



UNIVERSITE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2018

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**QUELS SONT LES FREINS A LA VACCINATION MASCULINE CONTRE LES
PAPILLOMAVIRUS EN MEDECINE GENERALE ?**

Présentée et soutenue publiquement le jeudi 20 septembre à 16h00
au Pôle Recherche
Par **Sacha Mesnard**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Didier HOBER

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Alexandre LOUVET

Madame le Docteur Anita TILLY-DUFOUR

Madame le Docteur Audrey HOCHART

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur François DELFORGE

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

LISTE DES ABREVIATIONS

ADN : Acide DésoxyriboNucléique

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

CEGIDD : CEntre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des infections par le virus de l'immunodéficience humaine, les hépatites virales et les infections sexuellement transmissibles.

CDAG : Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit

CIN : Carcinome In Situ

CIL : Correspondant Informatique et Libertés

CMU : Couverture Maladie Universelle

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CV : Couverture Vaccinale

DTP : Diphtérie Tétanos Poliomyélite

FCU : Frottis Cervico-Utérin

FMC : Formation Médicale Continue

HAS : Haute Autorité de Santé

HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique

HPV : Human PapillomaVirus

HSH : Homme ayant des rapports Sexuels avec des Hommes

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

LGBT : Lesbiennes, Gay, Bisexuels et Transgenres

MG : Médecin Généraliste

MST : Maladies Sexuellement Transmissibles

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORL : Oto-Rhino-Laryngologie

ROR : Rougeole – Oreillons – Rubéole

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

TABLE DES MATIERES

RESUME.....	11
INTRODUCTION	13
I. Les papillomavirus humains.....	13
II. Moyens de lutte contre les papillomavirus humains.....	15
III. Recommandations vaccinales	17
IV. Objectif de l'étude.....	18
MATERIELS ET METHODE.....	19
I. Type d'étude	19
II. Recrutement des participants	19
III. Déroulement des entretiens	19
IV. Analyse des données.....	20
V. Aspect éthique.....	21
RESULTATS	23
I. Caractéristiques des entretiens	23
II. Analyse thématique.....	24
A. Le médecin généraliste et l'infection à HPV	24
1. Essentiellement des connaissances des risques féminins liés à HPV.....	24
2. Des risques masculins évoqués par certains médecins généralistes	25
3. Les modes de transmission d'HPV	26
4. Les moyens de lutte contre HPV	26
a. <i>Informar les patients</i>	26
b. <i>Promouvoir l'utilisation des préservatifs</i>	27
c. <i>La vaccination anti-HPV</i>	27
B. La vaccination anti-HPV par le médecin généraliste chez l'homme	28

1.	Une vaccination fréquemment proposée aux jeunes filles	28
2.	Une vaccination absente chez le garçon	29
C.	Freins à la vaccination anti-HPV chez l'homme	29
1.	Freins inhérents au médecin généraliste	29
a.	<i>Confusion entre AMM et recommandations</i>	29
b.	<i>Méconnaissance de la recommandation</i>	29
c.	<i>Difficulté à mémoriser le schéma vaccinal</i>	30
d.	<i>Abord de la sexualité en consultation avec les garçons</i>	30
e.	<i>La priorité, c'est les filles</i>	31
f.	<i>Manque d'information</i>	32
2.	Freins inhérents à la recommandation	33
a.	<i>Un accord de principe pour vacciner la population cible, mais des interrogations</i>	33
b.	<i>Difficulté à cerner la population cible</i>	35
c.	<i>Modalités de la vaccination</i>	37
3.	Freins inhérents aux patients	39
a.	<i>Méconnaissance des risques liés à HPV</i>	39
b.	<i>Vaccin étiqueté « cancer du col »</i>	40
c.	<i>La prévention : une affaire de filles</i>	40
d.	<i>Une population réticente aux vaccins</i>	41
e.	<i>Présence des parents</i>	43
f.	<i>Difficultés financières</i>	44
4.	Les propositions des médecins généralistes	44
a.	<i>Mieux informer les patients</i>	45
i.	<i>Rôle privilégié du médecin généraliste</i>	45

ii. <i>Implication du milieu scolaire</i>	46
iii. <i>Diffusion de l'information par les pouvoirs publics</i>	46
b. <i>La vaccination universelle</i>	48
i. <i>Une attente unanime</i>	48
ii. <i>L'exemple des pays précurseurs</i>	49
iii. <i>Comparaison avec d'autres vaccins</i>	49
iv. <i>Les avantages de la vaccination universelle</i>	50
v. <i>Mais elle soulève certaines inquiétudes.</i>	52
DISCUSSION	55
I. La méthode de recherche	55
A. Type d'étude	55
B. Forces et limites de l'étude.....	55
1. Échantillonnage et recrutement.....	55
2. Recueil des données	55
3. Analyse des données.....	56
II. Discussion des résultats	56
A. Une méconnaissance des risques liés à HPV chez l'homme	56
1. Chez les médecins généralistes	56
2. Chez les patients.....	57
3. Les solutions proposées par les MG	58
a. <i>Renforcer le rôle du milieu scolaire</i>	58
b. <i>Sensibilisation par la presse grand public</i>	59
c. <i>Sensibilisation par les autorités de santé</i>	59
B. Le tabou de la sexualité.....	60
C. Une recommandation sujette à questions	62

1. Une recommandation peu connue des MG	62
2. Des interrogations sur son application	62
3. La crainte de la stigmatisation.....	63
4. Des interrogations sur son efficacité préventive	64
D. Le plaidoyer des médecins généralistes pour une vaccination universelle .	65
E. Certaines questions restent en suspens	67
CONCLUSION	69
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	71
ANNEXES	79

RESUME

Contexte : Les papillomavirus humains (HPV) sont impliqués dans l'oncogénèse de certaines néoplasies utérines, oro-pharyngées et de 90% des cancers de l'anus. L'autorisation de mise sur le marché des deux vaccins anti-HPV a été étendue en 2014 à la prévention des lésions anales. Depuis 2017, le calendrier vaccinal recommande la vaccination des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes jusqu'à 26 ans révolus. Cette étude réalise un état des lieux des freins à la vaccination masculine en cabinet de médecine générale dans les Hauts-de-France.

Matériels et Méthode : Une étude qualitative a été réalisée par entretiens semi-directifs effectués auprès de quatorze médecins généralistes (MG) installés dans le Nord et le Pas-de-Calais. Les entretiens ont été enregistrés et menés jusqu'à confirmation de la suffisance des données. Une analyse thématique des verbatims a ensuite été réalisée après triangulation.

Résultats : Les MG interrogés étaient conscients du problème de santé publique que représentent les HPV mais déclaraient n'avoir vacciné aucun patient masculin. Ils déploraient la réticence de la population générale envers les vaccins et son manque d'information sur les risques liés aux HPV chez l'homme. La plupart des MG ne connaissaient eux-mêmes pas cette recommandation. La difficulté à sensibiliser la population cible du fait du tabou de la sexualité et le caractère potentiellement stigmatisant de la recommandation étaient mis en avant. Des doutes étaient émis quant à la possibilité d'identifier et vacciner les patients concernés avant le premier contact sexuel. Le non remboursement du vaccin en médecine de ville était considéré par les MG comme un important facteur prédictif de refus de la part de la population cible. Une meilleure sensibilisation de la part des pouvoirs publics

auprès des jeunes au sujet des risques liés aux HPV et la mise à contribution du milieu scolaire était souhaitées.

Conclusion : Les freins à la vaccination masculine contre les papillomavirus sont nombreux. Une meilleure information des patients et une vaccination universelle sont plébiscitées par les MG.

INTRODUCTION

I. Les papillomavirus humains

Les papillomavirus humains (HPV) font partie de la famille des *Papillomaviridae*. 118 génotypes de papillomavirus ont été séquencés entièrement dont 96 affectant l'espèce humaine (1).

HPV est la première cause d'infection sexuellement transmissible (IST) au niveau mondial. On estime que plus de 70 % des hommes et des femmes sexuellement actifs sont contaminés par au moins un HPV au cours de leur vie (2). Parmi les HPV à tropisme muqueux l'*International Agency for Research on Cancer* (IARC) a classé les types en fonction de leur risque oncogène (**Tableau 1**). Les HPV dits à « risque oncogène bas » sont responsables de la formation de condylomes acuminés ou LSIL (*low-grade squamous intraepithelial lesions*) et ceux à « risque oncogène élevé » sont impliqués dans l'apparition de cancers ou de HSIL (*high-grade squamous intrapethelial lesions*).

Tableau 1 : Classification des principaux HPV ano-génitaux selon leur pouvoir oncogène (3)

HPV à risque oncogène élevé	16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59,
HPV potentiellement à risque oncogène élevé	26, 53, 66, 68, 73, 82
HPV à risque oncogène bas	6, 11, 13, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 70, 72, 81, 89

La répartition mondiale des différents génotypes de HPV n'est pas homogène. Néanmoins, quelle que soit la population étudiée les HPV à risque oncogène élevé sont plus répandus (66,7 %) que les HPV à risque oncogène bas (27,7 %). L'HPV 16 dont le pouvoir oncogène est le plus élevé a une prévalence mondiale de 26,3 % (4).

La contamination par HPV est dans 90 % des cas transitoire et asymptomatique. La clairance des HPV est rapide : en moyenne 70 % des infections disparaissent spontanément en 12 mois et 90 % en 24 mois (5). Dans 10 % des cas, la persistance de l'infection cervico-vaginale par un HPV à risque élevé entraîne l'apparition de lésions précancéreuses (néoplasies cervicales intraépithéliales ou CIN). Le risque de progression vers un cancer invasif du col (carcinome épidermoïde ou adénocarcinome) est fonction du stade de CIN (1 % pour les CIN1, 5 % pour les CIN2 et supérieur à 12 % pour les CIN3) (6). L'incubation peut durer jusqu'à 10 ans avant l'apparition des premières lésions muqueuses. Il est donc difficile de déterminer l'agent causal de l'infection. HPV 16, type le plus oncogène, présente le plus fort taux de persistance.

Le cancer du col de l'utérus est la 12^{ième} localisation néoplasique chez la femme en France métropolitaine et la 10^{ième} cause de mortalité par cancer avec une projection de 1080 décès en 2017 (7). La part des cancers invasifs du col de l'utérus attribuables aux HPV 16 et 18 est de 70,7 % dans le monde et 81,8 % en France (6).

HPV est par ailleurs impliqué dans les cancers de la vulve, du vagin, du pénis et de certains cancers ORL (carcinomes épidermoïdes du pharynx et de l'oropharynx). Pour 15 à 20 % de ces tumeurs ORL, l'infection des voies aérodigestives supérieures par les HPV à risque oncogène élevé est un facteur de risque indépendant du tabac et de l'alcool (8). Le type 16 est retrouvé dans 90 % des tumeurs des voies aérodigestives supérieures HPV positives (9).

HPV est également responsable de 90 % des cancers du canal anal, les génotypes 16 et 18 étant retrouvés dans 90 % de ces cas (10). Cette néoplasie est rare, l'incidence mondiale étant d'un cas pour 100 000 habitants. Elle est néanmoins en augmentation, en particulier dans les pays développés (11). Le risque de développer un cancer anal est vingt fois plus élevé chez les hommes ayant des rapports avec des hommes (HSH) que chez les hétérosexuels avec une incidence maximale chez les HSH infectés par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) (12). Un génotype à risque oncogène élevé est incriminé dans un tiers des infections anales à HPV chez l'homme dont la prévalence est de 64 % chez les HSH contre 25 % chez les hétérosexuels (13).

II. Moyens de lutte contre les papillomavirus humains

Le principal mode de transmission d'HPV est le rapport sexuel avec pénétration mais il ne s'agit pas du seul puisque HPV est retrouvé chez 2 % environ des femmes naïves de tout contact sexuel (4). Une étude longitudinale réalisée chez 603 étudiantes américaines ayant eu des rapports oro-génitaux ou digito-génitaux sans antécédent de pénétration retrouve une augmentation du taux de contamination par HPV (14). Un simple contact peau-muqueuse peut donc être vecteur de contamination. Une autre étude prouve la présence de molécules d'ADN d'HPV sur des surfaces non épithéliales comme des sondes endovaginales d'échographie sans néanmoins démontrer de lien direct entre la présence d'HPV sur le matériel médical et un possible risque de transmission virale (15). HPV est également retrouvé dans les sous-vêtements féminins avec un risque significativement plus important de récurrence des lésions chez les patientes dont la lingerie est infectée (16). Enfin la

transmission materno-fœtale d'HPV 6 ou 11 semblerait être l'une des étiologies possibles de la papillomatose laryngée juvénile (17).

Bien qu'étant utile dans la lutte contre HPV, le préservatif voit son rôle limité dans la prévention d'HPV compte tenu de la multiplicité des modes de transmission (4). Une méta-analyse réalisée en 2002 n'a pas mis en évidence de réduction de risque de contamination par HPV avec l'utilisation du préservatif, mais a objectivé une diminution de risques de condylomes et de CIN (18).

Le principal outil de prévention primaire des HPV est donc le vaccin. Le vaccin bivalent CERVARIX®, actif contre HPV 16 et 18 ainsi que le vaccin quadrivalent GARDASIL®, actif contre HPV 6, 11, 16 et 18 ont reçu leur autorisation de mise sur le marché (AMM) en septembre 2007 et septembre 2006, respectivement. Les AMM initiales concernaient la prévention des lésions précancéreuses du col de l'utérus et du cancer du col de l'utérus (19). L'AMM du GARDASIL® incluait également la prévention des condylomes acuminés dus à HPV 6 et 11 (20). Depuis le 6 juin 2014, l'AMM des deux vaccins a été étendue à la prévention des lésions anales précancéreuses et cancéreuses (21). Le nouveau vaccin nonavalent GARDASIL9®, actif contre HPV 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 et 58, a obtenu l'AMM en 2015 et devrait être disponible prochainement. Cette AMM est européenne et concerne les « *individus de plus de 9 ans* » sans en spécifier le sexe (22). Les recommandations vaccinales dépendent ensuite de chaque pays.

L'efficacité de GARDASIL® sur la diminution de l'incidence de survenue de néoplasies intraépithéliales de l'anus chez les HSH a été démontrée par une étude multicentrique (23). Son efficacité sur la diminution des condylomes a été prouvée chez les hommes sexuellement actifs, sans distinction de leur orientation sexuelle, avec une diminution significative de 89 % des infections anogénitales (24). La

sécurité d'emploi du vaccin chez les garçons a également été démontrée (25).

III. Recommandations vaccinales

Le calendrier vaccinal français 2017 introduit une nouvelle recommandation concernant la vaccination contre les infections à HPV : pour les HSH jusqu'à 26 ans révolus, trois doses du vaccin GARDASIL® ou du vaccin GARDASIL9® sont recommandées (0, 2 et 6 mois) (26). Tout comme chez les filles, la nécessité d'une dose de rappel n'a pas été établie. Cette recommandation a été reconduite à l'identique dans le calendrier vaccinal 2018 (**Annexe 1**) (27).

Cette nouvelle recommandation fait suite à l'avis du Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) qui rappelle que la couverture vaccinale chez les femmes procure une protection indirecte chez les hommes hétérosexuels . Les HSH sont exposés à un risque plus élevé de cancer anal et ne sont théoriquement pas concernés par la protection indirecte de la vaccination des filles.

Le GARDASIL9® possède une AMM européenne décentralisée et concerne filles comme garçons à partir de l'âge de 9 ans. En France le vaccin ne fait pas partie de la liste des produits remboursés pour les garçons. Par conséquent le HCSP préconise d'orienter les HSH vers les centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CEGIDD) s'ils souhaitent bénéficier d'une vaccination gratuite.

Le HCSP a donc introduit cette nouvelle recommandation chez les HSH et a rappelé en parallèle l'importance d'augmenter la couverture vaccinale chez les filles afin d'arriver à une couverture vaccinale (CV) supérieure à 50 % pour obtenir une immunité de groupe avec les garçons hétérosexuels. En effet une méta-analyse a démontré qu'une CV inférieure à 50 % implique l'absence d'immunité de groupe (28).

