai manqué ça ! (sur un ton ironique)

J (M) : J (M), dont le cerveau est revenu en forme. Euh... tu..., P (M) disait tout à l'heure que c'est un vaccin contre un cancer et pas contre une maladie. Et je pense que c'est plus facile de... de convaincre les gens contre une maladie où ça paraît évident. Je prends le... le vaccin contre la méningite C. Le taux de réponse positive à la proposition, pour moi il est quasi de 100%, alors que le taux sur le Gar... enfin le Gardasil®, par exemple, il l'est pas... (Cl (M) acquiesce) Alors, est-ce que c'est lié au patient ? Est-ce que c'est lié à... moi en tant que médecin qui suis peut-être moins convaincu ? Euh... je ne sais pas. (Cl (M) acquiesce).

P (M) : C'est peut-être aussi parce que les gens ont plus l'impression de pouvoir échapper à un cancer par rapport au caractère implacable d'une maladie. Une méningite ça fait peur, ça te tombe dessus comme un con et cætera donc « Oui, vous avez raison on va le faire ». Le cancer du col, les gens ils se disent « Bah pourquoi ça m'arriverait à moi ? ».

J (M) : Oui puis y a qu'à euh...

Animateur (l'interrompant) : Est-ce que ce serait pas aussi la proximité du risque ? C'est-à-dire qu'il y a un cas de décès par méningite, les gens se précipitent peut-être pour se faire vacciner, par contre le risque de cancer, c'est à... au long terme quoi.

J (M) : Il y a aussi une question de... le... contre une méningite, l'efficacité elle est... considérée de 100%, contre le... cancer du col, elle est pas de 100%. (Cl (M) acquiesce) C'est vrai qu'en plus le discours des deux... vaccins qui... qui ont pas les mêmes valences, qui viennent te... brouiller le... brouiller complètement, y en a qui sont plus efficaces, (B (M), Ca (M) et L (M) acquiescent) enfin bon. Donc

- euh... c'est... c'est encore un... discours qui je pense euh... là au niveau du médecin parce que les... les patients ont pas conscience de ça, mais...
- CI (M) : Enfin, pour remplacer dans différents cabinets, moi je vois, des patientèles qui sont vraiment euh convaincues Gardasil®, méningite et par contre, je pense que ça dépend beaucoup du médecin, y a des, des clientèles où y a pas du tout de vaccin contre la méningite parce que le médecin et ben, il aime pas trop. Et moi j'aime pas... et ça change d'une clientèle à l'autre. Et je crois que...
- B (M) (l'interrompant) : Comme l'hépatite.
- CI (M) (l'interrompant) : Complètement !
- B (M) : On en retrouve des carnets où y a zéro hépatite (N (M) acquiesce) et des carnets où...
- CI (M) (l'interrompant) : Et je crois qu'on est obligés de nuancer un peu : même la méningite, moi je me sens obligée de leur dire, quand ils me disent « Qu'est-ce que c'est ? » et même j'essaie d'expliquer : « Ça prévient des complications sévères des méningites bactériennes, ça n'empêchera pas les enfants d'avoir forcément des méningites bactériennes, ça n'empêche pas toutes les méningites qui peuvent être virales ». Faut qu'on nuance le Gardasil®, mais faut aussi qu'on nuance les autres. Et puis je voulais dire aussi que... c'est un moyen de prévention contre le cancer du col, mais le meilleur reste le frottis. Ça on en est tous convaincus, on a quand même quelque chose qui est à peu près une alternative, pas aux conisations mais aux cancers invasifs.
- J (M) : Aux cancers invasifs.
- Ca (M) : Quelle est la prévalence du cancer du col en France, en Europe par rapport à l'Afrique noire ? Si il y a un continent à vacciner c'est l'Afrique noire, c'est pas l'Europe, hein ! Y a beaucoup plus de... de cancers en Afrique noire. Alors vu le prix du... du sujet, à mon avis ça n'arrivera jamais chez eux. Alors que... je sais pas combien vous avez de patientes dans votre patientèle, vous avez tous mon âge à peu près, combien avez-vous eu de cancers du col vrais dans vos patientèles ? Est-ce que vous en avez vu beaucoup, très honnêtement ?
- J (M) : Un.
- Ca (M) : Voilà. Merci. Moi aussi.
- A (M) : Un.
- B (M) : Quatre.
- Ca (M) : Oui mais t'es un collectionneur (rires).
- B (M) : J'habite à la campagne (rires).
- Ca (M) : Alors, c'est... c'est quand même des choses à prendre en compte aussi ça. Moi, pour en discuter avec un... un bon oncologue dont je tairai le nom, du Centre Oscar Lambret, il est dubitatif aussi. Il me dit « Quel est vraiment, est-ce que vraiment on est si riches que ça, à pouvoir s'offrir un tel... un tel produit ? ». Autre chose également, est-ce que vous n'avez pas été choqués qu'on puisse faire une publicité à la télévision, à la radio et dans les journaux, sur un produit remboursé ? Vous imaginez la pression de lobbying qu'il y a derrière ? C'est quand même considérable ! Je sais pas si vous avez été matraqués comme moi par le... Cervarix® ? (« Bien sûr ! », renchérit A (M)). Le type je l'ai vu une fois par mois ! Je... je lui ai dit à la fin « Stop ! Vous foutez le camp, j'en ai ras-le-bol ! ». Pour prendre la place sur l'autre ! Ça fait beaucoup. Donc : trop de lobbying, une presse média qui n'est pas logique sur un produit remboursable, qui ne s'est jamais vue. Donc déjà des points d'interrogation. Plus certaines voix de cancérologues qui sont pas pour euh du tout, ça fait quand même beaucoup de points d'interrogation sur un vaccin.
- Animateur : Est-ce que mille décès par an ça... donc ça... ça correspond au cancer du col, mille décès par an en France...
- Ca (M) : Quelle population ?
- Animateur : C'est beaucoup ? C'est pas beaucoup ?
- Ca (M) : Quelles personnes aujourd'hui, quel âge et cætera ?
- Animateur : Je pense que c'est... c'est peut-être plus les...
- Ca (M) : Tranche d'âge...
- Animateur : Relativement jeune...
- Ca (M) : Il y a des risques il y a toujours des risques.
- P (M) : Combien euh combien mille décès euh par an de... cancer du col coûtent en... terme de prise en charge à la Sécurité sociale ? Et euh quel est le... on va dire que ça coûte euh plusieurs centaines voire millions d'euros euh à comparer au... au coût de la vaccination. Parce que si euh la vaccination en étant généralisée euh permet d'économiser sept cents décès par an euh...
- L (M) : C'est difficile, c'est difficile ça doit certainement être difficile à chiffrer parce que c'est quand même un cancer de la femme jeune donc il y a, il y a énormément de retombées euh... familiales, sociales, les, les enfants qui vont se retrouver euh sans leur mère si, si la maman est décédée... Bon, bon alors il y a ces, ces mille décès. Tout compte fait mille décès euh pour cent départements, grosso

modo, ça fait dix par département. On disait tout à l'heure euh un ou deux par patientèle euh sur une carrière, bah oui on, on va pas arriver à ça. Tout compte fait on voit plus de tuberculoses que, que de cancers du... col de l'utérus.

N (M) : Oui mais la tuberculose c'est pas actuel... C'est pas « in » !

Animateur : A (M) ?

A (M) : A (M), alors la prévalence des... des décès de, de cause domestique c'est, c'est combien ? Là tu dis mille euh décès par cancer du col... des accidents domestiques il y en a combien par an ? (Cl (M) et J (M) acquiescent) Euh est-ce qu'on a la notion ? Est-ce que, est-ce que c'est... c'est vrai on se fixe sur un cancer du col ? On dit mille, c'est vrai, mille ça fait beaucoup, mais par contre des gens qui ont des accidents de la route, il y en a trois mille on entend, on entend, on entend parler...

Animateur : Oui oui, plus que ça...

A (M) : Trois mille. Les accidents domestiques, on en parle pas mais certainement on doit pas être loin de...

Animateur : C'est plus élevé encore...

A (M) : Ça va être plus élevé que ça. Alors, il y a ça aussi à comparer. Comme tu dis (s'adressant à Ca (M)), le lobbying, certes, il est là. Euh, c'est vrai, c'est vrai, c'est, c'est... voir un petit peu par rapport à autre chose. Et il faut savoir, c'est que comme tu dis (s'adressant à Cl (M)) c'est que le moyen diagnostic quand même, c'est le frottis, est-ce que, en vaccinant, on va pas faire oublier les, les, les frottis ? (B (M) acquiesce) On dit : « Tiens il y a pas de soucis, il y a pas de danger, je me suis fait vacciner, je n'aurai rien. Et voilà, c'est pas la peine de faire un frottis ». Est-ce que ça va pas faire oublier les frottis aussi ? Et... on voit aussi, moi je vois euh les gens quand on veut leur propos... quand je commence à parler du Cervarix®, Cervarix® ou l'autre hein, ils sont déjà au courant (Cl (M) et J (M) acquiescent) et ça cause pas trop de prob... ça les préoccupe pas trop. Ils sont déjà... ils parlent entre eux... c'est une communauté, c'est des jeunes, ils arrêtent pas de parler... Quand tu proposes c'est-à-dire, c'est pas quelque chose de neuf, ils sont pas là pour écouter, ils sont déjà au courant.

Animateur : Dans le prolongement est-ce que ça pourrait faire oublier le préservatif ?

A (M) : Ça aussi... ça aussi...

B (M) : Bah, il est déjà un peu oublié.

Animateur : B (M) ?

B (M) : Il est déjà un peu oublié, donc euh... Mais c'est toutes ces questions-là qu'il faut aborder, c'est ça (Cl (M) acquiesce). Alors le problème c'est qu'à 11 ans, là par contre... ouh ! C'est chaud quand même quoi ! (Rires). Enfin, moi j'ai essayé...

P (M) (l'interrompant) : le danger de la vaccination, effectivement, c'est, c'est que dans l'esprit confus des gens (Cl (M) acquiesce) c'est : « Je suis vaccinée, je risque rien. Donc je me protège moins encore... ».

B (M) : Peut être...

P (M) : Je sais pas si... je sais pas si... Il faudrait interroger hein, mais ça mériterait de faire un... une enquête, qui a peut-être été faite déjà, sur euh « Le fait d'être vaccinée contre le cancer du col me protège-t-il contre les maladies sexuellement transmissibles ? », et voir un peu la réponse. Effectivement, si majoritairement les gens pensent que oui, alors soit il faut bien leur expliquer, soit il faut arrêter de les vacciner rapidement, parce que sinon, on va avoir des catastrophes.

L (M) : Est-ce que dans les... pays qui... ont une meilleure vaccination que, que la nôtre et qui sont sans doute des pays riches, est-ce que le vaccin est aussi cher ? Est-ce qu'il est présenté de la même façon ? Est-ce qu'il y a aussi cette ambivalence avec les deux vaccins-là... lequel on prescrit ? Les mêmes interrogations que, que chez nous ? Je sais pas, j'ai pas de... j'ai pas de renseignement là-dessus.

Animateur : Est-ce que quelqu'un a la réponse ?

Cl (M) : Juste pour revenir sur ce qu'on... sur ce qu'on disait tout à l'heure, euh on parlait des morts, ils ne sont pas si nombreux, mais une hystérectomie chez une femme nullipare c'est quand même aussi un drame euh personnel, peut-être difficilement chiffrable mais... (J (M) acquiesce).

J (M) : Tout à l'heure on parlait de... on était un peu dans la prévention collective mais finalement, nous, quand on est devant notre patient, on n'est pas dans ce discours-là. On a un discours individuel, une prévention individuelle. Et je pense que le coût global, euh le rapport bénéfice-euh, c'est, c'est un peu secondaire, enfin, quand je suis vraiment devant une patiente donc euh. Je pense qu'il faut s'attacher, soit on est intimement persuadé que ça a un bénéfice, et... on y va, euh, mais au niveau individuel, plutôt, moi je pense hein? Alors maintenant, en effet le discours il doit rester « ça protège de... même pas à 100%, enfin. Il y aura les frottis à faire et il y aura bon... »... et c'est vrai que parfois c'est, alors... Pfff, on m'a déjà répondu : « Bah, à quoi ça sert ? Si de toute façons on doit faire les frottis, on le verra à temps ! ». Le 100 % en médecine, il n'existe pas bien sûr, mais... dans

l'esprit des patients, ils verraient assez bien le 100%, hein. Mais voilà, moi je pense qu'il faut rester en individuel parce que si on rentre dans un discours de prévention collective, euh, on va encore plus reculer.

Animateur : Quelles sont vos sources d'informations sur... ce vaccin ou sur ces vaccins ?

W (M) : Moi c'est uniquement les labos.

P (M) : Hélas... je pense que les laboratoires parce qu'on n'a pas... on n'a pas pris le soin d'aller regarder dans les... différents documents euh...

B (M) : Bah... si ! Si moi j'ai été chercher justement par après euh. Oui, parce que heureusement, parce que sinon effectivement, comme disait Monsieur Ca (M) sinon c'est dangereux quand même... sinon... Donc par contre moi je vais plus, ouais, dans tout ce qui est *Prescrire*® tout ça. Alors après voilà, c'est là où, individuellement, je suis d'accord avec ce que disait J (M), c'est que il faut euh voilà après, c'est une relation qu'on a avec le, le patient quoi, c'est-à-dire que... qu'est-ce que je fais, qu'est-ce que moi je décide en tant que médecin ? Mais... il y a plein d'autres choses où ils nous font confiance. En gros ils nous disent : « Bah je dois faire quoi docteur ? », quoi donc euh bah... donc c'est... en prenant toutes les infos et puis après on décide, quoi, mais c'est vrai que...

Animateur : A (M), vos sources d'informations ?

A (M) : Bah... il y a... effectivement bien sûr... mais je reçois très très très peu de labos parce qu'ils sont jamais à l'heure et ils ne viennent pas. C'est quasiment un des rares qui vient... c'est Monsieur Cervarix® (Rires), effectivement. (CI (M) acquiesce) Et ça c'est une source, mais c'est pas la source principale. C'est surtout la presse, les informations,... On reçoit Infovac® euh par mail, ça je... je regarde régulièrement. C'est surtout ça mais c'est vrai, les labos j'en reçois très peu, quasiment pas, même pas. Les gens, ils prennent rendez-vous, ils viennent même pas, parce qu'ils savent comment je suis avec eux. Euh, mais Monsieur Cervarix® il est toujours à l'heure, il est toujours là, il est toujours présent (Rires).

Animateur : N (M) ?

N (M) : Bah euh la Revue du Prat.

Animateur : La Revue du Praticien®.

J (M) : Moi, *Prescrire*® bien sûr, mais les labos aussi, et avec cette impression de pression des laboratoires des deux côtés, importante et surtout sur des arguments pseudo scientifiques dont on a beaucoup de mal... je m'étais amusé à essayer de comparer leurs arguments mais ils sont forts à... enfin... toi, t'es (à B (M)) certains seront plus forts que moi pour euh voir le jeu, mais quand même... c'est très difficile. Actuellement, je suis incapable de dire, lequel des deux vaccins il faudrait choisir déjà, et c'est vrai que cette pression de labo, ça, ça remet quand même, ce qu'on a dit tout à l'heure, ce que disait Ca (M). Le marché il est gigantesque, il y a, il y a un intérêt financier énorme, avec toutes ces jeunes filles à vacciner, je peux te dire que le labo, il... Et donc, on est pris un peu là-dedans. Alors, heureusement qu'il y a quand même les revues derrière, mais, cela dit, je sais pas encore lequel des deux il vaut mieux prescrire.

Animateur : CI (M) ?

CI (M) : C'est la Revue du Praticien® aussi. Et puis les labos, évidemment.

Ca (M) : Pareil les revues, Internet® aussi, je suis allé un petit peu sur Internet®. J'en profite : qu'en dit-on dans *Prescrire*®, justement parce que je suis pas abonné à *Prescrire*® ? C'était quoi leur conclusion ?

B (M) : Ça dépend des années (Rires).

J (M) : Non, non globalement, ils sont, ils sont favorables à...

B (M) : Ils sont pas contre.

J (M) : Ils sont pas contre.

B (M) : Contrairement à beaucoup de choses...

J (M) : Voilà c'est pas à jeter voilà, dans *Prescrire*® il y a les trucs à jeter, c'était pas à jeter, voilà.

B (M) : C'est pas dangereux, c'est pas à jeter.

J (M) : Donc quand *Prescrire*® jette pas c'est plutôt bon signe quand même (B (M) confirme).

B (M) : Mais c'est vrai que...

J (M) : Mais, mais voilà, j'ai du le lire presque en diagonale parce que j'ai, j'ai pas réussi à comprendre lequel... enfin je sais pas si toi, B (M), t'as réussi...

B (M) : Ah moi non, non.

J (M) : A savoir lequel des deux... était le plus...

L (M) (l'interrompant) : Immunogène.

Animateur : Les parents de vos patientes...

L (M) (l'interrompant) : Alors moi je... je...

Animateur : Qu'est-ce qu'ils pensent de ce vaccin, L (M) ?

L (M) : Moi j'ai... essayé de trouver des informations dans... dans le *BEH*.
 Animateur : Mmmh ?

L (M) : Euh moi je suis resté comme euh, J (M), euh à savoir que tout compte fait, lequel ? Et même le *BEH*, ne... ne tranche pas. Et d'année en année, euh c'est toujours pas tranché.

Cl (M) : Est-ce que c'est vraiment le problème ? On se pose autant de questions pour le MMR®, le Priorix® euh ? C'est vrai que là il y a une couverture qui n'est pas strictement identique mais, si c'est le cancer du col qu'on veut prévenir ?

B (M) : Moi je suis assez d'accord. Y en a un qui me vient en tête et je me dis allez hop !

Cl (M) : J'essaie d'alterner, éventuellement.

B (M) : Moi non ! (Il rit)

Cl (M) : Oui, non, c'est vrai... moi aussi je mets toujours le même !

P (M) : Moi je crois que si, si on veut prévenir le cancer du col, d'après le discours labo, il vaut mieux prescrire le Cervarix®. Parce qu'il semblerait qu'il, qu'il soit plus efficace. C'est ce que j'ai retenu. Il semblerait qu'il soit plus efficace sur le cancer.

J (M) : Alors, moi j'ai retenu ça aussi. Malheureusement, la visiteuse médicale de Cervarix®, c'est [...]. Donc c'est... il y a un conflit d'intérêt catastrophique, euh... pour moi (Rires). Disons que je suis bien embêté.

A (M) : Donc tu le prescrites pas.

J (M) : Donc je le prescrites pas (il rit). Non, non, non, non.

L (M) : Et malheureusement, ou heureusement pour elle, elle vient me voir aussi, donc comme je sais que...
 J (M) : Je sais.

P (M) : C'est qui ? C'est [...] ou [...] ?

J (M) : Non, [...].

Animateur : Bon, qu'en pensent les parents de vos patientes alors, de ce vaccin HPV, ou de ces vaccins HPV ?

Cl (M) : On me parle beaucoup des effets secondaires (J (M) acquiesce) euh supposés. « Il y a des jeunes filles, qui ont été très malades, euh... ». Les mères appréhendent beaucoup, je trouve.

Animateur : Et qu'est-ce qu'elles citent comme effets secondaires ?

Cl (M) : C'est souvent très flou (elle rit).

B (M) : La sclérose en plaques.