Or la couverture vaccinale chez les filles avec un schéma vaccinal complet n'était que de 39 % en France en 2012 (29).

D'autres pays ont fait le choix d'une vaccination universelle sans distinction de genre ou d'orientation sexuelle : l'Australie, le Canada, les États-Unis et l'Autriche appliquent ainsi un programme de vaccination universelle contre HPV. La Province canadienne de Prince Edward Island a été l'une des premières régions du pays à introduire la vaccination pour les garçons. Celle-ci est réalisée à l'école et le taux de vaccination des garçons approche celui des filles : en 2014, 84,9 % des jeunes filles avaient reçu le schéma complet contre 79 % des garçons (30).

Ces pays visent un objectif de CV chez les filles et les garçons supérieur à 80 % ; ce seuil permet d'envisager l'éradication des HPV 6, 11, 16 et 18 (31).

IV. Objectif de l'étude

Le médecin généraliste est le premier recours pour la vaccination. L'AMM du GARDASIL® autorise la vaccination des garçons et la nouvelle recommandation de l'HCSP introduite en 2017 préconise de vacciner une population cible que constituent les HSH de moins de 26 ans. Cette nouvelle recommandation affiche comme principal but la diminution de l'incidence des condylomes et du cancer anal chez les HSH. Nous ne disposons pas encore de donnée épidémiologique sur la couverture vaccinale des garçons pour le vaccin contre les papillomavirus en France.

L'objectif principal de cette étude est d'analyser les freins à la vaccination des garçons contre les papillomavirus humains et de comprendre comment celle-ci est abordée par les médecins généralistes dans la région des Hauts-de-France avec les patients de sexe masculin.

MATERIELS ET METHODE

I. Type d'étude

Ce travail est une recherche qualitative menée auprès de médecins généralistes (MG) des Hauts-de-France par le biais d'entretiens semi-directifs. Cette méthode d'analyse permet d'analyser le vécu et le ressenti de la population cible.

II. Recrutement des participants

Les participants étaient des MG thésés. Les critères d'inclusion étaient d'exercer une activité libérale dans la région des Hauts-de-France et d'être installé ou de remplacer régulièrement. Les participants ont été contactés par l'auteur de l'étude par téléphone ou courrier électronique. Afin d'obtenir des réponses spontanées et révélatrices des pratiques des médecins, l'auteur ne précisait pas, dans la mesure du possible, l'objet de l'étude lors du recrutement. Les médecins ont été recrutés initialement dans l'entourage de l'auteur et de son directeur de thèse puis sur recommandations des médecins initialement interrogés. La participation était volontaire et bénévole ; l'auteur informait chaque participant de l'anonymisation des données recueillies. La taille de l'échantillon dépendait de la suffisance des données et ne pouvait donc pas être établie préalablement.

III. Déroulement des entretiens

Les entretiens individuels se sont déroulés de novembre 2017 à juin 2018. Le premier entretien, réalisé le 7 novembre 2017, n'a pas été interprété dans les résultats. Il s'agissait en effet d'un entretien test afin de réaliser la micro-analyse,

affiner le guide d'entretien semi-directif (**Annexe 2**) et permettre à l'auteur de l'étude de se familiariser avec la méthode qualitative. Les entretiens ont tous été réalisés par l'auteur de l'étude. Ils se sont déroulés au cabinet des MG, au département de Médecine Générale de la Faculté de Médecine Henri Warembourg de Lille ou au domicile du médecin interrogé, selon leur convenance. L'objet de la recherche était précisé en début d'entretien. Le guide d'entretien semi-directif a été initialement élaboré à l'aide des données de la littérature et modifié au cours de l'étude. Après information et accord des participants, les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un smartphone iPhone 8 (Apple Inc., Cupertino, CA, États-Unis). Les MG donnaient leur tranche d'âge, leur sexe, leur durée d'installation et leur milieu d'exercice (rural, semi-rural, urbain).

IV. Analyse des données.

Les enregistrements vocaux ont été retranscrits *ad integrum* grâce au logiciel de traitement de texte Word 2011 (Microsoft Corporation, Redmond, WA, Etats-Unis), les verbatims ainsi obtenus ont été anonymisés et analysés à l'aide du logiciel NVivo 10 (QSR international Pty Ltd, Melbourne, Australie).

La première étape consiste en un codage dit « ouvert » : chaque verbatim est analysé par l'auteur et les idées ou le ressenti exprimés par les participants sont exprimés en codes appartenant donc au domaine de l'expérientiel (32). Le codage ouvert était réalisé en parallèle par un autre intervenant, Louis Merlin, également interne en Médecine Générale. Ce double codage, désigné par le terme de « triangulation », permet d'assurer la validité interne de l'étude en limitant la subjectivité de l'interprétation.

La deuxième étape est le codage dit « axial ». Il s'agit d'imbriquer les différents codes obtenus afin de parvenir progressivement à une théorie.

La troisième étape est le codage dit « sélectif ». Certains codes obtenus s'éloignent de la problématique de recherche et ne sont pas intégrés. Cette étape permet de sélectionner les éléments jugés comme pertinents.

La suffisance des données est obtenue lorsqu'aucun nouveau code n'est généré lors du codage ouvert d'un entretien, après triangulation. La suffisance des données a été obtenue au douzième entretien et confirmée par l'absence d'émergence de nouveaux éléments de codage lors de deux entretiens supplémentaires.

V. Aspect éthique

Compte tenu de l'enregistrement et de l'exploitation de données vocales, le Correspondant Informatique et Libertés (CIL) de l'université Lille 2 a été sollicité afin de réaliser une déclaration auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL). Selon les recommandations du CIL les données étaient conservées sur un disque dur externe chiffré dont l'accès nécessitait un mot de passe.

L'auteur de la recherche a contacté par courrier électronique le service juridique de la Direction Générale de la Santé à Paris. La juriste du bureau « Qualité des Pratiques et Recherches Biomédicales » de la sous-direction « Politiques des Produits de Santé, de la Qualité des Pratiques et des Soins » a confirmé que cette recherche ne nécessitait pas l'avis d'un Comité de Protection des Personnes. Aucune donnée concernant la patientèle des praticiens interrogés n'a été recueillie.

RESULTATS

I. Caractéristiques des entretiens

Les entretiens se sont déroulés du 12 décembre 2017 au 26 juin 2018. Tous les MG sollicités ont accepté de participer à l'étude. Les caractéristiques déclarées par les médecins participants sont présentées dans le **Tableau 2**.

Tableau 2 : Caractéristiques des médecins interrogés.

Médecin	Sexe	Tranche d'âge	Département d'exercice	Lieu d'exercice	Durée d'installation
M1	M	30-39 ans	Nord	Urbain	1 an
M2	F	30-39 ans	Nord	Urbain	1 an
M3	F	30-39 ans	Nord	Urbain	2 ans
M4	M	50-59 ans	Nord	Urbain	28 ans
M5	M	30-39 ans	Pas-de-Calais	Urbain	3 ans
M6	F	30-39 ans	Pas-de-Calais	Semi-rural	1 an
M7	F	50-59 ans	Pas-de-Calais	Urbain	23 ans
M8	M	40-49 ans	Nord	Urbain	13 ans
M9	F	30-39 ans	Pas-de-Calais	Rural	1 an
M10	F	30-39 ans	Nord	Semi-rural	8 ans
M11	M	30-39 ans	Nord	Urbain	4 ans
M12	F	30-39 ans	Nord	Semi-rural	1 an
M13	M	50-59 ans	Nord	Semi-rural	32 ans
M14	M	50-59 ans	Nord	Semi-rural	25 ans

Note : M : masculin ; F : féminin

Deux entretiens ont eu lieu au domicile des participants, deux au Département de médecine générale de la faculté de Médecine Henri Warembourg de Lille et dix en cabinet. Les entretiens ont duré de 8 à 35 minutes pour une moyenne de 15 minutes. Les médecins interrogés exerçaient tous une activité libérale, dans les départements du Nord et du Pas-de-Calais.

II. Analyse thématique

Les citations permettant l'analyse thématique sont issues des verbatims et retranscrivent donc le plus fidèlement possible l'expression des médecins interrogés.

A. Le médecin généraliste et l'infection à HPV

1. Essentiellement des connaissances des risques féminins liés à HPV

A l'évocation d'HPV, les MG interrogés évoquaient tous spontanément les risques d'évolution vers des lésions cancéreuses du col de l'utérus.

M10	<i>« Alors, en général... directement bien sûr : cancer du col de l'utérus, d'emblée. »</i>
M3	<i>« Les lésions type condylomes, etc. Enfin les lésions pré cancéreuses du col aussi chez les petites filles... enfin chez les filles, femmes plutôt, et euh... Voilà, le cancer du col de l'utérus. »</i>

Les MG insistaient généralement sur le problème de santé publique posé par HPV dans la population générale.

M6	<i>« Euh... HPV donc c'est le papillomavirus qui est donc, euh... qui fait partie des MST, qui euh... qui est un gros problème de santé majeur, puisque... bah évidemment on parle beaucoup du cancer du col de l'utérus mais également des condylomes. »</i>
M13	<i>« Bah c'est le papillomavirus, hein ? Le... c'est donc le... je pense un</i>

	<i>nouveau fléau, hein. Chez, bah pour nous actuellement c'est surtout chez les jeunes filles, hein. Puisque, euh... le risque du cancer du col on a bien prouvé que ça pouvait être lié à la présence de ce papillomavirus. »</i>
--	--

2. Des risques masculins évoqués par certains médecins généralistes

Certains des MG évoquaient également spontanément les risques d'HPV chez l'homme avec l'évocation des cancers de l'an us, certains cancers ORL et les condylomes.

M12	<i>« Enfin, je pense... peut-être par rapport... enfin, lié aux lésions anales quand ils ont des rapports... cancer des muqueuses, cancer anal. »</i>
M3	<i>« Oui, ce serait bénéfique pour les garçons. Bah du coup avec ce qu'on... bah avec les cancers du rectum etc., ce serait aussi bénéfique pour les garçons. »</i>
M7	<i>« Des condylomes à crête de coq. Ça m'évoque des cancers de l'amygdale. »</i>
M5	<i>« Euh, qui entraînent des lésions précancéreuses et des cancers du col de l'utérus, éventuellement des cancers, euh... de la marge anale, quelques cancers ORL, euh... »</i>

Les MG interrogés témoignaient de conséquences particulièrement marquantes d'HPV chez certains de leurs patients de sexe masculin.

M1	<i>« Je me rappelle d'un patient qui avait des infections... périnée complet, qui avait dû se faire cramer... enfin... Pendant 15 jours il n'a pas pu s'asseoir, donc juste ça... et puis après, éviter les cancers anal [sic] je pense... Les trucs comme ça à éviter. »</i>
M10	<i>« Et puis moi-même quand j'étais externe en [pays d'origine du MG], j'ai dû tenir pendant une heure, presque une heure, un pénis qui était bouffé de condylomes et mon rôle c'était de tenir pendant que c'était grillé avec le cautérisateur alors ça, ça m'évoque l'HPV. »</i>
M6	<i>« Et puis surtout, effectivement... bah les lésions de condylome, moi je suis désolée, mais pour une connerie de condylome j'ai quand même vu un mec à qui on a enlevé toute la charnière recto-colique, quoi ! »</i>

3. Les modes de transmission d'HPV

Les MG interviewés décrivaient HPV comme très contagieux. Ils évoquaient la transmission sexuelle du virus et sa présence possible dès les premiers rapports.

M14	<i>« HPV positifs pour des jeunes filles, j'en ai parfois assez rapidement dès les premiers rapports. Donc quelque chose de très commun d'une part, de très contaminant visiblement et puis bon, avec des lésions diverses et variées, euh... essentiellement, lésions du col pour ce qu'on voit en prélèvements, euh... »</i>
M4	<i>« Maladie virale, euh... potentielle omniprésente, une contagiosité, euh... très importante, euh... »</i>

Seuls deux MG citaient certains modes de transmission d'HPV tels que les rapports oro-génitaux ou de simples contacts sexuels sans pénétration.

M6	<i>« Faire attention sur les rapports buccaux surtout, puisque ça, on n'y pense pas beaucoup, et puis... bah, sur les rapports effectivement sexuels de manière générale. »</i>
M10	<i>« Et sensibiliser. Depuis cette thèse qu'on a fait à partir de la littérature, qu'on a trouvé que même sans pénétration femmes et femmes ou bien hommes et hommes, tu peux le chopper comme ça. Et ça, je pense il y a beaucoup qui le savent pas [sic]. »</i>

4. Les moyens de lutte contre HPV

a. Informer les patients

A l'évocation des moyens de prévention, apparaissait primordial pour les MG interrogés l'information du patient sur les risques liés à HPV et les IST en général.

M2	<i>« En général, bah il y a la prévention orale, enfin en parler déjà. Que les gens connaissent et savent [sic] comment ça se transmet, et puis après il y a la vaccination et puis voilà (rire). J'ai pas l'impression que il y ait beaucoup de chose de plus (rire). En tout cas rien qui ne me vienne à l'esprit. »</i>
M6	<i>« Donc effectivement... donc le vaccin. Et puis après c'est tout ce qui est prévention euh... générale sur les MST : déjà de l'information, expliquer ce que c'est [...] Et c'est l'information qui prime. »</i>

M5	<i>« Euh... alors les moyens non médicamenteux éducatifs, c'est limiter le nombre de partenaires, mais après c'est pas... C'est plus informer sur le fait de limiter l'exposition, donc c'est un virus qui est... euh, à transmission sexuelle, c'est une infection sexuellement transmissible en fait. »</i>
----	---

La nécessité d'un suivi gynécologique avec réalisation de FCU était également citée par les MG pour lutter contre HPV.

M13	<i>« Euh... bah, les moyens de lutte [...] après, bon... se rapprocher aussi de confrères gynécologues, euh... pour un suivi. »</i>
M3	<i>« Bah, après c'est plus la prévention. Enfin, c'est plus le suivi par frottis etc. Quand... enfin à partir de 25 ans : un premier frottis à 25 ans et un, un an après. Après, je crois que c'est tous les trois ans et euh... donc après c'est détecter au plus tôt les lésions précancéreuses pour potentiellement... ou après les condylomes bien sûr ! Quand il y a des condylomes, c'est visible donc ça c'est plus facile pour, euh... voilà, pour éviter justement, derrière, les lésions cancéreuses. »</i>
M5	<i>« Et après, en prévention secondaire ça va être du dépistage. Et pour les femmes, c'est le frottis cervico utérin bien sûr. »</i>

b. Promouvoir l'utilisation des préservatifs

La plupart des MG interrogés citaient également le préservatif comme moyen de prévention d'HPV.

M12	<i>« Euh... et puis bah, forcément le préservatif du coup, qui reste la base quand même pour tout ce qui est MST. »</i>
M5	<i>« Donc comme toutes les autres IST, ça se prévient par l'utilisation d'un préservatif, et donc : éducation sur "limiter le nombre de partenaires". Ouais... »</i>
M9	<i>« Bah, il y a tout ce qui est protection mécanique : donc préservatifs, on va dire »</i>

c. La vaccination anti-HPV

Finalement c'est la vaccination qui apparaissait pour les MG, l'outil le plus efficace pour prévenir les risques liés à HPV.

M1	<i>« Vaccin bien sûr ! En prévention, chez les filles je le fais dès que possible. »</i>
M7	<i>« Il n'y a pas vraiment de bon moyen de prévention de ces choses-là. Donc le vaccin, euh... peut être un moyen de prévention. »</i>
M8	<i>« C'est les vaccinations essentiellement qui permettent de lutter contre. »</i>
M9	<i>« Et après, c'est surtout la vaccination que je connais. Ouais, je pense que j'ai que ça en moyen de lutte. »</i>

B. La vaccination anti-HPV par le médecin généraliste chez l'homme

1. Une vaccination fréquemment proposée aux jeunes filles

Tous les MG interrogés déclaraient proposer le vaccin anti-HPV à toutes les jeunes filles, à partir de 11 ans.