Animateur : Donc B (M) dit « la sclérose en plaques ».

Cl (M) : Ah ?!

B (M) : A chaque fois ! A chaque fois.

Cl (M) : Ah bon ?

J (M) : C'est tous les vaccins, non mais la sclérose en plaques c'est connu !

A (M) : Moi je leur dis « Au jour d'aujourd'hui... pfff, y en a pas, mais dans 10, 15 ans, 20 ans, on ne sait pas ce qui arrivera. Mais l'information qu'on a au jour d'aujourd'hui, on n'a pas d'effet secondaire ». Parce que c'est vrai qu'ils posent beaucoup de questions, surtout avec l'hépatite, ce qui est arrivé. Je leur dis, je leur dis d'une façon sérieuse, et en même temps en rigolant, « Bah dans 20 ans je sais pas hein, ce qui va arriver. Peut-être dans 20 ans (J (M) rit), on sait... on dit tiens y a un truc dedans » (Rires). Ah bah oui je, je, je... c'est vrai je le fais souvent, j'encourage à le faire, mais en même temps...

J (M) (l'interrompant) : Tu sais convaincre, toi, hein ?! (Rires)

Ca (M) : Il est pas convaincu.

A (M) : Pas convaincu... Pour te dire, j'ai piqué ma fille, alors...
 J (M) : Ah !

A (M) : Pas convaincu, je l'ai fait quand même !

N (M) : En même temps, c'est la, c'est la réalité !

J (M) : Oui !

N (M) : Donc euh...

J (M) : C'est vrai que, souvent, c'est, c'est l'in..., c'est l'inconnu, quoi euh, voilà. « Oui vous avez pas de recul encore. Qu'est-ce qui va se passer ? Est-ce que vous êtes sûr que ça va marcher ? Est-ce qu'il n'y aura pas d'autres effets secondaires ? ». Et bon alors, je ne connais pas le recul exact de ce de... enfin Cervarix® c'est quand même plus jeune mais Gardasil® ?

B (M) : On est à une vingtaine d'années à peu près, aux Etats-Unis.

J (M) : Aux Etats-Unis.

B (M) : Et effectivement, y a pas d'effet notable euh...
 J (M) : Oui.

B (M) : Il doit y avoir trois cas de... de trucs un peu bizarres (Ca (M) rit).

L (M) : Alors, le, le contre-argument c'est de dire, oui mais si on attend 20 ans pour avoir du recul, on aurait eu le temps de développer le cancer pour votre fille et...

Animateur : Alors, pour revenir à la question, qu'en savent les, les parents que vous rencontrez ? En dehors des effets indésirables, est-ce qu'ils euh est-ce qu'ils connaissent le vaccin ? Est-ce qu'ils euh connaissent le, le but du, du vaccin ? Est-ce qu'ils...

J (M) : Moi la plupart de mes patients connaissent. Moi j'ai une population relativement aisée, et la plupart des patients, quand on leur en parle, ils connaissent. De dire qu'ils vont accepter c'est autre chose, mais ils connaissent. Et par... c'est quand même de façon non rare c'est les parents qui viennent m'en parler plus que les jeunes filles euh. Ça montre bien que c'est les parents.

W (M) : Moi j'ai une patientèle exactement inverse, et donc c'est jamais les parents qui viennent m'en parler. Si ils viennent, les parents, c'est parce qu'ils viennent avec leurs enfants, parce qu'ils sont mineurs et qu'ils veulent...

Animateur (l'interrompant) : Et lorsque c'est évoqué, euh est-ce qu'ils disent « Oui on connaît » ou est-ce qu'ils euh...

W (M) : Ah non, ils ne connaissent que par ce que leur euh disent leurs filles! Ils ne sont pas informés eux. Ils ne lisent pas, ils... (B (M) acquiesce).

Animateur : Ah oui... L'avis des parents ?

L (M) : Je pense qu'il y a eu deux... il y a, pour moi il y a eu deux étapes. Il y a eu le... je veux dire l'initiation du vaccin où on a fait du rattrapage euh jusque... 21-25 ans, où là on avait... directement... la jeune femme à convaincre, et sans doute pas trop les... pas trop les parents. Bon maintenant on est... on est dans une phase où on... on vaccine plutôt autour de l'âge de 14 ans et bientôt... enfin, on commence à... à 11 ans. Donc à 11 ans, c'est certain que c'est la maman qui va... qui va décider et... et à 11 ans, les... les jeunes viennent euh accompagnées. A 14-15 ans, euh, elles viennent quelques fois toutes seules à la consultation. Ce qui peut poser aussi problème, euh pour évoquer justement des... des sujets de sexualité (J (M) dodeline de la tête, N (M) et Cl (M) acquiescent) euh quand on est avec euh... quand on est un médecin homme, avec une fille de 15 ans qui vient, bon... faut pas qu'en rentrant à la maison, qu'elle raconte son... son vécu de la consultation, avec une interprétation autre que (Cl (M) et J (M) acquiescent)... que celle qu'on avait envie de... Donc, je pense que euh autour de 11 ans, ça va être plus facile, et puis euh, et puis on aura aussi un petit peu plus de temps, (Cl (M) acquiesce) euh... pour convaincre euh les parents, parce qu'il y aura ce fameux rappel Diphtérie-Tétanos-Polio-Coqueluche (J (M) et B (M) acquiescent) euh de, de 11 ans (N (M) acquiesce). Si on fait pas le Gardasil®/Cervarix® à ce moment-là, il y aura peut-être les examens sportifs euh d'année en année, on le fera peut-être à 12 ans et 13 ans. On aura plus de temps avant la... avant la... période de... sexualité pour mettre en place cette vaccination.

Animateur : Est-ce que vous pourriez me dire, sur une semaine, le nombre de parents qui viennent réclamer le vaccin pour leur euh pour leur fille ?

A (M) : Réclamer ?

Cl (M) : Zéro, ils réclament pas.

B (M) : Réclamer ? Zéro, oui !

J (M) : Zéro.

N (M) : Un. Et encore... Euh... sur une semaine ?

Animateur : Oui sur une semaine.

J (M) : Sur un mois !

Animateur : Sur un mois.

N (M) : Sur un mois, oui.

Cl (M) : Réclamer ? Moi ça m'est jamais arrivé !

B (M) : Réclamer ? Zéro !

N (M) : Moi ça m'est déjà arrivé, peut-être une fois...

A (M) : Réclamer, non ! Zéro !

P (M) : Les seuls qui réclament c'est pour les... rappels (« Oui » confirme Cl (M)). Ils disent : « Il y a le rappel à faire ». Et une fois sur deux, ils oublient le rappel. Le rappel à 6 mois, il saute une fois sur deux.

L (M) : Le rappel, moi j'insiste beaucoup sur le prix de la vaccination. Je leur dis que si on commence la vaccination, on va jusqu'au bout, on fait les trois, ou alors on ne commence pas. Parce que... si on ne fait pas les trois, ça va vraiment coûter cher pour rien, donc euh j'insiste beaucoup. Et si on fait la 1^{ère} dose, on cible à peu près la date de... de la 2^{ème} dose et puis la date de la 3^{ème} dose aussi, pour que... ça puisse s'enchaîner. Alors ? La fréquence euh... où, où les patientes viennent demander cette vaccination c'est...

Animateur (l'interrompant) : Les parents, hein ?

L (M) : Oui, c'est, c'est quasiment jamais.

W (M) : Zéro.

Ca (M) : Zéro.

Animateur : Alors, est-ce que vous rencontrez des... enfin, plutôt quelles difficultés vous rencontrez pour proposer la vaccination ?

L (M) : Pour la proposer, j'ai pas de difficulté. C'est que, après ça, il faut convaincre. Mais là, la proposition autour de 14-15 ans, c'était 13-14-15 ans, c'était pas très difficile. Donc là, à partir de 11 ans euh, au moment du rappel de, des autres vaccins, on peut en, en parler un petit peu à ce moment-là, et puis on peut en reparler une autre fois, une 2^{ème} fois, un petit peu comme les réticents au vaccin contre l'Hépatite B où on a plusieurs fois l'occasion de leur rappeler que c'est bien de les faire et...

A (M) : Alors, la difficulté c'est quand on a un doute, parce que là, la jeune fille qui est en face de nous, qu'elle ait déjà des rapports et dont les parents ignorent ça. Ça c'est la difficulté parce qu'il faut spécifier que le vaccin il est fait dans telles conditions. Et quand on a un doute, parce qu'on connaît tous notre patientèle, on connaît des gens que... t'as une forte suspicion ou doute là-dessus où tu l'as déjà vue dans la... en partant à droite à gauche, tu vois, dans le quartier, tu, tu vois ce qui se passe. Et c'est quand t'as un doute là-dessus que c'est pas évident. Mais quand il n'y a pas de doute...

Animateur : Ça sera plus facile...

B (M) (l'interrompant) : Ouais c'est ça, dans les nouvelles recos y a plus ça.

J (M) : Y a plus ça.

B (M) : Y a plus cette notion de premières relations sexuelles (« Oui, oui, oui » confirme A (M)). Et moi ce que je dis souvent, je dis « Ben de toute façon, là t'es avec ta maman, tu ne m'avoueras pas si t'as eu des relations ou pas. » Là il y a la maman qui dit « Ben non elle en a pas eu ! ». Donc voilà, je dis : « Ça je veux pas le savoir, de toutes façons, le résultat il est le même, de toutes façons il faut le faire » tu vois, donc en gros...

A (M) : Mais les nouvelles recos, c'est quoi, il y a quelques mois de ça, c'est pas...

B (M) : Oui, tout à fait ! Donc ça pourrait... oui. Mais... oui, mais de toutes façons, c'était pas un argument pour ne pas le faire, quoi.

A (M) : Exact oui, je suis tout à fait d'accord avec toi.

CI (M) : Je crois que c'est peut-être des patientes qu'on voit assez peu, quand même, entre 11 et 14 ans euh elles font pas toutes du sport euh, quelques fois les carnets de santé on les a euh, au secrétariat et puis pas forcément en consultation, c'est la mère qui demande euh en fin de consult.

(Silence).

Animateur : Quel rôle jouent les parents dans le choix des, des patientes ?

J (M) : Bah leur rôle il, leur rôle il va changer, parce que à l'heure actuelle, (CI (M) acquiesce) leur rôle il était purement explicatif, incitatif, à 11 ans il va être décisif. Euh, je crois que la donne va vraiment changer avec cette euh espèce de banalisation du vaccin qui rentre dans un ca... je sais plus, je crois que c'est toi qui l'avait dit (s'adressant à CI (M))... je crois qu'il rentre dans le calendrier vaccinal, (« Mmmh » confirme CI (M) et W (M) acquiescent) il va être banalisé comme euh... donc je pense que ça sera plus facile.

B (M) : Le rôle des parents sera plus important.

J (M) : Euh le rôle de la... des parents va être entier. Alors qu'à l'heure actuelle, euh souvent une consultation où on propose le Gardasil®, ça se termine par euh... « Vous en reparlez à deux », euh... la mère-la fille, quoi. Enfin, moi c'est souvent comme ça. Et puis euh... « Parlez-en et puis on revoit ça après ». Donc il y a un rôle de conseil toujours.

Animateur : D'autres avis ?

(Silence)

Animateur : Quels sont vos arguments pour justifier ce vaccin ?

A (M) : La prévention. C'est le seul argument, c'est la prévention.

P (M) : Alors moi, l'argument, c'est qu'on a quand même un certain nombre de nos patientes qui n'ont pas forcément des cancers du col, mais qui ont une dysplasie euh... (CI (M) et J (M) acquiescent). Y en a plusieurs. On a donc... c'est quand même une maladie qu'on voit. Euh donc on parle, je dis « Bon j'ai un certain nombre de patientes qui ont une dysplasie. » Donc euh mon argumentation c'est : « Voilà, les conséquences c'est conisation, trouble de la fertilité, etc. Et puis éventuellement cancer si on passe à côté ». Et après ça, moi j'ai quand même un argument statistique, je pense qu'il doit être vrai, je crois que ça touche 85% de la population féminine à un moment ou à un autre, et il y a 10% de ces 85% qui font des complications au niveau génital ou de cancer du col (N (M) acquiesce) et donc ce vaccin est censé protéger euh... 8 à 10% de la population féminine (CI (M) acquiesce). Moi c'est l'argument que je donne. C'est quand même euh... assez considérable donc ça vaut le

coup. Et l'autre argument c'est qu'il ne faut pas forcément une relation sexuelle pour qu'il y ait une contamination, enfin une pénétration, mais simplement des attouchements (Cl (M) et N (M) acquiescent). Donc c'est quand même un virus éminemment contagieux et répandu, par rapport à ça, ça vaut le coup. Mais maintenant que je repense au fait que ça coûte très cher, effectivement, l'argument financier est quand même un peu gênant en contre-argument, là. C'est-à-dire euh 500 euros par vaccin euh... pfiou ! Enfin, ça a peut-être baissé ?

L (M) : Non, c'est 350...

Ca (M) : C'est 350 à peu près.

L (M) : Oui c'est 350.

P (M) : Parce qu'au début c'était 500, maintenant ça a baissé.

A (M) : Les... les... par vaccin ?

P (M) : Non, c'est 110 euros le vaccin.

J (M) : Pourquoi, ça coûte 300 euros ? Je me suis jamais inté..., je m'y suis jamais intéressé au prix comme ça j'étais pas pollué par ça, tiens. (Rire de N (M)).

L (M) : Les trois ça doit faire 1300.

Animateur : B (M) ? L'argument pour convaincre ?

B (M) : C'est un peu déjà ce qu'on a dit effectivement, c'est le... les conséquences euh... euh ben pour la...

J (M) : Il est à trois cents euros ? (En aparté)

Animateur : Oui.

B (M) : Pour la femme euh... et notamment les risques de... conisation, les risques d'infertilité tout ça, j'essaie, voilà j'essaie de, effectivement, tout en disant : « Bah voilà, c'est un vaccin, ça va vous protéger, ce sera... » j'ai toujours un... moi j'aime bien avoir toujours euh argument/contre-argument, je suis jamais enfin voilà, bon « Bah oui ça va vous protéger, les risques sont ceux-là, euh, maintenant ça vous empêchera pas, faudra quand même faire les frottis » (Cl (M) acquiesce). Alors du coup ça fait un petit rappel pour la maman qui l'a pas fait depuis 5-6 ans, donc hop c'est pas mal ! Et puis voilà, pour dire qu'il faut quand même se protéger et cætera et puis voilà. Y avait ce discours-là pour le... 14 ans. C'est vrai qu'à 11 ans euh, c'est ce qu'on disait aussi tout à l'heure, hein, y a... les rapports protégés c'est pas toujours évident à... à évoquer mais voilà, par contre, oui c'est ça, moi j'insiste un peu sur les... voilà, sur euh... pas que le cancer effectivement, sur toutes les conséquences un peu du Papillomavirus, et tout ça, tout..., tous les risques que ça peut engendrer. Alors du coup je me dis justement que c'est peut-être un petit peu... mettre la faute sur le... c'est un peu peut-être trop insister sur le... mais bon...

J (M) : Sur quoi ?

B (M) : Ben sur les conséquences néf... enfin ouais...

J (M) : Oui mais pour convaincre, si t'as pas d'argument euh de ce type-là, t'as pas... Moi finalement je parle quand même franchement de cancer (B (M) et Cl (M) acquiescent). Un cancer qui... qui a un vaccin, après tout il n'y en a pas deux euh après tout euh c'est pas négligeable, hein ? (Cl acquiesce).

N (M) : Oui, je... moi c'est pareil, j'avance euh les mêmes arguments, à savoir le cancer. Chose qui est peut-être moins... moins suivie par la population c'est les... c'est... ils sont au courant hein, que c'est un vaccin contre le cancer mais ils sont moins au courant que ça protège aussi contre euh les verrues génitales (Cl (M) acquiesce) et ça... bon même si, globalement, ils me disent « Oui mais moi, ça ne m'arrivera pas » (elle rit), je leur explique que ben, si ça peut arriver. J'essaie plus de les informer que de les convaincre euh parce que euh, je... suis pas sûre que je le ferais à ma fille, par exemple, mais je les informe. Je leur dis : « Donc voilà, ça existe, c'est fait pour ça, à vous de voir si vous voulez le faire ou pas. »

Cl (M) : Euh, moi je leur dis aussi que c'est un vaccin qui protège contre les Papillomavirus. J'explique que ça peut donner des verrues, qu'il est extrêmement répandu dans la population, et j'espère que j'arrive à casser un peu ce côté MST, pareil, « Moi ça m'arrivera pas » parce que, « ma fille ça ne lui arrivera pas » parce qu'elle ne sera pas comme ça. Et puis, c'est courant, on se contamine toujours, ou presque. Et puis je parle euh des conisations et puis des conséquences éventuellement sur le fait d'avoir des grossesses futures (N (M) acquiesce), euh je pense que ça ça porte pas mal au niveau des jeunes filles. Et je leur dis aussi qu'il y a du recul, quand même, que maintenant on a 20 ans de recul. J'oppose ça aux effets secondaires. Je dis « Ecoutez, à priori, c'est quand même bien toléré ».

Animateur : Quels arguments favorables au vaccin les parents vous soumettent-ils ?

(Silence)

Cl (M) : J'ai pas l'impression d'en entendre beaucoup.