M1	<i>« Vaccin bien sûr, en prévention, chez les filles je le fais dès que possible [...]. Dès que je peux, si je percuté, systématiquement je le propose à 11 ans au bilan, en même temps que le DTP des 11-13 ans : c'est là que je propose. »</i>
M11	<i>« Toutes les jeunes filles, euh... à partir de 11 ans. Euh... après avec le rattrapage jusque 19 ans. »</i>
M13	<i>« Oh bah moi, je le propose d'emblée à toutes les jeunes filles... C'est possible de commencer tôt maintenant, puisqu'on peut le commencer beaucoup plus tôt qu'avant : à 11 ans on peut commencer à les vacciner. »</i>

Bien que systématiquement proposé, ce vaccin était finalement peu réalisé, même chez les jeunes filles.

M2	<i>« Et franchement moi, je suis pas très vieille hein ! J'ai peut-être dû vacciner deux personnes, seulement, depuis le début de mon activité. Avec un GARDASIL®. »</i>
M12	<i>« Du moins on essaye, parce que même chez les jeunes filles c'est pas forcément, euh... c'est pas forcément non plus intégré... qu'il faut faire ce vaccin-là. Donc c'est déjà compliqué. »</i>

2. Une vaccination absente chez le garçon

De manière unanime, les MG déclaraient n'avoir vacciné aucun de leur patient de sexe masculin et n'avoir pas connaissance d'homme vacciné contre HPV dans leur patientèle.

M1	« Euh, les garçons pas encore, parce qu'on n'a pas encore l'AMM. J'attends qu'elle arrive, clairement. »
M2	« Ah non, puisqu'en plus j'ignorais à moitié la reco. Alors du coup, je ne me serais pas aventurée là-dedans... »
M3	« Bah, non du coup. Bah, je savais pas que c'était... Voilà c'est bien j'aurai appris un truc aujourd'hui (rire). »
M13	« Ah non, pas encore. Je n'ai jamais vacciné de garçon. »

C. Freins à la vaccination anti-HPV chez l'homme

1. Freins inhérents au médecin généraliste

a. Confusion entre AMM et recommandations

Il existait chez certains MG une confusion entre AMM et recommandations. En effet l'AMM n'est pas spécifique aux filles et permet donc théoriquement de vacciner les garçons. La recommandation française cible une population masculine spécifique : les HSH de moins de 26 ans.

M1	« J'attends l'AMM chez les garçons. Dès qu'elle est là, on y va. »
M3	« Le vaccin anti-HPV, mais je savais même pas que c'était ouvert aux garçons. »
M14	« Non, mais c'est de bon sens et effectivement c'est pas fait. Mais il y a pas d'AMM. »

b. Méconnaissance de la recommandation

La majorité des MG interrogés ne connaissaient pas la dernière recommandation concernant les garçons.

M2	« Mais j'ai pas entendu : ni la dernière reco, ni si elle est sortie, ni quoi que ce soit, ni si elle va vraiment sortir. »
M6	« Très vaguement (rire). Pour moi c'était pas encore sorti du tout. »

Les MG connaissant la recommandation avaient interprété la possibilité d'orienter le patient vers les CEGIDD comme une impossibilité de les vacciner eux-mêmes.

M4	« Aux jeunes filles, et puis j'aurais tendance maintenant avec la recommandation de le proposer aux homosexuels masculins avant 25 ans. [...] mais on n'est pas concerné, puisque dans la recommandation elle est proposée dans les CEGIDD, euh... »
M5	« Je sais que depuis 2018 il y a la nouvelle reco... Enfin le calendrier vaccinal... maintenant c'est ajouté "pour les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes" [...], j'avais eu ça mais je crois me souvenir (j'ai peut-être tort) qu'on ne peut pas le prescrire nous-même et on ne peut pas les vacciner. »

c. Difficulté à mémoriser le schéma vaccinal

A l'évocation du calendrier vaccinal, nous constatons une difficulté chez certains MG à le mémoriser précisément.

M2	« Je sais qu'il y a un rattrapage, mais je ne sais plus exactement jusque quel âge. Donc, euh... du coup je vérifie toujours dans le VIDAL® et c'est tout (rire). »
M3	« Le vaccin anti-HPV chez les jeunes filles, je pense que ça commence à partir de 12 ans maintenant, jusqu'à... C'est pas jusqu'à un an après le début des rapports ? Un truc comme ça ? »

d. Abord de la sexualité en consultation avec les garçons

Les MG soulevaient la difficulté à aborder la question de la sexualité avec les patients de sexe masculin.

M6	« Je me suis vraiment beaucoup, beaucoup posé la question. Bah vraiment sincèrement, de me dire "Bah voilà, j'ai un garçon. Comment est-ce que je vais pouvoir lui parler de sexualité ?", déjà d'une. Alors j'ai déjà
----	--

	<i>essayé, j'ai déjà tenté deux trois reprises, j'ai cru que les mecs allaient me frapper (rire). »</i>
M7	<i>« Donc bah, si on vaccine tout le monde au même âge, ce ne sera pas forcément un plus pour parler de la prévention des maladies sexuellement transmissibles avec les garçons.... A 11 ans ils jouent encore aux petites autos. »</i>

En effet, contrairement aux jeunes filles chez qui les motifs de consultation sont nombreux pour introduire la question de la sexualité, notamment via la contraception, une accroche spécifique serait d'après les MG nécessaire auprès des garçons.

M12	<i>« Alors elles viennent – les jeunes filles – elles viennent peut-être pour une prescription de pilule ou pour discuter de contraception, et puis du coup j'essaye d'embrayer sur le vaccin. Mais alors le garçon pour le coup, il va venir pour un mal de gorge [...]. Euh, alors soit on parle de MST parce qu'il a des rapports à risque, et auquel cas là je peux embrayer sur l'HPV, mais sinon euh... bah voilà il va pas me parler de pilule, il va pas me parler de... »</i>
M5	<i>« Après, c'est peut-être plus simple de savoir pour les femmes à la rigueur. Si elles ont des rapports homosexuels, éventuellement par rapport à la contraception, par rapport à si elle dit qu'elle n'a pas besoin de contraception... Voilà, ça peut être une "piste" entre guillemets... »</i>
M9	<i>« Bah, je l'aborde facilement quand c'est par exemple pour une contraception, quand c'est la fille qui vient. Mais c'est vrai qu'avec les garçons, pas tellement. Mais déjà, j'en ai pas beaucoup entre 15 et 20 ans... mais donc c'est pour ça qu'à mon avis j'en parle pas tellement. Mais ouais... après, à moins qu'ils viennent pour un problème, qu'ils veulent faire des sérologies, à ce moment-là on pourra en parler un petit peu. »</i>

e. La priorité, c'est les filles

Des MG reconnaissent que leur priorité actuelle était la vaccination des filles.

M11	<i>« Ouais... mais euh, bon... J'essaye déjà de me concentrer sur "vacciner toutes les filles", ce sera déjà pas mal. [...] Je pense que, en France, il ne faut pas trop en rajouter des vaccins, parce qu'on est... Si déjà on arrive à appliquer le schéma vaccinal qu'on a actuellement, ce sera déjà pas mal, quoi. On gagnera suffisamment déjà à faire ça. »</i>
M4	<i>« Non, parce que quand on parle du vaccin, euh... aux filles, euh... on est plus dans une démarche de devoir déjà les convaincre de le faire pour</i>

	<i>leurs filles. [...] Mais déjà si on avait une meilleure couverture chez les filles, on serait déjà content, avant de parler d'une couverture universelle. »</i>
M13	<i>« Déjà chez les filles. Si déjà on arrivait à vacciner toutes les filles, ce serait déjà bien. »</i>

f. Manque d'information

Les MG participaient tous à une formation médicale continue (FMC) et soulignaient le défaut d'information concernant la dernière recommandation, aussi bien émanant des FMC que des autorités de santé.

M8	<i>« Le HPV et toutes ses conséquences ? Non, je n'ai pas fait de formation particulière là-dessus. »</i>
M9	<i>« Non, non, on n'a jamais... Non c'est pour ça que je ne la connaissais pas cette recommandation, je savais pas. »</i>
M12	<i>« Non, mais après c'est des formations. Les FMC c'est des réunions à thème en fait, donc tu t'inscris une fois que tu connais le thème de la réunion. Pour l'instant j'ai pas eu de proposition sur, euh... sur les nouvelles reco et sur l'HPV et tout ça. [...] Mais ceci dit, je pense pas qu'on soit très bien informé : j'ai reçu aucun courrier de l'HAS. Aussi j'ai des mails Vidal® qui actualisent les reco et tout ça : j'ai rien reçu à ce sujet-là depuis que je suis installée. Donc, euh... »</i>

Seul un MG avait été sensibilisé sur la dernière recommandation par une FMC, les autres MG en avaient pris connaissance par le calendrier vaccinal.

M11	<i>« Euh... on n'a pas fait de formation sur cette vaccination. Après, j'ai lu le calendrier vaccinal. »</i>
M5	<i>« Je suis le calendrier vaccinal, c'est assez clair. »</i>

2. Freins inhérents à la recommandation

a. Un accord de principe pour vacciner la population cible, mais des interrogations

Concernant la recommandation sur la vaccination des HSH avant 26 ans, les MG donnaient un accord de principe pour protéger la population cible.

M10	« <i>Et du coup, voilà la problématique avec les garçons et du coup l'utilité du vaccin chez les hommes. Et là je dirais pareil : occasionnel ou exclusivement avec d'autres hommes, je trouve ça super important. »</i>
M4	« <i>Le risque : il est supérieur chez la fille que chez le garçon puisque c'est surtout l'homosexuel masculin qui a un risque de cancer du canal anal. »</i>
M1	« <i>Je pense que c'est bien. C'est intéressant et ça peut éviter plein de patho infectieuses casse-pieds et invalidantes. »</i>

Certains MG émettaient néanmoins des doutes quant à l'application concrète de cette recommandation :

- Évocation pour certains MG d'une recommandation stigmatisante.

M10	« <i>Bah tu vois, pour moi c'est une forme de stigmatisation, carrément, c'est comme les trucs de gay friendly. Dans notre thèse de frottis pour les filles, Professeur [anonymisé], il avait dit "faut pas avoir des lieux dédiés... il faut que – si on veut que les visions et l'acceptation changent – il faut passer par la normalité". »</i>
M6	« <i>Du coup, faut que je lui demande : "Et sinon vous aimez les hommes ?" (rire). "Parce que : si vous aimez les hommes, je peux vous proposer un vaccin. Par contre sinon, vous allez vous gratter, quoi...". Ça veut dire quoi ? Le risque : il est le même. Enfin si ça se trouve, le mec il se tape des putes [sic] enfin ! Bah, pourquoi il serait moins... clairement, pourquoi il serait moins à risque que... bah, un homosexuel ? Quoi, enfin je veux dire, c'est... enfin, je trouve que la recommandation elle est honteuse pour ça ! [...] Je trouve que c'est horrible, tu vois, de proposer ou de pas proposer des choses parce que t'es homo, ou parce que t'es hétéro, quoi ! »</i>
M7	« <i>Bah, ce serait moins stigmatisant que de désigner, euh... une tranche de la population masculine. »</i>
M9	« <i>Au moins, on traite tout le monde et au moins ça évite le phénomène un peu de ségrégation avec les homosexuels en leur disant : "Bah, vous êtes</i>

	<i>obligé d'aller là-bas pour avoir le vaccin remboursé". Je trouve que c'est quand même... »</i>
M14	<i>« Bah, effectivement, c'est les isoler, euh... les renvoyer dans une sexualité qui est pas... qui est "jugée" entre guillemets ou, euh... à risque... donc effectivement, ça limite... Bah, je te dirais... je sais pas... je te dirais : les gens à lunette vont uniquement... le risque associé est "sida" donc voilà, tu as des lunettes, tu dois aller dans les centre attitrés. Donc... donc ça, c'est pas... [...]. Oui, c'est stigmatisant, voilà ! Je cherchais le mot. Oui, c'est stigmatisant, effectivement. »</i>

- Les MG refusaient de catégoriser un risque à une orientation sexuelle et évoquaient volontiers les risques d'HPV chez les hétérosexuels.

M6	<i>« Parce que, effectivement dire : "Bah ouais, mais c'est que pour les homosexuels" : je trouve que c'est complètement hallucinant, quoi ! Pour moi la maladie... on s'en fout que les gens ils ne sont pas homosexuels, ils ne sont pas bisexuels, ils ont une sexualité, point barre. Et ils ont un risque, point. [...] Je ne vois pas pourquoi il y aurait moins de risque chez les hétéros. »</i>
M3	<i>« C'est sexuellement transmissible, donc il y aurait, que ce soit hétéro ou gay, euh... il n'y aurait du coup, plus de euh... enfin voilà, plus de lésions euh... graves quoi, cancéreuses. »</i>

- Une autre interrogation exprimée par les MG était la question de la confidentialité de la consultation et du secret médical. Les MG stipulaient utiliser le carnet de santé chez les filles comme une aide à la prescription et au suivi, mais compte tenu de la recommandation, un MG soulevait la question de son utilisation chez le garçon.

M4	<i>« Les freins à la vaccination c'est, euh... c'est : là, je vois le remboursement, c'est, euh... c'est la confidentialité. »</i>
M7	<i>« Bah, par exemple, je ne noterai peut-être pas cette vaccination dans son carnet de santé [...] pour ne pas qu'il soit stigmatisé, puisqu'actuellement... c'est donc limité à une partie des garçons... Que si on vaccinait tous les garçons à 11 ans... bon, bah voilà quoi ! »</i>

- En évoquant cette recommandation, les MG s'interrogeaient sur la pertinence de l'indication concernant la limite d'âge avec un doute sur l'efficacité préventive du vaccin chez les hommes ayant déjà probablement été en contact avec HPV.

M11	<i>« Mais là, je trouve que ça fait hyper, euh... c'est trop complexe quoi ! Enfin, aborder le sujet chez un jeune ... parce qu'en plus pour que ce soit efficace, il faut que ce soit fait jeune. »</i>
M9	<i>« Et pourquoi avant 26 ans chez les garçons ? Parce que chez les filles on essaye de le faire avant tout rapport sexuel et dans l'année qui suit les rapports. Mais les garçons pourquoi on a mis cet âge-là ? [...] Bon, après je pense que c'est toujours bien. Même... si il y a eu contact, je pense que c'est bien de le faire quand même en espérant avoir une petite immunité. »</i>
M4	<i>« La découverte de l'homosexualité qui est avouée tardivement, euh... voilà donc, euh... donc c'est l'efficacité d'un vaccin. Parce qu'un homosexuel qui a 24 ans je pense qu'il a, qu'il peut avoir déjà eu, une vie sexuelle intense et être déjà plus que contaminé et on n'est loin d'être dans la prévention, quoi. »</i>

b. Difficulté à cerner la population cible

En lien avec la difficulté d'évoquer les questions de sexualité avec les patients de sexe masculin, les MG reconnaissent méconnaître, pour la plupart, l'orientation sexuelle de leurs patients.

M5	<i>« Euh... en connaissant le statut (rire) les rapports sexuels des hommes et des femmes, ce qui n'est pas évident. Euh... c'est difficilement applicable, après... après on peut avoir... pfff non c'est compliqué. [...] Non je n'ai pas connaissance de... connaissance claire des rapports de mes patients. »</i>
M9	<i>« Pfff... Ça me paraît quand même compliqué dans le sens où on ne sait pas obligatoirement les... je sais plus comment ça s'appelle, c'est pas penchant sexuels ? [...] oui, l'orientation sexuelle (rire) de la personne. »</i>
M11	<i>« Mais après, quelles sont leurs orientations sexuelles ? Faut vraiment un contexte, quoi. Donc ça va être : si je fais un dépistage et que je retrouve un gonocoque dans la bouche, bon j'ai besoin de savoir, je pose des questions. Mais sinon, spontanément, non. »</i>
M6	<i>« Imaginons : j'ai pas... j'ai pas un garçon homosexuel en face de moi. Ça</i>

	<i>veut dire que je me suis plantée, enfin je peux pas deviner : c'est pas écrit sur le front des gens, quoi. »</i>
--	---

Le tabou de l'homosexualité est apparu comme un frein majeur à l'application de la recommandation. En effet, les MG déclaraient ne pas envisager de poser la question d'une éventuelle homosexualité aux patients.