- J (M) : Les parents y, y viennent en interrogation et pas en... discours positif. C'est... ils viennent un peu euh chercher la... Souvent c'est « Bah... ma f... », parfois c'est « Ma fille m'a parlé de ça, parce que sa copine l'a fait, qu'est-ce que vous en pensez ? ». Mais les parents viennent pas avec un discours positif sur le vaccin.
- N (M) : Je, j'ai pas le souvenir euh effectivement que des parents soient venus en disant : « Ça c'est super ! ».
- B (M) : Euh sauf si on l'a déjà évoqué ou... qu'ils disent « Oui oui, on va le faire », voilà en arrivant mais parce qu'on en a peut-être déjà parlé avant, justement effectivement à... à 10-11 ans, donc à 14 ils disent : « Oui oui, non mais y a pas de souci, on va le faire docteur », voilà. Mais c'est vrai que, spontanément comme ça, euh...
- A (M) : En tous les cas ils ne viennent pas pour se faire vacciner, (Cl (M) acquiesce) pour avoir ce, ce... ce vaccin. Il est abordé lors d'une consultation, ils viennent pas pour ça. Ils viennent pas parce que il faut vacciner leur fille.
- P (M) : Si les gens parlent du vaccin, c'est plus à travers des interrogations qu'ils vont avoir, qu'à travers un discours positif en disant : « J'ai lu la littérature médicale, vous devez me vacciner » (Sourire de J (M) et Cl (M)).
- Animateur : Ou « J'ai entendu à la télévision que... »
- Cl (M) : Non...
- P (M) : Pour le moment, j'ai pas encore eu de consultation. Et puis bon je suis associé avec deux nanas moi... Je suis le plus vieux médecin du cabinet donc je reconnais que... assez curieusement, bien qu'il s'agisse d'un vaccin pour protéger contre une maladie sexuelle, ce lien qui existe entre ce vaccin et la sexualité fait que euh... en tant que médecin homme, je suis pas forcément amené à souvent en parler. C'est curieux ! En fait on... Et peut-être le fait qu'effectivement euh on le propose à 11 ans, euh va nous redonner à nous en tant que médecins hommes, un rôle plus important dans la proposition de ce vaccin. Parce que euh quand il s'agit de proposer ce vaccin à des jeunes nanas qui sont pubères et qui pensent à leur contraception, euh je les vois déjà plus.
- L (M) : Ben c'est ce qu'on disait tout à l'heure en faisant le tour de table, on a rarement des... des parents qui viennent nous voir pour se faire vacciner. Alors je ne sais pas si euh y a des parents qui viennent voir Dr Ca (M)...
- Ca (M) : Si !
- L (M) : En donnant des arguments pour se faire vacciner ?
- Ca (M) : C'est ça qui est dingue !
- L (M) : Oui ?
- Ca (M) : Oui.
- L (M) : Alors euh, je te renvoie la balle.
- Ca (M) : Je vaccine plus de... de jeunes filles parce que les parents me les ramènent en me disant : « Je viens pour le vaccin », qu'autre chose.
- Animateur : Et quels sont leurs arguments ?
- Ca (M) : Ah, y a pas d'argument ! « Ma fille doit être vaccinée », point. Je dis « Bon, ben d'accord, on y va ». Et là, c'est sûr...
- Animateur (l'interrompant) : Et la fréquence par mois ?
- Ca (M) : Par an !
- Animateur : Par an ? (Rires)
- Ca (M) : Timidement. Un a deux ? Pas plus...
- Animateur : D'accord.
- Ca (M) : Mais c'est vrai que, honteusement, je l'avoue, je ne le propose pas. Je ne le propose pas. Si, si !
- Animateur (l'interrompant) : Et pourquoi honteusement ?
- Ca (M) : Parce que, à vous entendre, c'est merveilleux, il faut le faire. Je le proposerais peut-être à une gamine de 14 ans qui vient me demander la pilule. (« Mmmh » acquiesce N (M)). Je me dis « Oh là ! Ca commence tôt ! ». Donc là oui ! Là, là effectivement, j'en parle. J'en parle point, après elle décide mais sinon...
- Cl (M) (l'interrompant) : Pourquoi ? Parce que c'est... une jeune fille qui aura peut-être plus de partenaires?
- Ca (M) : Elle me paraît fort ouverte, oui... (« Oh ! » réagit N (M), Cl (M) ne paraît pas d'accord non plus). Risque majoré. Quand on a commencé notre médecine, on nous disait « Le risque du cancer du col, c'est multiparturiente et compagne... ».
- Cl (M) : Oui, mais je pense que quand une jeune fille qui a... des partenaires qui ne sont pas uniques ou..., elle va être contaminée.
- N (M) : Oui !
- Ca (M) : Je suis un vieux réac, hein ? Catho...

CI (M) : Ah non! C'est pas la question, hein ! (Rit) C'est pas ce que je veux dire.

Animateur : W (M) ? Les arguments des parents ?

W (M) : Ils sont pas informés, je le disais tout à l'heure donc euh...

L (M) (l'interrompant) : Alors y a peut-être quand même un cas...

W (M) (reprenant) : Comme disait J (M), on a... on a l'information qui... qu'on leur donne.

L (M) : Y a, y a peut-être quand même un cas où... les... les parents viennent pour euh faire vacciner leur fille : leur deuxième ou leur troisième fille (« Mmmh » confirme CI (M)). Dans les familles de filles, on a vacciné l'aînée, euh bah ça s'est bien passé, donc on vaccine la seconde et on vaccine la troisième. Et donc là on est rentré dans un... Comme y a pas, pas de raison de pas faire la même chose pour la cadette donc euh... Donc c'est, c'est peut-être un petit...

P (M) (l'interrompant) : C'est pas ce qu'on appelle un argument ça !

L (M) : Non mais c'est... c'est les parents qui viennent spontanément pour vacciner.

P (M) : Oui, y en a quand même qui viennent spontanément, mais c'est pas un argument des parents, ça. Si c'est l'argument « Vaccinez la dernière parce que j'ai vacciné les autres ».

Animateur : Quels sont vos doutes et réticences concernant le vaccin ?

Ca (M) : Je répondrais tout... tout... je sais pas.

Animateur : Est-ce qu'il y a un doute qui est plus important ? Ou une réticence qui prédomine ?

Ca (M) : Oui. J'ai une méfiance absolue envers les virus et j'ai... je me demande quelles vont être les mutations de ce Papilloma, comment il va se défendre par rapport à ça. Il y a 30% normalement qui résistent au vaccin (CI (M) acquiesce). Ces 30% vont faire, est-ce que ça va faire naître d'autres 40% à côté ? 50 ? Je n'en sais rien. Et certains virologues émettent ces hypothèses-là et bon... Donc, point d'interrogation.

P (M) : Moi je... j'aurais pas ce genre d'argumentation, parce que si on... on compare à la vaccination d'une façon générale, on se rend compte, depuis qu'il y a eu des vaccinations, qu'il y a vraiment... un recul des maladies, y a plus de poliomyélite... Alors bien sûr, on peut avoir des arguments en disant « Oui, c'est peut-être pour ça que le SIDA est arrivé, parce qu'on a tué certaines maladies, y en a d'autres » (J (M) dodeline de la tête), mais en fait ça, y a aucun modèle scientifique valable qui permet de dire qu'on a une éclosion de telle ou telle maladie parce qu'on a empêché certaines maladies d'exister. Donc je crois qu'il faut... Je suis pas, je suis pas sûr que personnellement, que ce soit un argument de se dire, « Bon, si je vaccine, je vais créer des mutations du virus et je risque d'avoir des maladies encore plus graves derrière ».

Animateur : Quels doutes alors pour euh...P (M) ?

P (M) : Moi le seul truc qui m'enquiquine parce que je m'en souviens quand ça a été proposé, je me suis dit « Bah punaise, qu'est-ce que c'est cher ce truc ! » et j'avais pas envie de le proposer à cause du prix.

Animateur : Donc c'est une réticence.

P (M) : C'est une vraie réticence. Maintenant euh... maintenant j'y pense quand même moins au prix.

J (M) : Au début c'était pas remboursé, il me semble euh...?

P (M) : Ca revenait à 500... 500 euros.

Animateur : Non, c'était pas remboursé.

J (M) : C'est ça, donc ! Alors moi je trouvais qu'il y avait une injustice sociale criante ! Moi je voulais pas faire de vaccin qui ne soit pas remboursé (CI (M) acquiesce).

Animateur : Et au point de vue doutes ? Ou réticences ?

J (M) : Euh... j'ai pas trop de réticences. Mon problème n'est pas dans la réticence mais dans... En en parlant ce soir, je m'aperçois que... c'est pas au cœur de mes préoccupations et que... je pense que je... je passe à l'as un paquet de consultations où je devrais en parler et j'en parle pas, quoi.

B (M) (à voix basse, en riant) : Et ton P4P ? (Rires)

Animateur : B (M) ?

B (M) : C'était une blague.

CI (M) : Y a eu l'argument qui était soulevé de « Que deviennent des cancers du col qui... apparaîtraient euh plutôt vers 50... 50 ans ? ». C'est vrai qu'on a quand même « que » 20 ans de recul donc c'est des jeunes filles qui ont peut-être maintenant 35-40 ans, euh et après ? Quelle est la durée d'efficacité du vaccin ? Comment est-ce qu'on tolère à ce moment-là le Papillomavirus ? Après c'est vrai que le lobbying des labos euh, bon, c'est, c'est affolant. On commence euh un peu tous à avoir des patients qui se méfient euh des médicaments, des vaccins. Et puisque c'est à nous d'argumenter le vaccin, c'est aussi sur nous que reposera la responsabilité s'il y a des problèmes (B (M) acquiesce) et euh... Et puis bon, faut pas que ça fasse négliger le frottis. (W (M) acquiesce) Faut vraiment que le message « Je vous vaccine », ça soit accompagné de... au contraire, on

- rappelle que le cancer du col est là et qu'il faudra se faire suivre toute sa vie. Sinon euh... on va droit au mur, je pense.
- W (M) : Oui, moi, ma réticence, c'est justement qu'il y a 30% de résistance, que le fait de vacciner, elles vont se sentir protégées donc elles vont peut-être avoir encore plus de partenaires (Il rit, CI (M) fait la moue et J (M) dodeline de la tête), alors que normalement le frottis tous les 2 ans vous protégeait, euh, fait régulièrement, va protéger, va vous permettre de diagnostiquer plus facilement.
- J (M) : Non, le problème est que, si le taux de frottis de... de suivi de frottis était bon (CI (M) acquiesce), on pourrait se dire « Après tout, le frottis c'est super, y a une bonne protection ». Je connais pas les statistiques du suivi des frottis mais c'est quand même pas terrible, quoi hein ? Donc c'est très illusoire de dire que les frottis vont... vont prévenir le... le cancer, là. Enfin diagnostiquer... enfin prévenir, diagnostiquer à un stade euh précoce, quoi. Donc pour moi, c'est un vrai argument de, de vacciner (W (M) acquiesce), quoi, parce que...
- Animateur : N (M), les doutes ? Ou les réticences ?
- N (M) : Oui, ben moi c'est aussi euh c'est aussi le recul, quoi. Je... de manière globale euh j'aime pas euh... Enfin après tout ce, enfin, tout ce qui est nouveaux médicaments j'aime pas les mettre en place moi (rit). Je prescris jamais de nouveau médicament, un truc soi-disant merveilleux euh qui sort euh, je mets rarement (Elle rit et J (M) confirme), voilà. Après, effectivement, c'est... moi j'attends de voir aussi... avec le recul, quoi. Parce que les vaccins, en plus les gens ils sont... les patients sont très... toutes griffes dehors euh en rapport à ça, quoi. Donc euh...
- B (M) : Le recul, peut-être le recul, mais pas... pas pour les effets secondaires du tout, quoi, vraiment... Peut-être plus comme ça disait, plus voilà en se disant est-ce que si on vaccine à tire-larigot maintenant, est-ce que dans 30 ans, ils vont pas nous dire, ils vont pas nous sortir autre chose, enfin. Mais pas du tout du risque du médicament. Moi ça, souvent, je les rassure. Je leur dis : « Ecoutez, enfin, là-dessus, j'y crois pas quoi, des trucs héréditaires et tout... ». Mais effectivement, plus ça. Après moi je suis un petit peu comme disait J (M) tout à l'heure, c'est-à-dire que, si on peut protéger et si elle, individuellement (J (M) acquiesce) elle peut ne pas avoir de cancer du col euh banco !, quoi, enfin, je veux dire euh... Moi je leur dis : « C'est quand même une sacrée saloperie, si ça peut vous protéger vous, bah, allez-y quoi ! Allez-y ! ». Donc... moi j'avoue je suis très vaccin (J (M) acquiesce) donc du coup j'ai pas beaucoup de réticences, voilà. Si, si je devais trouver un argument c'est peut-être plus là, voilà le recul, dans le sens mutations un petit peu, mais c'est, c'est pas ça que je vais avancer aux patients du tout, quoi, mais effectivement, je suis d'accord. C'est plus, personnellement, je me dis : « Est-ce que... est-ce ? »
- W (M) (l'interrompant) : On le garde pour soi mais on le dit pas...
- B (M) : Ouais, c'est ça mais je me, je me... je leur dis pas « Vous savez machin... ». Mais c'est pas un truc qui me fera pas vacciner, parce que je pense qu'il y a plus de côtés positifs à vacciner que de pas... personnellement, hein ?
- Animateur : A (M) ? Vos doutes et réticences ?
- A (M) : Bah, c'est ce qu'il vient de dire, avec euh le recul.
- P (M) : Tu sais, sur la durée d'une consultation on n'a pas envie de faire part de nos doutes et de nos réticences.
- Animateur : Non, mais euh entre nous, quoi ici, on peut les évoquer.
- P (M) : Quelque part euh quelque part, on a une relative décision par rapport à ça. Moi, moi dans la mesure du possible, à partir du moment où j'ai évacué le problème du prix euh... je le propose ce vaccin.
- Animateur : L (M) ?
- L (M) : Moi je suis pro... pro vaccin. Par contre euh ce qui me chagrine un petit peu avec les... ces calendriers vaccinaux qui... qui changent régulièrement... euh on parlait de... de lobbying euh de... Alors on, on vient de nous changer le calendrier vaccinal sous prétexte d'avoir une meilleure couverture. Tout compte fait euh, on a supprimé les, les dates de, de vaccination. On nous disait : « Tétanos tous les 10 ans », euh on est passé à tous les 20 ans. Alors est-ce qu'on s'est rendu compte que... effectivement l'immunogénicité était plus longue que... que celle qu'on... qu'on espérait ? Tout compte fait, pour la... pour la Coqueluche on s'est rendu compte que... avant... c'est, c'était l'inverse. Alors, est-ce que là derrière, il y a des économies de Sécurité sociale ? Est-ce que... ? On, on n'arrive pas à avoir le, le fond du..., le, le fondement de ces politiques. Alors on a dit euh : « Vaccin de la rougeole, il faut le faire euh à 9 mois si le, le gamin part en crèche », là on nous dit : « Oui mais à 9 mois, euh l'immunité est pas si bonne, il vaut peut-être mieux quand même attendre 1 an et puis de refaire une deuxième dose euh après ». La génération de nos enfants, on les a vaccinés avec une seule dose, et tout compte fait euh... je sais pas si vous avez déjà vu des, des rougeoles de l'adulte (« Si, moi ! » dit CI) euh... Bon, voilà. Par contre, je suis d'une génération où j'ai vu des enfants dans le coma à Saint-Antoine euh parce qu'ils faisaient des,

des rougeoles, hein ? Donc euh... Alors après ça y a, ce qu'on avait, quelqu'un avait dit tout au début, c'est que on a la chance d'être dans des pays riches où euh, tout compte fait, les maladies sont pas très très très fréquentes, et donc euh, ben la, la peur de la maladie euh, elle s'éloigne parce qu'on les voit plus, quoi, euh. Diphtérie : quand est-ce qu'on a vu pour la dernière fois une diphtérie, euh ? Quand est-ce qu'on a vu une dernière fois la rougeole ? Euh donc un cancer du col euh... Alors c'est ça, c'est, c'est un peu... Bon mais écoute, ceci dit, moi je, je vais prendre la vaccination, je vais vacciner mes filles.

J (M) : Ce qui est marrant c'est que tu vois, tu dis « Je suis pro vaccin », et c'est toujours, tout à fait ça, une espèce de... de, d'imaginaire, c'est-à-dire qu'il y a des pro vaccins, des anti-vaccins, dans les médecins, dans les patients. Alors tout ça, ça fait des, des, des... des espèces de, de... d'inégalités de vaccination (Cl (M) acquiesce). Je suis persuadé qu'entre, entre des, des clientèles différentes, y a des inégalités de vaccination énormes !

B (M) (l'interrompant) : Après y a ce qui est recommandé et ce qui est obligatoire aussi.

J (M) : Oui.

B (M) : Et ça, quand on interroge les gens, ils savent pas du tout. Déjà les médecins savent, le savent pas tous, lesquels sont juste obligatoires. Et après dans les dans...

Ca (M) : Bien sûr.

B (M) : Non, non mais ce que je veux dire c'est que... effectivement dans la tête des gens Rougeole-Oreillons-Rubéole c'est obligatoire. Non, ça l'est pas ! C'est-à-dire que... quand on leur dit ça ils font : « Ah bah si ! Il le faut pour faire l'école ». Si vraiment on... on est honnêtes on dit : « Ben non, c'est pas, c'est pas obligatoire ! », quoi. Et donc je pense que ça, ça rentre aussi là-dedans, c'est-à-dire, que, effectivement, ce qui est recommandé, ce qui est pas recommandé, ce qui est obligatoire, pas obligatoire, enfin...

Animateur : Et alors, Ca (M), est-ce que vous exprimez vos doutes aux parents, vis-à-vis de ce vaccin ?

Ca (M) : Oui. Oui.

Animateur : Et Cl (M) ?

Cl (M) : J'essaie toujours que ce soit leur décision, même si je l'oriente. Mais j'explique le pour et le contre. (B (M) acquiesce).

Animateur : Donc avec euh, en exprimant des doutes ?

Cl (M) : Euh... pas vraiment des doutes mais les limites (B (M) acquiesce), notamment sur la nécessité de continuer les frottis, et que c'est pas une protection 100%.

Animateur : J (M) ?

J (M) : Je n'exprime pas de doute, parce que je pense que si j'exprime des doutes, euh mon discours n'est plus crédible et que là franchement... mes doutes ne transparaissent pas.

Animateur : N (M) ?

N (M) : Non, non, je crois pas que... j'exprime euh... Enfin, je... j'ai pas l'impression en tout cas. Je leur explique ce que c'est (B (M) acquiesce), pourquoi c'est fait et tout ça, mais je vais pas commencer à dire euh bon, ben... parce que sinon euh pour le coup...

Animateur : B (M) ?

B (M) : Un petit peu comme J (M) et N (M). C'est plus euh, je donne plus une explication mais euh ça ressemble, toutes mes consults ressemblent à ça, c'est plus une discussion. Voilà effectivement, ça finit souvent actuellement par : « Je vous laisse en reparler (N (M) et J (M) acquiescent), et voir avec votre mari aussi » parce que souvent euh voir un peu quoi. Ça finit souvent comme ça en disant : « Je vous laisse en discuter euh ».

Animateur : A (M) ?

A (M) : Euh... J'exprime pas le doute mais par contre quand on me pose la question : « Qu'est-ce que vous en pensez ? », je dis : « Ben, dans 20 ans, je sais pas ce qui arrivera » (« Oui » confirme N (M)). Mais d'emblée, c'est pas moi qui leur dit que dans 20 ans je sais pas ce qui arrivera. (Sourire de J) Mais s'ils me répondent pour avoir une affirmation (« Mmmh » dit N (M)) comme quoi il n'y a aucun risque, là je leur dis : « Alors là, je sais pas ce qui se passe, je suis pas marabout. Euh là au jour d'aujourd'hui, on a cette information, demain on aura une autre information. On ne sait pas ce qu'il se passe. » C'est comme le... moi je leur dis, je le dis carrément maintenant, comme le Médiateur® (« Mmmh » confirme N (M)). On le prescrivait et puis après, on l'a prescrit euh pour les... pour, pour, bref dans le cadre de l'AMM. Et après maintenant, combien de temps ? C'est 20-30 ans après, on entend parler les... les problèmes valvulaires, les machins, et tatati tatata. On ne sait pas tout ça.

Animateur : P (M) ?

P (M) : Alors, non, moi je n'exprime pas de doute euh... je propose le vaccin sans exprimer de doute. Cela dit, si je sens qu'il y a une réticence euh au niveau des gens, comme on n'est pas fous, on veut pas

se faire euh attaquer en disant « C'est vous Docteur, qui m'avait obligé à le faire » (N (M) et B (M) confirment), je leur dis : « Ecoutez, le risque il est peut-être d'1 pour 10 000 ou j'en sais rien, mais si ça tombe pour vous, c'est 100% pour votre gueule » (Rires). Donc euh... réfléchissez, si vous êtes convaincus que vous pouvez le faire, vous revenez. (Rires) Ben, non, c'est vrai, hein ?

Cl (M) : Mmmh.

N (M) : C'est vrai.

Animateur : L (M) ?