M3	<i>« Puis nous, c'est un peu délicat de... je trouve d'aborder le sujet si on n'est pas sûr à 100 % qu'il soit homo, quoi. Je trouve que c'est un peu... »</i>
M12	<i>« Il y a un moment où il faut aussi que dans la discussion il me... il me guide par là. Parce que sinon il va peut-être trouver ça intrusif. Il va se dire : "Pourquoi d'un seul coup elle me parle de rapports sexuels ? D'homosexualité ? Et de papillomavirus et de MST ?" Enfin ça fait un package un peu agressif, quoi. Je pense qu'il reviendra pas (rire)... si je lui saute dessus comme ça, il reviendra pas (rire). »</i>
M6	<i>« Parce que... c'est pour moi, c'est un frein à la vaccination, c'est le proposer aux personnes homosexuelles. Ça veut dire quand même que tu as abordé la sexualité, l'orientation sexuelle, euh... dans ta consultation et ce qui est vraiment, pour moi en tout cas, délicat. [...] Après c'est toujours ma réflexion aussi : "Est-ce que nos tabous dans nos sociétés... bah, est-ce qu'elles ne provoquent pas des morts, finalement ?" »</i>

Les MG interrogés expliquaient donc la nécessité d'un abord initial de l'homosexualité par le patient lui-même afin de pouvoir en parler librement et éventuellement lui proposer le vaccin.

M5	<i>« Mais, euh... voilà. Après sauf si la personne vient en consultation avec son conjoint, donc que ce soit clairement exprimé sinon... on peut pas le savoir. »</i>
M2	<i>« Si, euh... il me dit pas qu'il est homosexuel ou qu'il a des rapports avec les garçons, je vais avoir du mal à le sentir (rire). Puis je poserai pas la question de peur de me tromper aussi, accessoirement. »</i>

Les MG soulignaient la sous-estimation très probable de la population cible, inhérente aux tabous de la sexualité et de l'homosexualité en générale.

M5	« J'imagine probablement... Enfin statistiquement, je dois avoir des patients qui sont homosexuels, hommes et femmes, euh... potentiellement des patients bisexuels bien évidemment mais euh... j'en ai pas connaissance. »
M7	« Je pense méconnaître l'homosexualité de certains de mes patients. »

Certains soulevaient enfin la question de la bisexualité comme principale explication à la difficulté de vacciner toute la population cible.

M12	« C'est cinquante – cinquante, quoi. Après c'est des garçons qui sont censés être homosexuels, mais après il y a aussi la bisexualité et c'est un virus qui peut se transmettre... »
M14	« Il y a des bi mais ils ne se déclarent pas bi, hein. »
M10	« J'insiste sur le fait que je pense qu'on ignore un grand chiffre de personnes qui sont, euh... mariées avec une femme, qui ont des enfants, mais qui ont quand même un copain à côté dont on ignore l'existence. »

c. Modalités de la vaccination

Les MG interrogés s'accordaient pour dénoncer comme l'un des principaux freins à l'administration masculine du vaccin anti-HPV, le non remboursement de cette indication en médecine de ville.

M10	« Bah oui, c'est injuste pour les personnes et c'est difficile pour nous après de le proposer aux gens. Comment tu veux que, euh... là c'est sûr, dans mon secteur ils vont dire : "Ah c'est cool, je peux l'avoir ! euh... 360 € ? Non !" »
M4	« Il faut que ce soit gratuit pour les gens que les gens le fassent. Donc c'est compliqué pour nous de proposer à quelqu'un d'asymptomatique, un vaccin qui coûte en plus 120 balles, qui nécessite des rappels... Pfff... Autant dire : c'est mission impossible. »
M7	« Oui, mais encore une fois tant que c'est qu'une recommandation et que c'est pas dans le domaine du remboursement, c'est compliqué à proposer. »
M8	« En tout cas dans le bassin où j'exerce, je pourrai le proposer aux hommes mais le frein pour la vaccination serait le coût puisque pour les hommes c'est non remboursé, euh... Donc compte tenu du montant à déboursé pour avoir la vaccination, ce serait un frein, clairement. [...] Mais le frein du

	<i>remboursement me paraissait quasiment insurmontable, et en tout cas dans le bassin dans lequel j'exerce c'est un montant non négligeable à sortir. »</i>
--	---

L'orientation des patients vers les CEGIDD pour offrir un accès gratuit aux vaccins apparaissait pour certains MG comme une démarche complexe et non judicieuse compte tenu du lien privilégié entre patient et MG.

M10	<i>« Non, je savais même pas. Et puis si ils viennent me voir moi, c'est qu'ils ont fait un peu leur choix [...] mais je trouve que nous, les généralistes, on devrait être au courant de ce qui existe et pour laisser après choisir le patient. Il faut que ce soit le patient qui choisisse, il ne faut pas qu'il soit obligé d'aller là parce que c'est gratuit et qu'il est dans cette situation-là... »</i>
M9	<i>« Je lui conseillerais de se faire vacciner et en effet, ouais, je lui conseillerais d'aller là-bas. Mais après ça dépend où il est. A mon avis il doit y en avoir un sur [commune proche du secteur du MG] je pense. Mais ouais, ça crée plus de démarches. »</i>
M8	<i>« Si on ouvre la porte de la recommandation mais qu'on lui dit : "Je ne peux pas vous vacciner moi parce que le vaccin ne sera pas pris en charge, il faut vous envoyer vers un centre de dépistage". Je suis pas sûr que ce maillon de la chaîne là soit fait. Parce que c'est quand même une démarche complètement différente de pousser la porte d'un centre de dépistage anonyme et gratuit plutôt que de venir chez son médecin traitant où là, ça peut être vraiment complètement "anonyme" entre guillemets parce que venir chez son médecin c'est quelque chose qu'on peut faire habituellement. Je pense que ça peut être un frein, ça. »</i>

De plus, la plupart des MG semblaient méconnaître l'existence du CEGIDD de leur secteur d'exercice.

M5	<i>« Le CEGIDD c'est quoi ? »</i>
M10	<i>« Il y en a où ? C'est à proximité des grandes villes ? Des hôpitaux ? »</i>
M12	<i>« Après il faudrait que je me renseigne par contre. Où se trouve le centre qui est référent pas rapport à mon cabinet ? Parce que si je leur dit : "Vous vous débrouillez", "Tu te débrouilles tu regardes sur internet", c'est pas top, quoi. »</i>

La dernière interrogation avancée par les MG était le caractère non obligatoire du vaccin aussi bien chez les filles que chez les garçons cibles ; par opposition aux 11 vaccins rendus obligatoires en 2018 par les autorités de santé (27).

M12	« Euh, les autres sont obligatoires. Celui-là, il est recommandé. Déjà, euh... donc bah, c'est compliqué pour les gens de faire la part des choses, c'est pour ça que maintenant on en est à 11 vaccins obligatoires parce que les gens déjà comprenaient pas qu'il y en ait des recommandés et des obligatoires ! Donc là, bah ça va être la même histoire au final : "Pourquoi celui-là, il est recommandé et pas obligatoire ? Et pourquoi est-ce qu'on devrait le payer ?" »
M2	« Avec méningite, est rentré dans le cadre des obligatoires, mais pas celui-là, alors du coup, il est vraiment mis sur la touche... Du coup, je pense... ça ne va pas l'aider à faire parler de lui ! (rire) »
M9	« Notre ministre de la Santé qui a décidé de faire les vaccins obligatoires, les 12 vaccins, euh... les 11 vaccins obligatoires. [...] C'est dommage qu'elle ait pas mis HPV dedans, parce que je pense que c'était, euh... C'était essentiel aussi, et elle aurait dû le mettre dedans parce que ça... Pfff... Ça minimise un peu l'efficacité du vaccin et je trouve que c'est dommage. »

3. Freins inhérents aux patients

a. Méconnaissance des risques liés à HPV

Le principal frein mis en valeur par les participants était la méconnaissance d'HPV dans la population générale.

M12	« Quand on leur explique. Mais sinon, ils ne le connaissent pas. Quand je leur parle d'HPV ou de papillomavirus ils me regardent à chaque fois avec des grands yeux : "Bah non, je ne sais pas ce que c'est." [...] Alors les ados, pas du tout ! Donc ils entendent parler de sida, ça ils sont globalement au point. Après l'HPV, non, ils savent pas ce que c'est. »
M7	« Non c'est très flou, quand on parle du vaccin, euh... aux parents de pré-ados. Il y a énormément de questions parce que c'est très, très flou. »
M3	« Non je crois qu'ils ne sont pas très au clair. Ils savent qu'on peut avoir un cancer du col de l'utérus, mais bon c'est un peu le flou artistique. »

Certains patients s'interrogeraient sur l'absence de vaccination des garçons.

M8	« C'était des garçons parce qu'ils avaient entendu parler du vaccin chez une sœur, une petite copine ou à la télé. Puis ils disaient : "Bah pourquoi elles sont vaccinées et pas nous ?" La question était là, initialement. »
----	--

b. Vaccin étiqueté « cancer du col »

Le vaccin serait étiqueté « vaccin contre le cancer du col » chez la plupart des patients d'après les MG interrogés. Par conséquent, l'utilité d'une vaccination masculine apparaîtrait non évidente chez les patients de sexe masculin.

M11	« On leur vend que c'est un vaccin contre le cancer du col de l'utérus. Bah, pourquoi on vaccine pas les garçons ? Parce qu'ils n'ont pas de col de l'utérus ! Ils savent pas trop qu'ils peuvent avoir un cancer anal, un cancer de la gorge... mais ça, on leur explique pas trop non plus. »
M6	« (Rire) c'est un problème de femme, le cancer du col... Les hommes ne peuvent pas l'avoir, donc pas de problème ! »
M7	« Et aussi, quand on demande à... quelqu'un de la population générale son opinion sur la vaccination... a priori comme elle a été connotée "cancer du col", il voit pas en quoi les garçons sont concernés. [...] C'est le vaccin contre le cancer du col de l'utérus, donc si on n'a pas d'utérus on n'est pas concerné. »
M14	« Tout le monde connaît le cancer du col mais tout le monde ne connaît pas le lien entre le cancer du col et le virus. C'est en partie de notre faute. »

c. La prévention : une affaire de filles

Un MG déplorait un manque d'investissement des garçons dans la prévention. La contraception, la vaccination et la prévention sembleraient être des domaines réservés aux filles, avec peu d'implication de la population masculine.

M2	« J'ai plutôt eu des phrases un peu ironiques de la part des mamans, en disant que c'était toujours à nous de nous vacciner, qu'on se coltinait déjà la pilule, qu'on se coltinait les trucs et les machins et que du coup, c'était quand même dégueulasse (le terme avait été dit) que ce soit pas une fois de temps en temps aussi les mecs qui, euh... gèrent ce genre de soucis, et notamment – enfin de prévention surtout – [...]. C'était les filles et du coup elles râlaient un peu en disant que, encore une fois, c'était "à nous de gérer le truc et que les mecs étaient bien tranquilles." »
----	--

d. Une population réticente aux vaccins

Les MG interrogés soulignaient unanimement les difficultés rencontrées en consultation avec des patients de plus en plus hostiles aux vaccins en général.

M7	« Ah oui, d'autant plus que les vaccins en règle générale en France... actuellement, c'est quelque chose de pas vendeur, hein ! On a du mal à les proposer. »
M4	« La peur des vaccins : on a créé une psychose sur les vaccins en France [...] Les Français sont très défiants vis-à-vis des vaccins. »
M14	« Le défi vaccinal français est quelque chose de colossal. Je crois qu'on est le premier pays au monde dans la défiance par rapport aux vaccins. C'est quand même invraisemblable ! »

Les arguments avancés par les patients pour s'opposer à la vaccination par GARDASIL® étaient :

- Un supposé manque de recul concernant le GARDASIL®.

M12	« Ce qui ressort à chaque fois comme argument c'est : "Il y a pas beaucoup de recul". "Ça fait pas longtemps qu'on vaccine". "On sait pas comment ça va évoluer dans 20 – 30 ans". Donc, euh... »
-----	---

- Un calendrier vaccinal jugé chargé.

M2	« La maman elle me dit que ça fait quand même beaucoup de vaccin en tout : quand on commence à rajouter HPV, méningite par exemple, puis ceux des vacances potentielles à l'étranger, ça commence à faire beaucoup de vaccins. »
----	--

- La théorie du complot et le rôle jugé néfaste de l'industrie pharmaceutique.

M12	« "Euh... et pourquoi est-ce qu'il est pas gratuit comme les autres vaccins ?" C'est toujours la théorie du complot contre les labos, quoi ! Les gens – je trouve vraiment – ils ont cette mentalité de méfiance par rapport aux vaccins et aux laboratoires pharmaceutiques, et du coup payer un vaccin ça va être donner de l'argent directement au labo, euh... Je suis persuadée que ça va bloquer de ce côté-là. »
M14	« Quand c'est pas le solvant, c'est les adjuvants, quand c'est pas les adjuvants c'est les risques, euh... les risques tus, les risques cachés, les risques, euh... "On nous ment ! ". Il y a une espèce de culture du secret de l'État. [...] La théorie du complot effectivement c'est très, très en vogue. »

- Il semblerait cependant y avoir un peu moins de réticence qu'auparavant d'après certains médecins.

M1	« Après ça dépend si ils sont réceptifs ou pas. Là on entend un peu moins les antivax, donc c'est un peu plus simple. »
M8	« Il y en a eu, j'ai l'impression qu'il y en a moins actuellement. Il y en a eu je dirais il y a une dizaine d'années, là au début de mon installation. Il y en avait parce que c'était encore le moment aussi où on parlait d'un potentiel lien entre vaccination hépatite B et sclérose en plaques donc il y a eu une espèce de confusion des gens là-dessus. Mais euh... mais globalement là, maintenant ça passe bien, de ce côté-là il y a pas de soucis. »

Les MG déploraient l'influence des polémiques anti-vaccinales et des médias sur la population dans la source de leur opposition aux vaccins.

M2	« Et après, il y a eu une polémique je crois... je ne saurais plus dire en quelle année – mais il y a quelques années – sur le GARDASIL® notamment... avec des effets indésirables sur ce vaccin. Et il y a pas mal de mamans qui en parlent encore. »
M9	« Après il y en a beaucoup qui, quand même, lisent dans la presse tout ce qui s'est passé avec le GARDASIL®. Donc elles veulent pas trop vacciner mais bon, ça dépend. »

Ils reconnaissaient volontiers la difficulté à vacciner certains patients ayant préalablement été influencés par des confrères peu investis dans la promotion de la vaccination.

M9	<i>« Et puis après, il y a aussi d'autres médecins aussi, qui conseillaient pas de vacciner les filles... Donc ça c'est chiant parce qu'il faut... faut essayer de leur faire changer d'avis. Ouais, de... parce qu'il y a un médecin d'avant, qui était là avant, et qui disait que – il conseillait pas – donc derrière, faut refaire tout le travail. »</i>
M4	<i>« Les Français sont très défiant vis-à-vis des vaccins. Les médecins eux-mêmes le sont. Je ne sais pas si le taux vaccinal antigrippal du médecin généraliste est important. »</i>
M14	<i>« Tu n'imagines pas ! J'ai une consœur, qui hélas est décédée, mais qui faussait les carnets de santé : c'était marqué "vaccination"... "vaccination" mais il y avait pas de référence. Je dis : "Mais ces vaccins n'ont pas de lot ?" et on me dit : "Non, non mais le docteur... comme le petit devait être scolarisé avait faussé le carnet de santé." »</i>

e. Présence des parents

La présence des parents était un frein à l'évocation de la sexualité des adolescents.