L (M) : Moi, j'exprime pas trop... de doutes. Plus les limites comme nos amis d'en face, là, Cl (M) et... J (M). Euh, moi ce qui m'arrive souvent c'est... c'est après l'explication, c'est de dire ben : « Vous... »..., éventuellement de donner quelques renseignements euh quelques adresses sur Internet®, et puis euh quelquefois, euh non souvent !, c'est, c'est de faire une ordonnance euh en disant « Ben quand vous serez décidés (N (M) acquiesce), vous avez l'ordonnance et puis, vous allez l'acheter et vous revenez . » Comme ça y a pas nécessité de faire une deuxième démarche (N (M) et Cl (M) acquiescent) en disant « Maintenant je veux le vaccin, je viens chercher l'ordonnance », mais... y a cette question de prix qui fait qu'on va pas aller acheter le vaccin et faire l'avance, faire l'avance des frais.

Animateur : Et... quelle adresse sur Internet® ?

L (M) : Moi souvent le... l'Institut de veille sanitaire et le... le bulletin euh épidémiologique euh le *BEH*.

Animateur : Et, et quelques fois les... les parents reviennent en disant : « J'ai été consulter » ?

L (M) : Oui ou bien en fais... en leur, en leur montrant et puis en imprimant la page sur euh, sur la vaccination.

W (M) : J'évite d'exprimer des doutes parce que j'ai pas beaucoup de demandes (Rires). Quand à Internet®, si je leur propose le *BEH*, ils vont pas aller voir... Donc quand ils ont une demande...(Rires). C'est une population qui est très simple.

Animateur : Une question très pratique euh... lorsque vous expliquez à quoi sert le vaccin, quels termes utilisez-vous ? Est-ce que vous utilisez toujours les mêmes mots ? Est-ce qu'il y a, hein ? Est-ce que vous avez des mots-clés qui font que, c'est... ?

J (M) : Moi, y a « virus » et y a « cancer ».

B (M) : Cancer, oui.

A (M) : Tout à fait.

L (M) : Oui.

Cl (M) : Ben que, enfin... c'est un cancer qui... protège contre le cancer du col. On se contamine par des Papillomavirus. C'est très fréquent. Si on laisse évoluer, voilà. Ça se fait en 3 injections et euh il faudra pas arrêter les frottis, voilà.

N (M) : Oui (Rires).

A (M) : Elle se réveille ?

B (M) : Oui, pareil.

P (M) : Moi pareil.

Animateur : L (M) ?

L (M) : Oui et puis de dire que j'ai jamais eu de réaction particulière après la vaccination.

P (M) (l'interrompant) : Tiens ça c'est...

Animateur : D'effet indésirable.

P (M) : J'ai jamais eu...

L (M) (reprend) : D'effet indésirable.

P (M) : Moi, comme je, j'ai la chance quand même, comme beaucoup d'entres nous, d'être un vieux praticien, je peux dire : « Ecoutez, ça fait quand même... une trentaine d'années que je fais des vaccins et... j'ai pas encore vu de morts » (Cl (M) rit). Donc euh... (Rires). Ni de complication majeure de... vaccination, à part quelques réactions inflammatoires cutanées, non j'ai jamais eu de souci majeur. Donc euh bah, on continue, y a pas de souci, on peut y aller. Le jour où j'aurai un... (Rit)

Ca (M) (l'interrompant) : T'auras une myofasciite ? Bientôt ? (Rit)

P (M) : Ouais, là... je dirais plus pareil, hein ? Ça refroidit ! (Cl (M) acquiesce)

Animateur : Ca (M) ? Ou W (M) ?

W (M) : Moi, même chose, je... les mots que j'utilise avec la patientèle c'est le... la prévention du cancer du col. Ça c'est... une porte d'entrée pour... Souvent on a par les laboratoires des petites informations qu'on leur donne. Donc je prescris facilement le vaccin, comme fait L(M), afin de pas avoir à le répéter, pour leur permettre de réfléchir et pas par Internet.

L (M) (en même temps) : Grosse inflammation... de la cuisse. J'ai repéré le numéro du lot, pour savoir si il y avait quelque chose de spécial euh...

Animateur : Chut !

Animateur : Alors, pour terminer, quelles mesures pourraient, selon vous, améliorer la couverture vaccinale en France, pour... l'HPV ?

A (M) : Répète la question s'il te plaît ?

Animateur : Quelles mesures ? Hein, ça peut être des mesures nationales, des mesures euh... Quelles mesures pourraient vous aider, pourraient permettre d'améliorer la couverture vaccinale ?

W (M) : La mesure actuelle... de faire la...

J (M) : Le rendre obligatoire.

W (M) : Faire la mesure actuelle.

Animateur : Rendre obligatoire. P (M) ?

P (M) : Germaniser les français. (Rires)

Ca (M) : Suédiser !

W (M) : La mesure actuelle va nous servir.

J (M) : Le calendrier vaccinal, actuel...

W (M) (l'interrompant) : Va nous servir.

J (M) : Eventuellement moi je l'imprime parfois pour mes patients parce que... comme il est récent j'aime... je... Il est... je trouve que ça c'est pas mal, ça.

W (M) : Oui.

P (M) : Aparté, euh tu sais pourquoi les vaccins ne sont plus rendus obligatoires, hein ? Y aura plus jamais aucun vaccin rendu obligatoire, hein ? Parce que euh... le seul vaccin obligatoire c'est le DTPolio, et en fait, comme l'Etat, à partir du moment où il rend un vaccin obligatoire est absolument responsable de ses conséquences, euh sur un plan responsabilité, l'Etat français ne voudra plus jamais rendre un vaccin obligatoire, pour ne pas être condamné (Cl (M) et J (M) acquiescent). Donc ça ne sera jamais que conseillé.

L (M) : Ouais, ouais.

P (M) : Mais c'est quand même embêtant parce que du coup, dans l'esprit des gens euh c'est pas obligatoire. Alors, bien sûr y a les vaccins comme l'hépatite B qui quelque part sont rendus obligatoires par les écoles, par un certain nombre de choses (J (M) acquiesce). Euh... je leur dis « Bah oui, c'est conseillé mais enfin, vous savez, c'est obligatoire pour faire euh tel ou tel truc ». Mais enfin, là...le Papillomavirus euh... (J (M) rit).

W (M) : Faudrait lever l'obligation pour mettre tout le monde...

J (M) : Certains métiers, certains métiers.

W (M) : Faudrait lever l'obligation pour mettre tout le monde au même niveau.

Animateur : Est-ce que vous voyez d'autres mesures qui pourraient améliorer la couverture ?

L (M) : Offrir un I-Pad pour noter les dates des prochains rendez-vous.

J (M) : Bah le prix ! Réduire le prix.

Animateur : J (M) donc euh réduire le prix. Est-ce que vous voyez d'autres... d'autres choses ?

B (M) : Peut-être que... oui... pour les médecins un peu réticents peut-être avoir des explications un peu plus euh...

Ca (M) : Oui.

A (M) (l'interrompant) : Oui ! Convaincantes.

B (M) (reprenant) : Un peu plus franches, que les labos, quoi...

Animateur : Donc avoir une source d'information euh...

L (M) : Neutre.

Animateur : Neutre.

P (M) : Pour améliorer la couverture vaccinale, y a quand même un truc par exemple, qui a amélioré considérablement la couverture vaccinale par exemple pour l'hépatite B, c'est d'avoir fait un hexavalent...

N (M) : Mmmh.

L (M) : Oui !

J (M) : Tout à fait ! Bien sûr !

N (M) : Oui.

P (M) : Ça a réglé le problème de la... couverture vaccinale pour l'hépatite B. Enfin, bon, je sais pas si maintenant on en est arrivés à 85 ou 90 %, mais il est évident qu'à partir du moment où on a eu l'hexavalent, moi, quasiment toute ma population pédiatrique est vaccinée maintenant contre l'hépatite B. Alors qu'avant euh...

J (M) (l'interrompant) : Oui, oui, ça oui.

P (M) (poursuivant) : Tu faisais un... quintavalent euh tu faisais un quintavalent et puis après ça euh tu disais aux parents : « Faudrait peut-être rajouter l'hépatite B ». Comme t'avais pas envie de piquer