M2	<i>« Donc du coup, devant les parents en tout cas, non. Je n'oserai jamais je pense. Il y a des parents qui se vexeraient de demander... déjà quand je demande si ils ont déjà eu des rapports sexuels tout court, les yeux des mamans s'écarquillent l'air de dire : "J'espère pas, qu'est-ce qu'elle raconte ? Mon dieu !" »</i>
M9	<i>« Donc souvent, ouais... bah, souvent j'en parle aux parents parce que les filles, même si elles pourraient être d'accord, c'est souvent les parents qui décident. Donc après, ouais... ».</i>

La vaccination par GARDASIL® semblerait être interprétée par certains parents comme incitative à l'entrée dans la vie sexuelle de leurs enfants.

M10	<i>« Pour les mamans, le fait que c'est noté dans les recommandations : "à 11 ans je dois vacciner mon enfant"... Bah, pour eux c'est la peur... Comme une ouverture dans la vie sexuelle : des fois elles sont même pas</i>
-----	--

	<i>réglées. »</i>
M7	<i>« Oui, oui étant donnée la tranche d'âge où on le propose, vous avez des papas qui s'insurgent en disant : "Ma fille ne sera pas une salope [sic] elle n'a pas besoin de vaccin." A 11 ans évidemment, le papa n' imagine pas qu'un jour elle aura des rapports sexuels. »</i>

f. Difficultés financières

Les MG interrogés décrivaient leur patientèle comme présentant une grande fragilité socio-économique. Ils estimaient par conséquent que l'engagement financier demandé était insurmontable pour leurs patients.

M8	<i>« Socio-économiquement, on est quand même sur un territoire assez fragile : on est à proximité de [commune du secteur du MG], qui n'est pas connue forcément pour sa richesse. Donc, euh... non économiquement, ce serait difficile. »</i>
M12	<i>« Enfin ils viennent beaucoup des petits milieux, c'est beaucoup de CMU et tout ça. Donc leur faire payer un vaccin... ça, ça va être je pense cash : ils vont dire non. »</i>

Un MG soulevait le manque d'investissement personnel et financier des patients dans la prévention de leur santé en général.

M4	<i>« On crée une mentalité de Sécurité sociale qu'on doit payer, donc on a des droits. Et il faudrait que, maintenant, on aille faire une démarche en disant aux gens, ça s'est intéressant mais il faut que vous payiez, ça ne marche pas. »</i>
----	---

4. Les propositions des médecins généralistes

Les MG interrogés ont évoqué des pistes pour promouvoir la vaccination masculine anti-HPV.

a. Mieux informer les patients

i. Rôle privilégié du médecin généraliste

Les MG insistaient sur l'importance de leur rôle dans la promotion de l'information sur les risques liés à HPV. Ils mettaient en valeur le lien privilégié entretenu avec leurs patients pour parler de sexualité et de prévention.

M8	« Expliquer pourquoi le vaccin ne dispensera pas de faire des frottis aussi après, ça, ça peut être important aussi. La vulgarisation médicale de toute manière c'est toujours à faire. »
M8	« Je pense que les patients, on doit les mettre à l'aise justement... enfin, voilà : faut pas qu'ils aient peur de nous parler, parce que si ils ont peurs de nous parler de leur sexualité – qui est vraiment un sujet très, très intime – ça veut dire que si ils prennent un risque par rapport à leur sexualité ils vont pas oser nous en parler. Donc on va retarder un dépistage, donc on va retarder une prise en charge : il faut vraiment que les patients se sentent vraiment complètement à l'aise. Je pense qu'on a une place privilégiée pour ça. »

Les MG constataient que les patients bien informés étaient moins réticents à la vaccination et comprenaient l'importance théorique de vacciner les garçons.

M1	« En leur expliquant. Quand on leur explique bien, ça passe. Mais si on prend pas le temps de leur expliquer c'est pas la peine, quoi. »
M7	« Oui, quand ces parents en question ont compris que c'était donc une maladie sexuellement transmissible, ils ont demandé en effet pourquoi on ne vaccinait pas les garçons. »

Recentrer le médecin généraliste dans la prévention impliquerait de l'inclure dans la rédaction des recommandations.

M10	« Mais oui, c'est encore à des milliers de kilomètres du terrain ! Des recommandations comme ça [...] devraient naître de chez nous, de chez nous et des patients. »
-----	--

ii. Implication du milieu scolaire

Les MG interrogés ont cité à plusieurs reprises l'intérêt d'inclure le milieu scolaire dans la sensibilisation des adolescents aux risques liés aux IST et en particulier HPV.

M2	<i>« Après, je sais pas si à l'école ils ont le droit de faire de la prévention vaccination chez les ados... [...] Oui, et il y a l'infirmière scolaire aussi. Je sais qu'ils parlent de sexualité, et pourquoi ils pourraient pas glisser – ils le font peut-être déjà j'en sais rien – l'information, là, à ce niveau aussi. »</i>
----	--

Un MG a par exemple préconisé que le service sanitaire des étudiants en santé, introduit récemment (33), soit mis au profit de l'éducation et de la prévention dans les établissements scolaires.

M10	<i>« Là, Macron il a prévu qu'il y a les jeunes étudiants en médecine. Je trouve ça vraiment bien l'idée de dire : "On envoie les jeunes qui se forment en médecine faire leur service éducation en santé". [...] Je pense que ça peut être bien parce que c'est des jeunes qui sont pas sortis [depuis] si longtemps de l'école et qui ont un langage encore un peu commun avec ceux qui y sont... et qui pourront peut-être parler avec des mots, euh... qui dit... qui libèrent aussi la parole. »</i>
-----	---

iii. Diffusion de l'information par les pouvoirs publics

Les MG demandaient l'aide des pouvoirs publics dans la promotion de la vaccination auprès des patients et une meilleure information des MG.

M4	<i>« Euh, dans beaucoup de domaines, hein... le médecin généraliste, il aimerait avoir... être appuyé, être aidé dans sa démarche, mais là on est nul. Quand ils ont fait des démarches il y a 10 ans, ils ont fait un spot, euh... "L'antibiotique, c'est pas automatique", on a été aidé. On a vraiment été aidé. Quand ils nous donnent des kits STREPTOTEST®, on est aidé. Moi ça me permet de faire des trucs et dire aux gens, vous voyez STREPTOTEST® négatif, pas d'antibiotique, et les gens ne discutent plus. Mais ça, c'est une aide. Qu'on mette en place une aide pour la vaccination et ça marchera, mais là on fait le contraire : il y a des médias qui dézinguent tout sans arrêt... bah, les gens ils ont peur, c'est tout. »</i>
M13	<i>« Enfin peut-être aussi que la sécu peut aussi nous envoyer, qu'elle nous envoie puisque c'est son rôle aussi, hein. De dire quelles sont les</i>

	<i>modalités de prescription, de dire "c'est remboursé dans telles conditions". »</i>
--	---

L'affichage en salle d'attente était cité par de nombreux MG comme diffusion de l'information auprès des patients.

M2	<i>« Ou un affichage en salle d'attente ? Ça peut être une bonne idée. »</i>
M5	<i>« Ouais voilà, donc typiquement ils... je peux pas faire grand-chose à part éventuellement mettre une affiche en salle d'attente : "Au fait, si vous êtes homosexuel et que vous avez moins de 26 ans, vous pouvez aller au CEGIDD pour vous faire vacciner pour éviter les risques de cancer de la marge anale." »</i>
M13	<i>« Après des campagnes d'affichage, je pense que c'est pas mal aussi pour ces vaccins-là. Les gens, ils attendent dans la salle d'attente, ça leur fait réfléchir un petit peu. »</i>

Les campagnes de sensibilisation au grand public par des publicités à la télévision, à la radio ou dans la presse quotidienne sont d'autres moyens de diffusion de l'information, évoqués par les MG.

M10	<i>« Il faut que ce soit dans Femme actuelle, la littérature grise, c'est ça que lisent les parents des jeunes filles. C'est là, quand il y a un truc sur les vaccins, c'est là qu'ils viennent nous voir : "on a lu ça". Donc un truc comme ça, il faut faire un chapitre pour le vaccin pour les garçons et je suis sûre que ça libèrera un peu la parole. »</i>
M13	<i>« Ça peut être aussi sur le plan national : de temps en temps une pub, hein, comme il y en a eu pas mal. On fait bien de la pub sur les mycoses des ongles (rire) pourquoi pas... C'est quand même encore plus important. »</i>
M2	<i>« Moi je ne la savais pas. Alors les patients... à moins qu'ils fassent de la pub à la télé ou à la radio. »</i>

Le principal intérêt de la diffusion de l'information sur la nouvelle recommandation serait de permettre aux patients cibles de demander par eux-mêmes à leur MG la vaccination.

M2	<i>« Aussi, ça pourrait permettre aux gens concernés de venir nous voir pour en discuter, plutôt que nous, d'aller les chercher... alors qu'on sait même pas où ils sont, quoi. »</i>
----	---

b. La vaccination universelle

i. Une attente unanime

Les MG rencontrés préconisaient unanimement d'étendre la recommandation de la vaccination anti-HPV à tous les garçons sans exception.

M1	<i>« Non, je pense qu'il va falloir cibler tout le monde : faut être clair, à un moment va falloir qu'on fasse correctement, quoi. »</i>
M6	<i>« Donc que les gens sont homosexuels ou pas, je pense que c'est tous les garçons qui doivent être vaccinés. Enfin, tout le monde. On devrait proposer ça à tout le monde. »</i>
M12	<i>« Enfin oui, moi je pense même qu'il faudrait vacciner tout le monde en fait. Pas forcément les garçons qui ont des rapports avec d'autres garçons. Enfin moi je ne comprends pas pourquoi on vaccine que les filles. »</i>

Certains MG abordaient avec leurs patients la nécessité théorique de vacciner sans exception filles et garçons, anticipant ainsi l'information en vue d'une potentielle vaccination universelle.

M1	<i>« J'aborde d'emblée le sujet avec les mamans en disant que les garçons vont sûrement être vaccinés un jour. Et ça n'a pas l'air de les choquer pour l'instant... On verra quand on commencera à vacciner. »</i>
M12	<i>« Après, alors déjà quand j'en parle avec les jeunes filles j'en parle aux mamans et je leur dit tout le temps : "En principe on devrait aussi vacciner les garçons parce qu'ils sont vecteurs du virus et c'est pas normal qu'ils soient pas vaccinés." »</i>

ii. L'exemple des pays précurseurs

Les MG mettaient en valeur les pays vaccinant indifféremment filles et garçons comme l'Australie. Les MG les comparaient alors à la France en constatant le retard dans les recommandations vaccinales.

M6	<i>« A ma connaissance, je sais qu'en France pour l'instant on a le vaccin qui est effectivement pour les femmes. Je sais qu'à l'étranger, le vaccin est pour les hommes, donc euh... c'est vrai que... bah, nous en France, j'ai l'impression qu'on a un peu de retard. »</i>
M9	<i>« Bah oui, j'ai entendu qu'on – enfin ça fait longtemps, hein – mais je crois que c'est en Australie qu'on vaccine les filles et les garçons systématiquement et je trouve que... ouais c'est pas mal de vacciner tout le monde au lieu de vacciner que les filles... en France. »</i>

iii. Comparaison avec d'autres vaccins

Une autre comparaison était mise en valeur par de nombreux MG, d'autres vaccins devenus universels comme le vaccin rougeole – oreillons – rubéole (ROR).

M5	<i>« Bah, du coup moins de diffusion de... enfin une protection collective quoi ! Un peu comme ce qu'on a avec la rougeole actuellement, qui est en recrudescence parce qu'il y a moins de gens qui sont vaccinés. »</i>
M8	<i>« C'est vraiment le parallèle. C'est la vaccination contre la rubéole : on vaccine bien les garçons contre la rubéole alors que c'est dangereux chez les femmes en âge de procréer [quelqu'un frappe à la porte du cabinet] et les oreillons on vaccine les femmes chez qui c'est pas dangereux alors que c'est un virus qui peut être dangereux pour les hommes donc c'est... Faut être logique, si on est logique comme ça pour rougeole, oreillon, rubéole, il faut être logique avec les autres types de vaccins. »</i>
M12	<i>« C'est un peu... c'est la même polémique qu'on a eu chez les enfants... ces enfants qui ne se faisaient plus vacciner contre ROR et on voit ressurgir des maladies qu'on ne voyait plus avant donc, euh... je pense qu'on s'en sortira pas en vaccinant que les filles ça c'est sûr. »</i>

iv. Les avantages de la vaccination universelle

• **L'égalité d'accès aux soins.**

Le remboursement de la prescription pour les garçons en médecine de ville permettrait l'égalité des soins et à chacun de se protéger des risques liés à HPV.

M10	« Je trouve ça vraiment injuste que ce soit pas remboursé pour les hommes. [...] Tu vois, oui, pour ta thèse en perspective tu mets absolument qu'il faut que ce soit remboursé, c'est une inégalité d'accès aux soins. »
M10	« Alors déjà je trouve c'est presque [de la] discrimination... Je veux dire, apparemment ça fait ses preuves, alors pourquoi le faire payant pour les hommes et pas pour les femmes, quoi ! [...] Voilà tu as le droit... autant que la fille qui veut être avec un mec ou une autre fille, tout le monde a le droit de se protéger contre une maladie comme ça. »
M14	« Donc il est remboursable pour les filles mais pas pour les garçons. C'est un peu curieux quand même. »
M13	« Je trouve pas ça normal non plus que les médecins généralistes n'aient pas le droit de vacciner... Enfin, ils peuvent le faire mais que ce soit pas remboursé si ils passent en cabinet de médecine générale, ça me paraît... Si on veut faire de la prévention, faut la faire jusqu'au bout et de manière intelligente... Une fois de plus c'est quand même un peu... (rire)... C'est un peu frustrant je trouve, pour nous les médecins généralistes, si on ne peut pas le faire. »

• **En vaccinant les garçons, on protégerait aussi les filles.**

Les participant à l'étude soulignaient l'importance de vacciner les garçons pour protéger les filles en luttant contre tous les réservoirs de virus, diminuant ainsi le risque de dissémination.

M12	« Et puis après, l'objectif quand même principal d'un vaccin c'est de faire, à très long terme, disparaître aussi ce virus. »
M4	« Au plus il y a de gens vaccinés, au plus il y a un phénomène de groupe et au moins le virus circulerait. Donc de toute façon, ça ne peut être que mieux. »
M8	« Ah non je le proposerais aux hommes en général parce que, euh... ça me paraît logique de vouloir éradiquer certains virus, euh... en agissant

	<i>sur tous les réservoirs de virus. Or, il peut pas y avoir que les femmes qui soient réservoirs de virus. Les hommes sont réservoirs de virus aussi et donc proposer une vaccination aux hommes et aux femmes ça paraît logique. »</i>
--	--

Le principal bénéfice d'une vaccination universelle étant d'après les MG la diminution de l'incidence du cancer du col de l'utérus chez les filles.

M5	<i>« Le bénéfice de vacciner les garçons, à mon avis il vient plutôt... bah, du retentissement que ça aurait sur la protection des filles. »</i>
M7	<i>« Donc si on vaccinait les garçons on se rapprocherait sans doute de quelque chose d'efficace pour diminuer la circulation du virus. Mais, euh... ce serait bénéfique à tout le monde, filles, garçons. »</i>
M12	<i>« Mais au final je pense qu'il y aurait autant de bénéfice à vacciner tous les garçons de façon à ce que moins de filles attrapent le papillomavirus ou soient exposées aux papillomavirus. »</i>

- **Elle éviterait la stigmatisation des HSH.**

Enfin les MG estimaient que c'est en vaccinant tous les garçons qu'on permettra de protéger les HSH, population masculine la plus à risque.

M9	<i>« Au moins ils n'ont pas à parler de leur sexualité obligatoirement devant, bon... même si un médecin c'est un médecin, mais au moins ils font comme tout le monde. Et au moins s'ils sont homosexuels, bah au moins ils seront protégés du virus. »</i>
M10	<i>« Couverture vaccinale généralisée ou large et, euh... et justement ça pourra, pour ceux qui ne veulent pas en parler, pour nous les soignants, les professionnels de santé, peut-être sans même qu'ils nous parlent de leurs préférences ou de leur pratique homosexuelle, ou comme ils veulent, on sera peut-être un peu plus tranquille au niveau santé publique pour dire : "Bah, alors tout le monde fait comme il veut, on sait qu'il y a large couverture vaccinale." Tu vois ce que je veux dire ? »</i>
M11	<i>« Ce serait pas idiot de vacciner tous les garçons, mais je pense que vacciner que les homosexuels, c'est compliqué. Vacciner tous les garçons ça me paraîtrait plus simple. »</i>

v. Mais elle soulève certaines inquiétudes.

La vaccination universelle est plébiscitée par les MG, elle soulevait néanmoins quelques inquiétudes chez certains MG :

- **Crainte de l'émergence de nouvelle souche d'HPV.**

M5	<i>« Après il faut s'assurer qu'il n'y ait pas de report des HPV vers d'autres HPV qui pourrait être tout aussi oncogènes, une augmentation de prévalence... »</i>
M8	<i>« Alors après il faut avoir toujours l'arrière-pensée de se dire que c'est pas parce qu'on va vacciner tout le monde contre les souches dans le virus qu'on va se débarrasser complètement de toutes les infections liées aux HPV, faudra continuer les frottis, les dépistages etc... »</i>

- **Crainte d'une baisse de la vigilance par rapport aux autres IST et d'une baisse de la prévention de l'utilisation du préservatif et du suivi par frottis cervico-utérin.**

M10	<i>« Mais le risque, si jamais c'est une question, je le verrais là autant que pour les filles que si ça bercera trop en confiance tout le monde, peut-être vacciner hommes et femmes... est-ce que ça va pas, pareil, diminuer l'utilisation des préservatifs ? »</i>
M8	<i>« C'est la crainte à ce qu'on pourrait faussement croire du vaccin : c'est-à-dire qu'on pourrait se dire : "On va vacciner tout le monde et puis c'est plus la peine de faire de frottis parce qu'on se débarrasse complètement des HPV". Or c'est pas vrai, si on vaccine tout le monde on se débarrassera de ces quatre-là. »</i>

- **Interrogation sur le coût pour la collectivité d'une vaccination universelle.**

M4	<i>« Je pense que le coût serait considérable, euh... faut qu'on ait les moyens de faire ça, euh... Ou alors il faudrait que le prix du vaccin – parce que ça devient universel – chute, hein. Mais là, il y aurait quand même un problème de coût, 120 € la dose, euh... si c'est universel, on a vite fait le calcul. »</i>
----	---

M5	<p><i>« Je pense que si on avait des moyens financiers illimités, la question ne se poserait pas. Après le problème, c'est les moyens financiers qui ne sont pas illimités, et effectivement est-ce que ça se justifie financièrement ? Je ne sais pas. Je n'ai pas fait d'études médico-économiques là-dessus (rire) mais euh,... j'imagine, j'imagine que non, puisque je crois que le Haut Conseil de santé publique, c'est lui qui a dit qu'on pouvait vacciner les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, euh... Pour ça, il ne l'a pas étendu à tous les garçons, à tous les hommes donc j'imagine que socio économiquement c'est pas possible actuellement. »</i></p>
----	---

DISCUSSION

I. La méthode de recherche

A. Type d'étude

Concernant la couverture vaccinale des garçons contre HPV en France, aucune donnée épidémiologique n'a été retrouvée dans les recherches bibliographiques. La recommandation vaccinale concernant les HSH étant récente, l'approche qualitative semblait la plus judicieuse pour donner un aperçu des freins à la vaccination masculine en cabinet de médecine générale et recueillir les différentes opinions des MG sur cette question.

Les entretiens semi-dirigés individuels permettaient de recueillir le ressenti et les suggestions des MG sur ce sujet, sans crainte de jugement ni influence des confrères, contrairement aux *focus groups*.

B. Forces et limites de l'étude

1. Échantillonnage et recrutement

Cette étude est monocentrique et l'échantillon comptait 14 participants. Le recrutement a été réalisé par téléphone ou courrier électronique jusqu'à suffisance des données, avec recherche de variation maximale afin de favoriser le recueil d'informations variées et permettre une bonne validité de l'étude.

2. Recueil des données

Les données ont été recueillies lors d'entretiens semi-directifs à l'aide d'un guide d'entretien affiné au cours de l'étude. Les données obtenues reflétaient l'avis d'un

échantillon de MG des Hauts-de-France en se centrant sur l'ancienne région administrative du Nord-Pas-de-Calais et ne pouvaient pas être extrapolées à l'ensemble des MG français.

Il s'agissait pour l'auteur de sa première étude qualitative. Ses capacités à mener des entretiens semi-dirigés se sont donc perfectionnées au cours de l'étude mais n'étaient pas équivalentes à celles d'un chercheur expérimenté. Préalablement à l'étude et pour éviter certaines limites d'investigation, l'auteur a suivi une formation sur la recherche qualitative dispensée par le Département de médecine générale de l'université de Lille 2 et s'est également auto-formé dans la littérature (32).

3. Analyse des données

La triangulation des données avec un autre chercheur a permis d'éviter une limitation dans l'interprétation des données.

II. Discussion des résultats

A. Une méconnaissance des risques liés à HPV chez l'homme

1. Chez les médecins généralistes

Tous les médecins interrogés évoquaient les risques féminins liés à HPV, en particulier le cancer du col de l'utérus qui se développe progressivement suite à la primo-infection par un HPV à risque oncogène élevé (6). Bien que nécessaire mais non suffisante au développement d'un cancer invasif du col de l'utérus, l'infection à HPV est responsable de la quasi-totalité de ce type de néoplasie (34). Tous les MG proposaient systématiquement la vaccination HPV aux jeunes filles dès l'âge de 11 ans. Des termes forts comme « *fléau* » ou « *problème de santé majeure* » étaient

utilisés par les médecins, témoignant d'une sensibilisation forte à ce problème de santé publique. HPV est en effet la première IST virale devant l'herpès génital dans le monde (6).

Les risques liés à HPV chez le garçon n'étaient pas tous évoqués spontanément par les MG interrogés. Certains témoignaient de souvenirs issus de leur stage dans les services d'urologie ou de gastroentérologie, à propos de prises en charge chirurgicales lourdes de condylomes péniens ou anaux. Le risque pour les HSH de développer un cancer anal en lien avec HPV était également évoqué et seule une minorité indiquait également le lien entre l'infection à HPV et le développement de cancers ORL. Or, on estime que 0,7 % des cancers sont attribuables aux HPV chez l'homme parmi lesquels plus de 90 % des néoplasies anales, 50% des néoplasies péniennes et au moins 20 % des néoplasies ORL sont liées à HPV (34).

2. Chez les patients

Tous les participants déplorait un manque de connaissances vis-à-vis des risques liés aux HPV dans la population générale. En 2013, une étude transversale s'est intéressée aux connaissances des lycéens français sur les IST (35) : seuls 8 % des lycéens interrogés savaient qu'HPV est une IST alors qu'ils étaient 91 % à connaître les différents mode de contamination du VIH. Par ailleurs, les garçons interrogés étaient particulièrement sous-informés au sujet d'HPV puisque seuls 15 % d'entre eux citaient le vaccin comme outil de prévention chez les filles. Une autre étude s'est intéressée à l'acceptabilité du vaccin contre HPV auprès de lycéens masculins en Lorraine (36) : le vaccin était méconnu des garçons puisque 54,5 % d'entre eux n'en avaient jamais entendu parlé et que 67 % de ceux connaissant ce vaccin pensaient qu'il ne protégeait que les filles. Enfin, seuls 34,4 % des lycéens de

l'étude souhaitaient se faire vacciner. Cette faible adhésion à une potentielle vaccination peut s'expliquer par le manque d'information et la faible perception d'être à risque qui en découle. D'après une revue de la littérature américaine, les HSH, groupe particulièrement à risque vis-à-vis d'HPV, semblent adhérer plus facilement à la proposition d'une vaccination anti-HPV (37).

3. Les solutions proposées par les MG

a. Renforcer le rôle du milieu scolaire

Afin de pallier ce manque d'information délétère à l'adhésion des garçons à la vaccination anti-HPV, les MG proposaient d'inclure le milieu scolaire dans la diffusion des risques liés à l'infection. Un MG proposait par exemple de faire appel aux étudiants en médecine dans le cadre du service sanitaire des étudiants de santé récemment mis en place par les autorités (33). Obligatoire pour les étudiants en santé à partir de la rentrée universitaire 2018, il consiste en des actions de prévention, notamment en milieu scolaire. Parmi les quatre thèmes prioritaires mis en avant par le ministère de la Santé pour l'année universitaire 2018-2019 (38), la thématique « *conduites sexuelles* » pourrait permettre d'aborder la question des risques liés à HPV et de rappeler aux adolescents les risques chez les garçons. Il a été montré que les adolescents étaient demandeurs d'une éducation sexuelle en le milieu scolaire et qu'aborder le sujet de la sexualité avec les jeunes ne s'accompagnait pas d'une anticipation de l'âge des premiers rapports sexuels (39). En revanche, cela renforçait les connaissances concernant la sexualité, diminuait le risque de rapports non protégés et augmentait l'estime de soi.

b. Sensibilisation par la presse grand public

Les MG souhaitaient également que la presse grand public, évoque les risques liés à HPV chez les garçons. Certains journaux nationaux ont d'ailleurs publié des articles traitant de la vaccination masculine anti-HPV. Par exemple, interrogée par le journal *le Figaro*, une gynécologue résumait les enjeux de l'extension de l'indication vaccinale à tous et mettait en avant les résultats obtenus en Australie grâce à un programme de vaccination universelle, gratuit et dispensé en milieu scolaire (40). Les personnalités issues du monde du divertissement peuvent également contribuer à sensibiliser le grand public : en 2013, l'acteur américain Michael Douglas déclarait dans un entretien avec le quotidien britannique *the Guardian* que son cancer de l'oropharynx était lié à une infection à HPV, contribuant ainsi à améliorer la visibilité de la question des cancers associés à HPV chez l'homme, en des termes accessibles (41).

c. Sensibilisation par les autorités de santé

Dans son rapport du 19 février 2016, le HCSP préconisait que la recommandation vaccinale concernant les HSH et l'accessibilité gratuite au vaccin dans les CEGIDD soient relayées par « *des campagnes d'information adaptées* » (25). Les MG interrogés allaient dans le même sens en réclamant justement l'aide des pouvoirs publics par le biais notamment de campagnes d'affichage ; néanmoins, aucune campagne de prévention suivant cette préconisation n'a pu être retrouvée au cours de la recherche documentaire et bibliographique. Plus largement, les MG réclamaient l'aide des pouvoirs publics pour promouvoir la vaccination en général. Ils dénonçaient en effet unanimement les difficultés à vacciner une population de plus en plus réticente. *The Vaccine Confidence Project*, groupe de recherche de la

London School of Hygiene & Tropical Medicine, a publié en 2016 un état des lieux sur la confiance des populations envers la vaccination dans 67 pays (42). L'étude confirmait le ressenti des MG interrogés puisque les Français étaient l'un des peuples les plus réticents à la vaccination : 41 % des personnes interrogées contestaient la fiabilité des vaccins, soit trois fois plus que la moyenne mondiale.

B. Le tabou de la sexualité

La sexualité fait partie intégrante de la santé d'un patient puisque l'OMS définit la santé sexuelle comme « *un état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité. Elle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui soient sources de plaisir et sans risque, libres de toute coercition, discrimination ou violence* » (43).

Bien que notre société paraisse de plus en plus ouverte sur les questions de sexualité il semblerait que de nombreux tabous perdurent. En effet, les médecins interrogés se considéraient tous ouverts sur les questions de sexualité mais paradoxalement n'abordaient pas spontanément ce sujet avec leurs patients. La littérature confirme ce décalage entre la perception qu'ont les MG d'eux-mêmes sur les questions de sexualité et leurs difficultés à les aborder concrètement en consultation (44). Cela était bien illustré par le fait que les antécédents sexuels des patients n'étaient pas pris en compte de manière systématique par les MG et que l'abord de la sexualité requerrait dans trois quarts des cas qu'une plainte fonctionnelle soit formulée par le patient.

La sexualité était donc généralement abordée en cas de suspicion d'IST ou de symptômes uro-génitaux, en particulier chez les garçons. En effet, les consultations

de prévention telles que la prescription d'une contraception orale ou la vaccination anti-HPV permettait un abord plus facile de la sexualité avec les patientes. Le fait d'aborder la sexualité avec les patients de sexe masculin uniquement lorsque le tableau clinique l'exigeait rendait difficile la prévention, cette dernière nécessitant par définition que le sujet soit évoqué avant la survenue de la pathologie.

La nouvelle recommandation vaccinale anti-HPV masculine nécessite de connaître l'orientation sexuelle des patients et donc de parler de sexualité. Les MG interrogés regrettaient la difficulté à cibler la population concernée par cette recommandation. Ils suggéraient un affichage en salle d'attente afin que les patients concernés se signalent alors que l'on peut supposer que ces derniers attendent du MG qu'il soit à l'initiative de la discussion. En effet, une étude suisse sur l'approche de la sexualité en cabinet de médecine générale révélait que les patients souhaitaient majoritairement que leur MG abordent spontanément la question de la sexualité avec eux (45). Une étude américaine s'intéressant spécifiquement à la population lesbienne, gay, bisexuelle et transgenre (LGBT) montrait que seuls 35 % des MG connaissaient l'orientation sexuelle de leurs patients qui eux, hésitaient à parler librement de leur sexualité en consultation, même s'ils le souhaitaient, redoutant une forme de jugement (46). La même étude montrait que 64 % des patients LGBT souhaitaient que leur MG les interroge simplement sur leur orientation sexuelle.

La présence des parents était citée par les MG comme frein à la vaccination anti-HPV puisqu'elle pouvait être perçue comme une possible incitation à l'entrée dans la vie sexuelle active. Le rôle du MG apparaît encore une fois primordial puisque des parents, initialement réticents mais prenant finalement la décision de faire vacciner

leur enfant, citaient les conseils du médecin comme raison principale à leur revirement d'opinion (47).

Le tabou de la sexualité constitue donc indéniablement un frein dans la mission de prévention que le MG exerce auprès des patients. Ces-derniers attendent que le sujet de la sexualité soit spontanément abordé en consultation alors que le corps médical demeure sur la retenue, plus particulièrement s'agissant de l'homosexualité. Ce double écueil réduit les opportunités d'évoquer les risques liés à l'infection par HPV, d'en proposer le vaccin aux patients de sexe masculin et de protéger les HSH, population cible de la nouvelle recommandation.

C. Une recommandation sujette à questions

1. Une recommandation peu connue des MG

Cette recommandation était méconnue de la plupart des MG interrogés, et certains confondaient AMM et recommandation. En effet l'AMM du Gardasil® ne contre-indique pas la vaccination des garçons. Depuis 2014 l'AMM européenne du Gardasil® a été élargi à la prévention du cancer de l'an us et concerne par conséquent les deux sexes. Les recommandations vaccinales en revanche sont propres à chaque pays et prennent en compte des données épidémiologiques et médico-économiques (48). La France a ainsi fait le choix de recommander le vaccin uniquement aux HSH.

2. Des interrogations sur son application

La recommandation ne permet pas un remboursement de la prescription lorsque la vaccination est réalisée en médecine de ville. Pour bénéficier de la gratuité des

soins, le patient doit être orienté vers un CEGIDD. Le non remboursement a été cité comme un important frein à la vaccination par tous les MG interrogés. Ils dénonçaient en effet une inégalité d'accès aux soins entre filles et garçons et considéraient qu'orienter les patients vers un CEGIDD était compliqué car stigmatisant. En 2010, le rapport VENICE comparait les différentes politiques vaccinales européennes et démontrait que les pays présentant la plus large couverture vaccinale étaient ceux qui proposaient une vaccination ouverte à tous, gratuite et en secteur public, notamment en milieu scolaire (49). Par ailleurs, il a été montré que les catégories socio-économiques françaises les plus modestes étaient les moins vaccinées, soulignant ainsi le frein économique que représente l'absence de remboursement du vaccin chez les hommes (50). Enfin, il existe 17 CEGIDD dans la région des Hauts-de-France : un de ces centres a été contacté dans le cadre de ce travail et déclarait ne pas disposer du vaccin GARDASIL® pour remplir sa mission de prévention. Les MG interrogés préconisaient un remboursement de la prescription médicale de GARDASIL® en ville, le MG étant en effet l'interlocuteur privilégié des patients pour la vaccination.