- 36 fois les gamins, qui avaient déjà plein de trous dans les fesses là, tu disais : « On va faire ça quand ils seront un peu plus grands », et puis un peu plus grands, t'en avais 3 sur 4 qui le faisaient pas parce qu'on n'y pensait plus, parce que... ils avaient lu des articles, parce que ci, ou parce que nous-mêmes on n'était pas convaincus (J (M) acquiesce). Euh... aujourd'hui j... j'oublie même de dire aux gens qu'il y a l'hépatite B dans le vaccin (J (M) acquiesce), je devrais le faire... mais... parce que j'oublie. Si tu veux, c'est tellement devenu... (J (M) dit « Oui, oui ») c'est tellement devenu systématique. Donc à quand le Papillomavirus euh pour faire un septavalent ?
- B (M) : A 3 mois ?
- Animateur : Est-ce que vous voyez d'autres mesures qui permettraient d'améliorer la couverture vaccinale ?
- P (M) : Sincèrement, euh il faudrait adjoindre ce Papillomavirus euh... faire un vaccin combiné. C'est-à-dire que... tu vois euh, on le, on le combine au rappel de... du tétravalent de... de 11 ans.
- L (M) : Oui mais il faut le faire en 3 fois quand même, hein ?
- P (M) : Alors c'est, c'est... il faut le faire en 3 fois, mais... ça pourrait peut-être...
- J (M) (l'interrompant) : Mais le problème, c'est que je serais curieux de savoir dans, dans les non-vaccinations, quelle est la part de responsabilité des patients et des médecins ? Et... je serais pas loin de penser que la... la responsabilité des médecins est énorme. Donc c'est peut-être au niveau des médecins (N (M) confirme) qu'il faut aussi une campagne euh X, je sais pas euh... mais complètement indépendante des labos, enfin voilà, quelque chose de... (Cl (M) acquiesce).
- P (M) : Je pense que c'est la même problématique : nous sommes, nous-mêmes médecins dans les pays riches (Cl (M) acquiesce). C'est tout, c'est parce qu'on ne voit pas les maladies. Je peux t'assurer que je pense qu'on serait comme Ca (M) disait tout à l'heure, c'est pas un scandale de... de proposer une vaccination aussi chère dans les pays occidentaux alors que... y a que 1000 décès par an du cancer du col, alors que dans les pays africains euh c'est une hécatombe ? Je suis sûr que, tu serais médecin en Afrique...
- Ca (M) (l'interrompant) : J'irais !
- P (M) (reprenant) : Tu te poserais aucune question sur la vaccination.
- Ca (M) : Ouais, ouais.
- P (M) : Tu exprimes des doutes en France, parce que... oui, bon, attention, pour 1000 patients... machin, ça coûte cher... enfin, y a peut-être un doute scientifique et cætera. Par contre, si t'es dans un village en Afrique et que tu vois des tas de jeunes femmes mourir d'un cancer du col, je pense que tu te poseras absolument pas la question...
- B (M) : Mais c'est comme euh comme l'hépatite B dans ces cas-là... l'hépatite B, moi je... j'en connais, enfin, je connais un patient qui a eu une hépatite...
- Ca (M) (l'interrompant) : Oui mais c'est le même problème pour tout.
- B (M) (reprenant) : Donc euh effectivement, le... l'argument de l'hépatite B, souvent bah « Oui, vous allez voyager » ou « Bah oui vous allez faire des études médicales, vous allez en rencontrer », et cætera donc est-ce que toi ça, ça serait pas un, un de tes arguments de dire bah « Vous allez peut-être voyager en Afrique, avoir des relations sex... » ? Non, mais j'en sais rien, hein ? Je... je sais pas... tu vois ?
- Ca (M) : Non mais... oui, je suis à peu près cohérent, j'ai attendu longtemps avant de faire l'hépatite B, aussi, très longtemps, le plus longtemps possible.
- B (M) : D'accord, d'accord.
- Ca (M) : Et... c'est vrai que je me suis posé exactement les mêmes questions, hein ? Quand tu penses que dans le Vidal®, il est même marqué qu'on peut attraper la SEP, vraiment, marqué dans le Vidal®, avec le vaccin de l'hépatite B ! C'est quand même remarquable ! Vous êtes allés voir dans le Vidal® ?
- B (M) et Cl (M) : Non.
- Ca (M) : Et ben allez voir ! SEP, c'est marqué dans le Vidal® !
- A (M) : L'histoire de la SEP, c'est quelques, y a quelques années de ça. Au début, au début, c'était pas marqué, au début.
- B (M) : Après, attendez, y a eu plein d'autres études depuis euh...
- Ca (M) (l'interrompant) : C'est dans le Vidal®, hein ?
- B (M) (reprenant) : Oui dans le Vidal® mais attends, y a plein d'autres études médicales qui ont été faites euh qui contredisent ça donc attention, hein...
- Ca (M) : Je sais bien ! Mais en 2013, c'est dans le Vidal® ! C'est pas logique !
- B (M) : Non. Non, non, mais... ouais...
- Animateur : Dernière question : est-ce que le risque de judiciarisation peut être un frein pour vous ?
- A (M) : Tout à fait.
- Cl (M) : Oui.

Animateur (repreant) : Est-ce que vous imaginez que vous pourriez avoir à être confronté à un procès donc ça vous freine pour vacciner ?

N (M) : Non.

P (M) : Je pense pas.

J (M) : Non. D'autant qu'ils peuvent être dans les deux sens. Est-ce que on ne pourrait pas imaginer dans quelques années quelqu'un qui fait un cancer du col, qui dit « Vous m'avez même pas parlé de ce vaccin » ? Euh... tu vois ? Bref. Elle peut aller dans les deux sens, hein ?

W (M) : Ca (M) y craint pas les... y craint pas les... procédures (Rires).

Ca (M) : Je suis assuré (Rires).

P (M) : Je voulais, je voulais dire par rapport à la judicia... judiciarisation, que euh, à partir du moment où nous respectons, que ce soit pour les vaccins où n'importe quoi ce que la...

L (M) (l'interrompant) : L'AMM.

P (M) (repreant) : La Faculté nous dit, l'AMM et compagnie, on risque effectivement beaucoup plus d'ennuis judiciaires à ne pas proposer quelque chose qui est admis par la communauté scientifique (Cl (M) et J (M) acquiescent), qu'à le proposer. C'est-à-dire que, tu le proposes pas, et on peut venir te voir en disant « Si vous m'aviez proposé ». C'est le même truc que pour les diagnostics anténataux, hein ? « Si vous m'aviez proposé, voilà, ça serait pas arrivé ». Donc là, tu peux être condamné. Alors que si tu proposes un truc, parce que ça fait partie des..., et qu'il y a une complication, euh... « J'ai fait une fausse couche suite à l'amniocentèse », bah... oui mais c'est... mais bon, ça faisait partie du protocole, donc vous ne pouvez pas m'attaquer.

Ca (M) : Oui mais prouvez-moi que vous êtes bien dans les 30% ?

P (M) : Comment ?

Cl (M) : 5%.

Ca (M) : 30% sur lesquels le vaccin n'a pas marché. Vous auriez pu être dans ces 30 % et faire votre cancer du col quand même !

P (M) : Oui mais ça, c'est pas un argument !

Ca (M) : Ah bah c'en est un aussi au même titre !

P (M) : Oui mais enfin... si t'as pas fait... oui.

Ca (M) : C'est recommandé, c'est pas obligatoire !

P (M) : Oui, c'est recommandé. Alors, à partir du moment où c'est recommandé, tu peux pas être attaqué... si tu l'as pas fait.

J (M) : Je pense que si on peut être attaqué sur quelque chose, c'est sur... de... de ne pas l'avoir proposé.

Cl (M) : Mmmh.

J (M) : Et peut-être qu'il serait judicieux dans, dans... ton dossier qu'il soit marqué « proposition »... euh...

L (M) (acquiesce et ajoute) : « Proposition rejetée ».

Cl (M) : Moi je le note, moi je note.

J (M) : Et je pense que...

B (M) : Comme l'amniocentèse, comme l'hépatite B.

L (M) : Comme l'hépatite B était marquée dans beaucoup de carnets de santé, hein.

A (M) : Alors le problème... A mon avis, ça va être dans tous les cas il sera présent d'autant plus que les gens, ils veulent entendre parler, à mon avis, dans les 10 ans qui viennent de l'aléa thérapeutique. Alors on va tous passer, on va tous passer parce que soit ça n'a pas été proposé, soit on l'a proposé et ça a été fait et après ils ont attrapé quelque chose, ou comme tu dis, ils sont tombés dans les 40%, et dans ce cas-là, l'aléa thérapeutique, ça va intervenir, ça va jouer et dans tous les cas pour l'instant nos patients ne sont pas encore au courant de l'aléa thérapeutique. Ils ne savent pas c'est quoi ni comment ça marche. Mais le jour où ils veulent savoir, alors là tu vas voir ça va être mitraillé par les procès, hein ?

Animateur : Est-ce que vous souhaitez encore intervenir sur le sujet ?

(Silence)

[...] : texte coupé pour préserver la confidentialité des participants.

AUTEUR : Nom : GOUGENHEIM-FRETIN Prénom : Laure
et .Nom : SALEMBIER Prénom : Mylène

Date de Soutenance : 30 janvier 2014

Titre de la Thèse : Réticences vis-à-vis du vaccin contre le Human Papillomavirus et solutions envisagées à partir d'une étude qualitative réalisée auprès de médecins traitants et de parents d'adolescentes.

Thèse - Médecine - Lille 2014

Cadre de classement : DES Médecine Générale

Mots-clés : Human Papillomavirus, Vaccin, Réticences à la vaccination, Médecins traitants, Parents, Couverture vaccinale, Focus Groups, Entretien semi-dirigés

Résumé :

Contexte : Le cancer invasif du col de l'utérus est le deuxième cancer féminin dans le monde en fréquence. En France, où l'on compte environ 3000 nouveaux cas et 1000 décès par an actuellement, le taux de couverture vaccinale anti-HPV est seulement de 29,9%. Le vaccin est très controversé et suscite de nombreuses interrogations chez les acteurs de la décision.

Méthode : Etude qualitative utilisant la technique des Focus Groups et des entretiens individuels semi-dirigés auprès de médecins traitants et de parents d'adolescentes.

Résultats : Dans un contexte de crise de confiance envers les médicaments en France, il persiste de nombreuses interrogations sur ce vaccin récent, notamment sur son innocuité et ses conséquences à long terme. Parents et médecins s'estiment mal informés et parfois victimes d'une désinformation. L'acceptabilité du vaccin est faible, notamment à cause de son coût. La connotation sexuelle du vaccin persiste malgré les modifications du calendrier vaccinal datant d'avril 2013. La responsabilité du vaccin pèse sur les parents et les médecins traitants, qui ont des difficultés à prendre l'initiative du vaccin.

Conclusion : Médecins et patients réclament une information plus lisible et plus accessible à propos du vaccin anti-HPV. L'ensemble des professionnels de santé doit être formé de façon à avoir un discours unitaire, convaincant, rassurant, et scientifiquement valide sur le vaccin. L'amélioration des techniques de communication des médecins est nécessaire. La diminution du coût du vaccin et la poursuite de la dissociation entre vaccin et sexualité pourraient rendre son acceptabilité meilleure. Enfin, une politique de santé publique plus visible et une organisation de la vaccination en France pourraient permettre une amélioration de la couverture vaccinale.

Composition du jury :

Président : Monsieur le Professeur J.BONNETERRE

**Assesseurs : Monsieur le Professeur D.VINATIER
Monsieur le Professeur C.BERKHOUT
Monsieur le Professeur P.COLLINET
Directrice de thèse : Madame le Docteur T.DUMINIL**