3. La crainte de la stigmatisation

Les médecins interrogés affirmaient tous leur accord de principe pour vacciner la population cible de la recommandation mais rejetaient l'idée d'assimiler un risque à une orientation sexuelle et estimaient que la recommandation était potentiellement stigmatisante contre les HSH. Par ailleurs, considérant que le vaccin Gardasil® protège également contre les condylomes et que 0,16 à 0,20 % des garçons sont atteints de condylomes indifféremment de leur orientation sexuelle, il existe donc un bénéfice théorique à vacciner les hommes non HSH. De plus, cette recommandation

renforce la conception délétère d'une vaccination « à la carte » selon le risque individuel et ne favorise pas l'effet de protection collective obtenu par un taux de CV élevé.

Enfin, le HCSP a préconisé de vacciner les HSH car ils sont plus à risque de développer un cancer de l'anus et qu'ils ne bénéficient pas de l'immunité de groupe obtenue grâce la vaccination des filles (25). Or la CV des filles en France étant inférieure à 50 %, elle est insuffisante pour créer une immunité de groupe (28).

4. Des interrogations sur son efficacité préventive

Le HCSP rappelle que « *le bénéfice de cette vaccination sera d'autant plus important que le début de l'activité sexuelle sera récent et que le nombre de partenaires passés sera faible* » (25). Les MG s'interrogeaient également quant à l'efficacité préventive de la recommandation concernant les HSH du fait de la difficulté de vacciner les patients avant le contact avec HPV. En effet, cette condition doit, idéalement, être respectée afin que l'effet préventif du vaccin soit optimal ce qui implique que le patient annonce son homosexualité à son MG avant de le début de sa vie sexuelle. Ces interrogations étaient en accord avec le sondage réalisé par le *Journal International de Médecine* dans lequel 94 % des MG français interrogés jugeaient non pertinente la restriction de l'extension de la recommandation initiale aux seuls HSH (51). Ils exprimaient également des craintes quant au risque de stigmatisation en raison de la traçabilité dans le carnet de santé, s'interrogeaient sur la réalité pratique d'une vaccination avant le premier rapport sexuel et dénonçaient le risque d'involontairement promouvoir le rôle de l'immunité individuelle au détriment de l'immunité de groupe.

Bien qu'ils comprenaient la nécessité de protéger les HSH contre HPV, les MG demeuraient donc dubitatifs quant à l'application de la recommandation dans la pratique clinique.

D. Le plaidoyer des médecins généralistes pour une vaccination universelle

Tous les MG interrogés rappelaient le caractère sexuellement transmissible des HPV et donc la transmission possible des garçons vers les filles et inversement. Une étude longitudinale multicentrique sur le continent américain montrait une importante prévalence d'HPV au niveau génital chez l'homme, estimée à 65,2 % dans le groupe d'hommes testés (52). Comme chez la femme, le génotype 16 d'HPV est le plus fréquemment retrouvé. Néanmoins, la durée de l'infection au niveau de la muqueuse pénienne semble être plus courte qu'au niveau cervico-vaginal. Dans une étude transversale française portant sur 246 couples hétérosexuels chez lesquels les conjointes présentaient dans leurs antécédents un traitement de lésion cervicale HPV-induite, 43 % des conjoints présentaient à l'examen pénoscopique des lésions cliniques HPV-induites confirmées histologiquement (53).

Les MG interrogés suggéraient qu'une vaccination de tous les garçons permettrait de diminuer la circulation du virus. Ce positionnement en faveur d'une extension de la recommandation à tous les garçons semble confirmer les données d'une autre thèse d'exercice réalisée en Charente-Maritime où 87,3 % des MG interrogés étaient en faveur d'une vaccination universelle et évoquaient comme critère d'acceptabilité principal la promotion de l'immunité de groupe (54).

Au cours des entretiens, la comparaison du vaccin anti-HPV avec ceux concernant filles comme garçons était souvent avancée ; certains MG citaient notamment l'exemple du vaccin contre la rubéole visant à éradiquer cette maladie,

notamment dans sa forme congénitale. En effet, le vaccin ne concernait initialement que les filles mais ce n'est qu'après avoir étendu la recommandation vaccinale aux garçons en 1983, que l'incidence de la rubéole congénitale a drastiquement diminué (55).

L'Australie ou le Canada, pays recommandant la vaccination chez les deux sexes, ont notamment été mentionnés par certains médecins interrogés. L'Australie affiche comme objectif l'éradication du cancer du col de l'utérus, forte d'une CV de 80 % chez les filles et de 75 % chez les garçons. Cette politique vaccinale permet déjà de constater l'absence d'infection par HPV chez les personnes non vaccinées (56). En Europe, l'Autriche a été le premier pays à introduire une vaccination universelle en 2013. Le Royaume-Uni a également étendu la vaccination anti-HPV aux garçons en juillet 2018 bien que le taux de couverture vaccinale des filles y soit proche de 80%, conférant ainsi une immunité de groupe théorique pour les garçons. Cette décision vise à éradiquer définitivement les problèmes de santé liés à HPV et constitue l'un des objectifs de santé publique britannique (57).

Les MG dénonçaient une inégalité d'accès aux soins entre filles et garçons. La CV des femmes françaises ne permettant pas aux hommes de bénéficier d'une immunité de groupe. La majorité d'entre eux étant donc exclue de la politique de prévention cette recommandation est susceptible de soulever des interrogations sur le plan éthique. A l'inverse, une stratégie de vaccination anti-HPV universelle faciliterait l'accès à la prévention de groupes défavorisés, permettrait de vacciner les HSH avant tout contact avec HPV et permettrait de lisser les hétérogénéités socio-culturelles (58).

E. Certaines questions restent en suspens

Certains MG exprimaient leur inquiétude quant à l'émergence d'un effet pathogène accru des autres génotypes d'HPV en cas de couverture vaccinale universelle et optimale. Il semblerait qu'au contraire, la vaccination procure une immunité croisée, protégeant ainsi l'individu vacciné contre plus de génotypes d'HPV que le nombre de valences effectivement contenues dans le vaccin. A titre d'exemple, la réaction immunitaire déclenchée par le vaccin quadrivalent conférerait une possible immunité croisée contre HPV 31, 45, voire 52 (59,60). Cependant la démonstration que cette immunité croisée puisse prévenir les dysplasies induites par les autres HPV à haut risque oncogène n'a pas encore été faite, confirmant ainsi le rôle primordial du suivi par frottis cervico-utérin (FCU) (59).

L'éventualité d'une couverture vaccinale universelle faisait également craindre chez les MG interrogés une diminution de l'utilisation du préservatif et du suivi par FCU. Un effort pédagogique auprès des jeunes patients demeure indispensable : l'enquête réalisée auprès de lycéens masculins de Lorraine montrait que 13,2 % d'entre eux pensaient que le vaccin anti-HPV protégeait également de l'infection par le VIH (36). La promotion du préservatif comme moyen de lutte contre les IST reste une priorité du fait notamment d'une baisse de la vigilance des sujets les plus jeunes et chez les HSH chez qui l'utilisation systématique du préservatif a diminué de 68 % en 1997 à 47 % en 2011 (61).

La diminution de l'adhésion au dépistage par FCU et la réticence à la vaccination anti-HPV ont des causes identiques ; la principale étant la précarité. Il existe également un lien entre l'absence de dépistage par FCU chez les mères dans les trois dernières années et l'absence de vaccination anti-HPV chez leurs filles (62).

Enfin certains MG s'interrogeaient sur la pertinence économique d'une vaccination universelle. Le HCSP a justifié sa recommandation en stipulant que *«l'extension de la vaccination aux hommes hétérosexuels est très rarement une stratégie coût-efficace lorsque la prévention des maladies pour lesquelles l'AMM des vaccins a été octroyée est considérée »* (25). En effet, l'AMM européenne ne mentionne chez le garçon que le cancer anal dont l'incidence est de l'ordre de 1 à 2/100000 dans la population générale (63). Le rapport d'experts sur lequel s'est basé le Gouvernement britannique pour étendre la couverture vaccinale à tous les garçons confortait cette position, précisant que la balance coût-efficacité de la vaccination universelle n'était pas justifiée dans un pays où la CV chez les filles était d'au moins 80 % (64). Cependant l'égalité d'accès aux soins, l'amélioration de l'état de santé publique et la perspective d'éradiquer les cancers HPV-induits ont également été prises en considération, conduisant à cette nouvelle stratégie de vaccination universelle. Ce même rapport précisait que le bénéfice principal de la vaccination universelle résidait dans la protection des HSH et des jeunes filles non vaccinées, ces deux groupes étant les plus vulnérables face aux risques liés à HPV.

CONCLUSION

L'AMM du Gardasil® permet théoriquement de vacciner filles et garçons. Le calendrier vaccinal 2017 a introduit une recommandation concernant la vaccination masculine anti-HPV ciblant les HSH de moins de 26 ans.

Malgré l'AMM et la recommandation, aucune vaccination masculine n'est pratiquée parmi la patientèle des MG interrogés. Les freins à la vaccination masculine anti-HPV sont nombreux : la méconnaissance de cette nouvelle recommandation chez les MG ainsi que des risques liés à HPV chez les garçons dans la population générale, le tabou lié à la sexualité et à l'homosexualité en particulier, le manque d'implication des garçons dans la prévention et la réticence globale de la population française vis-à-vis des vaccins.

Le non remboursement de la vaccination masculine en médecine de ville était unanimement dénoncé et le parcours de soins pour accéder à une vaccination gratuite en CEGIDD était considéré comme trop complexe, lorsque le centre disposait du vaccin. De plus, des interrogations ont été soulevées quant à la pertinence de la recommandation française, soulignant les difficultés à cibler la population visée, de surcroît avant tout contact avec HPV, ainsi que le risque lié à une éventuelle stigmatisation.

La perception de cette recommandation parmi les HSH et leur niveau d'information concernant les risques liés aux HPV n'ont néanmoins pas été évalués.

Le choix d'une vaccination universelle, gratuite et en milieu scolaire comme en Australie ou au Canada était cité en exemple et plébiscité.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. de Villers EM, Fauquet C, Broker TR, Bernard HU, zur Hausen H. Classification of papillomaviruses. *Virology*. 2004;324(1):17-27.
2. InVS (Institut National de Veille Sanitaire). Infections à papillomavirus. Aide-mémoire. [Internet]. 2015 [cité 14 mai 2018]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Infections-a-papillomavirus/Aide-memoire>
3. Beaudin S, Naspetti M, Montixi C. Les papillomavirus humains : actualisation des connaissances [Internet]. 2014 [cité 31 mai 2018]. Disponible sur: <http://acces.ens-lyon.fr/acces/thematiques/immunité-et-vaccination/thematiques/virus-et-immunité/hpv-actualisation-des-connaissances-v13b.pdf/view>
4. Gavillon N, Vervaet H, Derniaux E, Terrosi P, Graesselin O, Quereux C. Papillomavirus humain (HPV) : comment ai-je attrapé ça? *Gynecol Obstet Fertil*. 2010;38(3):199-204.
5. Riethmuller D, Schaal J, Mougin C. Épidémiologie et histoire naturelle de l'infection génitale à papillomavirus humain. *Gynecol Obstet Fertil*. 2002;30(2):139-46.
6. Duport N. Données épidémiologiques sur le cancer du col de l'utérus. État des connaissances - Actualisation. [Internet]. Saint-Maurice: InVS (Institut National de Veille Sanitaire); 2008 [cité 16 mai 2018]. Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/publications/2008/cancer_col_uterus_2008/index.html
7. InVS (Institut National de Veille Sanitaire). Cancer du col de l'utérus [Internet]. 2017 [cité 16 mai 2018]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Donnees-par-localisation/Cancer-du-col-de-l-uterus>
8. Guihard S, Jung AC, Noël G. Carcinomes épidermoïdes oropharyngés liés à l'infection par les papillomavirus humains de haut risque oncogénique : aspects

cliniques, biologiques et perspectives thérapeutiques. *Cancer Radiother.* 2012;16(1):34-43.

9. Lacau St Guily J, Clavel C, Agius G. Papillomavirus et tumeurs des voies aérodigestives supérieures (hors papillomatose juvénile). *Mt Pédiatrie.* 2010;13(1):62-9.

10. Mosciki AB, Palefsky JM. Human Papillomavirus in Men : An Update. *J Low Genit Tract Dis.* 2011;15(3):231-4.

11. Plummer M, de Martel C, Vignat J, Ferlay J, Bray F, Franceschi S. Global burden of cancers attributable to infections in 2012: a synthetic analysis. 2016;4(9):e609-16.

12. Daling JR, Madeleine MM, Godefroy Johnson L, Schwartz SM, Shera K, Wurscher MA, et al. Human Papillomavirus, Smoking, and Sexual Practices in the Etiology of Anal Cancer. *Cancer.* 2004;101(2):270-80.

13. Nyitray A, Nielson CM, Harris RB, Flores R, Abrahamsen M, Dunne EF, et al. Prevalence of and Risk Factors for Anal Human Papillomavirus Infection in Heterosexual Men. *J Infect Dis.* 2008;197(12):1676-84.

14. Winer RL, Shu-Kuang L, Hughes JP, Adam DE, Kiviat NB, Koutsky LA. Genital Human Papillomavirus Infection: Incidence and Risk Factors in a Cohort of Female University Students. *Am J Epidemiol.* 157(3):218-26.

15. Heard I, Favre M. Contamination des sondes d'échographie endovaginale par les papillomavirus humains. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 2015;44(2):102-6.

16. Bergeron C, Ferenczy A, Richart R. Underwear: Contamination by human papillomaviruses. *Am J Obstet Gynecol.* 1990;162(1):25-9.

17. Fuchsmann C, Ayari-Khalfallah S, Froehlich P. Papillomatose laryngée juvénile. *Mt Pédiatrie.* 13(1):57-61.

18. Manhart LE, Koutsky LA. Do Condoms Prevent Genital HPV Infection, External Genital Warts, or Cervical Neoplasia? A meta-analysis. *Sex Transm Dis.* 2002;29(11):725-35.

19. ANSM (Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé). CERVARIX [Internet]. 2015 [cité 6 avr 2018]. Disponible sur:

<http://ansm.sante.fr/Activites/Surveillance-des-medicaments/Medicaments-faisant-l-objet-d-un-plan-de-gestion-des-risques/Medicaments-faisant-l-objet-d-un-Plan-de-Gestion-des-Risques-PGR2/CERVARIX>

20. ANSM (Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé). GARDASIL [Internet]. 2015 [cité 6 avr 2018]. Disponible sur: <http://ansm.sante.fr/Activites/Surveillance-des-medicaments/Medicaments-faisant-l-objet-d-un-plan-de-gestion-des-risques/Medicaments-faisant-l-objet-d-un-Plan-de-Gestion-des-Risques-PGR2/GARDASIL>

21. Vidal. Nouvel avis sur la vaccination contre les infections à papillomavirus humains chez les garçons [Internet]. 2016 [cité 6 avr 2018]. Disponible sur: https://www.vidal.fr/actualites/19633/nouvel_avis_sur_la_vaccination_contre_les_infections_a_papillomavirus_humains_chez_les_garcons/

22. Commission de la Transparence. Avis du 13 septembre 2017 : Vaccin papillomavirus humain 9-valent, recombinant, adsorbé [Internet]. HAS (Haute Autorité de Santé) - Direction de l'Évaluation Médicale, Économique et de Santé Publique; 2017 [cité 6 avr 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/evamed/CT-15867_GARDASIL_9_PIC_INS_Avis3_CT15867.pdf

23. Palefsky JM, Giuliano AR, Goldstone S, Moreira ED, Aranda C, Jessen H. HPV Vaccine against Anal HPV Infection and Anal Intraepithelial Neoplasia. *N Engl J Med.* 2011;365(17):1576-85.

24. Ben Aïssa A, Mach N. Cancers liés au HPV : faut-il vacciner les jeunes hommes? *Rev Med Suisse.* 2012;(8):1087-90.

25. HCSP (Haut Conseil de la Santé Publique). Vaccination des garçons contre les infections à papillomavirus [Internet]. 2016 [cité 5 janv 2018]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=553>

26. Direction générale de la santé - Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2017 [Internet]. Paris: DICOM; 2017 [cité 25 mai 2018]. Disponible sur: https://www.mesvaccins.net/textes/calendrier_vaccinations_2017.pdf

27. Direction générale de la santé - Ministère des Affaires sociales et de la Santé.

Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2018 [Internet]. Paris: DICOM; 2018 [cité 25 mai 2018]. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/calendrier_vaccinations_2018.pdf

28. Drolet M, Bénard E, Boily MC, Ali H, Baandrup L, Bauer H. Population-level impact and herd effects following human papillomavirus vaccination programmes : a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis*. 2015;15(5):565-80.

29. Guthmann JP, Fonteneau L, Lévy-Bruhl D. Mesure de la couverture vaccinale en France : sources et données actuelles [Internet]. Saint-Maurice: InVS (Institut National de Veille Sanitaire); 2012 [cité 6 mars 2018]. Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/content/download/50567/215218/version/1/file/synthese_mesure_couverture_vaccinale_France.pdf

30. Mc Clure C, MacSwain MA, Morrison H, Sanford CJ. Human papillomavirus vaccine uptake in boys and girls in a school-based vaccine delivery program in Prince Edward Island, Canada. *Vaccine*. 2015;33(15):1786-90.

31. Brisson M, Bénard E, Drolet M, Bogaards JA, Baussano I. Population-level impact, herd immunity, and elimination after human papillomavirus vaccination: a systematic review and meta-analysis of predictions from transmission-dynamic models. *Lancet Public Health*. 2016;1(1):e8-17.

32. Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative. Analyser sans compter ni classer. Louvain-la-Neuve: De Boeck; 2014.

33. Décret n° 2018-472 du 12 juin 2018 relatif au service sanitaire des étudiants en santé [Internet]. JORF n°0134 du 13 juin 2018, Texte n°10. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2018/6/12/SSAH1807248D/jo/texte>

34. Giuliano AR, Nyitray A, Kreimer A, Pierce C, Sudenga SL, Monsonego J, et al. EUROGIN 2014 roadmap: Differences in human papillomavirus infection natural history, transmission and human papillomavirus-related cancer incidence by gender and anatomic site of infection. *Int J Cancer*. 2015;136(12):2752-60.

35. Grondin C, Duron S, Robin F, Verret C, Imbert P. Connaissances et comportements des adolescents en matière de sexualité, infections sexuellement transmissibles et vaccination contre le papillomavirus humain : résultats d'une enquête transversale dans un lycée. *Arch Pediatr*. 2013;(20):845-52.

36. Gellenoncourt A, Di Patrizio P. Evaluation de l'acceptabilité du vaccin contre le papillomavirus auprès de lycéens masculins de Lorraine. 2014;26(6):753-61.
37. Nadarzynski T, Smith H, Richardson D, Jones CJ, Llewellyn CD. Human papillomavirus and vaccine-related perceptions among men who have sex with men: a systematic review. *Sex Transm Infect.* 2014;90(7):515-23.
38. Direction de l'information légale et administrative. Un service sanitaire obligatoire pour les étudiants en santé [Internet]. *Vie Publique.* 2018 [cité 18 mai 2018]. Disponible sur: <http://www.vie-publique.fr/actualite/alaune/service-sanitaire-obligatoire-pour-etudiants-sante.html>
39. UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization). Éducation sexuelle complète, nouveaux éléments d'information, enseignements et pratiques : une étude mondiale, 2015 [Internet]. Paris: UNESCO; 2017 [cité 23 juill 2018]. Disponible sur: <http://unesdoc.unesco.org/images/0024/002470/247010f.pdf>
40. Lebrun A. « Il serait judicieux de vacciner les garçons contre les papillomavirus ». *lefigaro.fr* [Internet]. 16 mars 2018 [cité 8 août 2018]; Disponible sur: <http://sante.lefigaro.fr/article/-il-serait-judicieux-de-vacciner-les-garcons-contre-les-papillomavirus/>
41. Shoard C. Michael Douglas: oral sex caused my cancer. *The Guardian* [Internet]. 2 juin 2013 [cité 13 juill 2018]; Disponible sur: <https://www.theguardian.com/film/2013/jun/02/michael-douglas-oral-sex-cancer>
42. Black S. Recognizing the Importance of Vaccine Confidence. *EBioMedicine.* 2016;12:28-9.
43. Santé sexuelle [Internet]. OMS (Organisation Mondiale de la Santé). [cité 23 mai 2018]. Disponible sur: http://www.who.int/topics/sexual_health/fr/
44. Wimberly YH, Hogben M, Moore-Ruffin J, Moore SE, Fry-Johnson Y. Sexual History-Taking among Primary Care Physicians. *J Natl Med Assoc.* 2006;98(7):1924-9.
45. Meystre-Agustoni G, Jeannin A, De Heller K, Pécoud A, Bodenmann P, Dubois-Arber F. Talking about sexuality with the physician: are patients receiving what they wish? *Swiss Med Wkly.* 2011;(141):w13178-83.
46. Meckler GD, Elliott MN, Kanouse DE, Kristin P. Nondisclosure of Sexual

Orientation to a Physician Among a Sample of Gay, Lesbian, and Bisexual Youth. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2006;160(12):1248-54.

47. Freed GL, Clark SJ, Butchart AT, Singer DC, Davis MM. Sources and Perceived Credibility of Vaccine-Safety Information for Parents. *Pediatrics.* 2011;(127 Suppl 1):S107-12.

48. Floret D. Procédures aboutissant à une recommandation vaccinale : rôle des différentes institutions, de l'AMM aux remboursements. *adsp.* 2010;(71):18-20.

49. Haverkate M, D'Ancona F, Giambi C, Johansen K, Lopalco PL, Appelgren E. Mandatory and recommended vaccination in the EU, Iceland and Norway: results of the VENICE 2010 survey on the ways of implementing national vaccination programmes. *Eurosurveillance.* 2012;17(22):pii=20183.

50. Guthmann JP, Pelat C, Célant N, Parent du Chatelet I, Duport N, Rochereau T, et al. Déterminants socio-économiques de vaccination et de dépistage du cancer du col par frottis cervico-utérin (FCU) [Internet]. Saint-Maurice: InVS (Institut National de Veille Sanitaire); 2012 [cité 31 juill 2018]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-infectieuses/2016/Determinants-socio-economiques-de-vaccination-et-de-depistage-du-cancer-du-col-par-frottis-cervico-uterin-FCU>

51. Haroche A. Les professionnels désavouent les recommandations sur la vaccination des garçons contre le HPV [Internet]. *JIM.fr.* 2018 [cité 15 août 2018]. Disponible sur: https://www.jim.fr/e-docs/exclusif_les_professionnels_desavouent_les_recommandations_sur_la_vaccination_des_garcons_contre_le_hpv_165616/document_actu_pro.phtml

52. Giuliano AR, Lazcano-Ponce E, Villa LL. The Human Papillomavirus Infection in Men Study: Human Papillomavirus Prevalence and Type Distribution among Men Residing in Brazil, Mexico, and the United States. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2008;(17):2036-43.

53. Aynaud O, Huynh B, Bergeron C. Prévalence de lésions HPV-induites chez les hommes : étude à partir de 246 couples hétérosexuels. *Gynecol Obstet Fertil.* 2012;40:406-10.

54. Gontier C. De la vaccination des femmes à celle des hommes : acceptabilité de

la vaccination anti-HPV chez l'homme par des médecins généralistes exerçant en Charente-Maritime [Thèse d'exercice, Médecine]. Poitiers : Université de Poitiers Faculté de Médecine; 2014.

55. Lehtinen M, Paavonen J. Impact of human papillomavirus vaccination depends on effective vaccination strategy. *Int J Cancer*. 2009;125(6):1490-1.

56. Australia Government Department of health. Cervical cancer could be eradicated within 40 years [Internet]. Health Direct. 2018 [cité 11 août 2018]. Disponible sur: <https://www.healthdirect.gov.au/blog/cervical-cancer-could-be-eradicated-within-40-years>

57. Haroche F. La Grande-Bretagne recommande la vaccination anti-HPV de tous les garçons [Internet]. JIM.fr. 2018 [cité 11 août 2018]. Disponible sur: https://www.jim.fr/pharmacien/e-docs/la_grande_bretagne_recommande_la_vaccination_anti_hpv_de_tous_les_garcons_172958/document_actu_pro.phtml?reagir=1#article-reactions

58. Abramowitz L, Descamps P, Denis F, Dommergues MA, Lacau St Guily J, Lefebvre JL, et al. Papillomavirus et cancers : plaidoyer pour un élargissement de la vaccination aux garçons. *Bull Cancer*. 101(7-8):657-62.

59. Riethmuller D, Brun JL. Le point sur le vaccin HPV. *Mt Pédiatrie*. 2010;13(1):84-91.

60. Coursaget P, Touzé A. Immunité anti-HPV et vaccination. *Rev Franç Lab*. 2008;38(405):67-72.

61. Velter A, Saboni L, Bouyssou A, Semaille C. Comportements sexuels entre hommes à l'ère de la prévention combinée- résultats de l'enquête presse gays et lesbiennes 2011. *BEH*. 2011;2013(39-40):510-6.

62. Guthmann JP, Pelat C, Célant N, Parent du Chatelet I, Duport N, Rochereau T, et al. Inégalités socioéconomiques d'accès à la vaccination contre les infections à papillomavirus humains en France : résultats de l'enquête santé et protection sociale. *BEH*. 2016;16-17:288-97.

63. Monsonego J. Cancer anal et papillomavirus humains : une pathologie en miroir de celle du cancer du col utérin. *Gynecol Obstet Fertil*. 2010;38:250-4.

64. JCVI (Joint Committee On Vaccination and Immunisation). JCVI Interim

Statement on Extending HPV Vaccination to Adolescent Boys [Internet]. United Kingdom Department of Health and Social Care; 2017 [cité 14 août 2018]. Disponible sur: <https://www.gov.uk/government/publications/jcvi-statement-extending-the-hpv-vaccination-programme>

ANNEXES

Annexe 1 : recommandation vaccinale contre les HPV en France en 2018 (27)

Schéma vaccinal

- **Vaccin quadrivalent (Gardasil®) :**

Vaccination initiée entre 11 et 13 ans révolus : deux doses espacées de 6 mois.

entre 14 et 19 ans révolus : trois doses administrées selon un schéma 0, 2 et 6 mois.

Pour les HSH jusqu'à 26 ans révolus: trois doses administrées selon un schéma 0, 2 et 6 mois.

- **Vaccin bivalent (Cervarix®) :**

Vaccination initiée entre 11 et 14 ans révolus : deux doses espacées de 6 mois.

entre 15 et 19 ans révolus : trois doses administrées selon un schéma 0, 1 et 6 mois.

- **Vaccin nonavalent (Gardasil 9®) :**

Vaccination initiée entre 11 et 14 ans révolus : deux doses espacées de 6 à 13 mois

entre 15 ans et 19 ans révolus : 3 doses administrées selon un schéma 0, 2 et 6 mois.

Pour les HSH jusqu'à 26 ans révolus : trois doses administrées selon un schéma 0, 2 et 6 mois.

Annexe 2 : Guide d'entretien

Bonjour,

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à ma thèse. Je réalise ma thèse sur les freins à la vaccination des garçons contre les papillomavirus humains en médecine générale.

Avec votre accord, je souhaiterais vous enregistrer pour me permettre ensuite d'exploiter les données à l'aide du logiciel NVivo®. Toutes les données seront anonymisées.

1. Qu'est ce que HPV évoque pour vous ?
2. Quels sont les moyens de lutte dont vous disposez en tant que médecin généraliste pour lutter contre HPV dans votre patientèle ?
3. A qui proposez-vous ce vaccin ?
4. Avez-vous entendu parlé de la nouvelle recommandation concernant les garçons ?
5. Comment pensez-vous qu'elle soit applicable en médecine générale ?
6. Connaissez-vous les modalités de vaccination des garçons contre les papillomavirus ?

7. Connaissez-vous des moyens de prise en charge pour assurer cette vaccination ? Connaissez-vous le CEGIDD ?
8. Vous a-t-on déjà posé la question du vaccin anti-HPV pour les garçons ?
L'avez-vous déjà fait ?
9. Comment abordez vous la question de la sexualité avec les patients ? et l'homosexualité ?
10. Quels seraient les bénéfices pour les filles à vacciner les garçons ?
11. Quelles sont les réticences particulières suscitées par ce vaccin ?
12. Faites-vous parti d'une FMC ? Y a-t-on déjà abordé la vaccination anti-HPV ?
13. Comment pourrait-on améliorer la connaissance des médecins généralistes et du grand public sur les risques liés à HPV ?
14. Quels sont les moyens pour améliorer la couverture vaccinale et donc diminuer la transmission d'HPV ?
15. Que pensez-vous d'une vaccination universelle pour le vaccin HPV ?

AUTEUR : MESNARD Sacha

Date de Soutenance : 20 septembre 2018

Titre de la Thèse : Quels sont les freins à la vaccination masculine contre les papillomavirus en médecine générale ?

Thèse - Médecine - Lille 2018

Cadre de classement : Médecine

DES + spécialité : Médecine Générale

Mots-clés : thèse qualitative, médecins généralistes, vaccination, HPV, infections sexuellement transmissibles, homosexualité masculine

Résumé :

Contexte : Les papillomavirus humains (HPV) sont impliqués dans l'oncogénèse de certaines néoplasies utérines, oro-pharyngées et de 90 % des cancers de l'anus. L'autorisation de mise sur le marché des deux vaccins anti-HPV a été étendue en 2014 à la prévention des lésions anales. Depuis 2017, le calendrier vaccinal recommande la vaccination des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes jusqu'à 26 ans révolus. Cette étude réalise un état des lieux des freins à la vaccination masculine en cabinet de médecine générale dans les Hauts-de-France.

Matériels et Méthode : Une étude qualitative a été réalisée par entretiens semi-directifs effectués auprès de quatorze médecins généralistes (MG) installés dans le Nord et le Pas-de-Calais. Les entretiens ont été enregistrés et menés jusqu'à confirmation de la suffisance des données. Une analyse thématique des verbatims a ensuite été réalisée après triangulation.

Résultats : Les MG interrogés étaient conscients du problème de santé publique que représentent les HPV mais déclaraient n'avoir vacciné aucun patient masculin. Ils déploraient la réticence de la population générale envers les vaccins et son manque d'information sur les risques liés aux HPV chez l'homme. La plupart des MG ne connaissaient eux-mêmes pas cette recommandation. La difficulté à sensibiliser la population cible du fait du tabou de la sexualité et le caractère potentiellement stigmatisant de la recommandation étaient mis en avant. Des doutes étaient émis quant à la possibilité d'identifier et vacciner les patients concernés avant le premier contact sexuel. Le non remboursement du vaccin en médecine de ville était considéré par les MG comme un important facteur prédictif de refus de la part de la population cible. Une meilleure sensibilisation de la part des pouvoirs publics auprès des jeunes au sujet des risques liés aux HPV et la mise à contribution du milieu scolaire étaient souhaitées.

Conclusion : Les freins à la vaccination masculine contre les papillomavirus sont nombreux. Une meilleure information des patients et une vaccination universelle sont plébiscitées par les MG.

Composition du

Jury :	Monsieur le Professeur Didier HOBET
Président :	Monsieur le Professeur Alexandre LOUVET
Assesseurs :	Madame le Docteur Anita TILLY-DUFOUR
	Madame le Docteur Audrey HOCHART
	Monsieur le Docteur François DELFORGE