



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2022

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Que pensent les parents de garçons de 11 à 19 ans de la
vaccination papillomavirus ? Etude qualitative sur le ressenti à la
vaccination papillomavirus en médecine générale**

Présentée et soutenue publiquement le 11 Mars 2022 à 16 heures
au Pôle Recherche

Par Margaux SALMON

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Alain MARTINOT

Asseseurs :

Madame le Docteur Judith OLLIVON

Madame le Docteur Capucine SALMON

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Ludovic WILLEMS

AVERTISSEMENT

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

Table des matières

Remerciements.....	4
Liste des abréviations.....	10
Contexte de l'étude.....	11
A. Un peu d'histoire	11
B. Les Papillomavirus	11
1. Description des virus et facteurs de risque.....	11
2. Physiopathologie.....	12
3. Epidémiologie.....	13
C. La prévention en France	14
1. Vaccins disponibles en France.....	14
2. Schémas vaccinaux.....	14
3. Plan Cancer 2014-2019.....	15
D. Extension de la recommandation aux hommes	15
1. Ailleurs dans le monde.....	16
2. Evolution des recommandations en France.....	17
Introduction.....	19
Méthode.....	20
A. Choix du type d'étude	20
B. Population d'étude	20
1. Échantillonnage.....	20
2. Prise de contact.....	21
C. Recueil de données	21
1. Méthode utilisée.....	21
2. Déroulement des entretiens.....	21
3. Matériel utilisé.....	21
4. Guide d'entretien.....	22
5. Nombre d'entretiens.....	22
D. Traitement des données	23
1. Retranscription.....	23
2. Analyse des données.....	23
Résultats.....	24
A. Les caractéristiques des entretiens et des participants	24
B. Les habitudes de santé	25

1.	Opinion sur les vaccinations en général	25
2.	Sources d'informations (en dehors du médecin généraliste).....	27
C.	Le rôle prépondérant du médecin généraliste	28
1.	Le médecin généraliste comme source de savoir	28
2.	Le médecin généraliste acteur des décisions de vie	28
3.	Le devoir de transparence du médecin généraliste	29
4.	Valeur d'exemple du médecin généraliste.....	29
D.	Les vaccins papillomavirus	30
1.	Connaissances des parents	30
2.	Ressentis des parents.....	31
3.	Qui est à l'origine de la transmission d'information ?	32
E.	L'argumentaire des parents.....	33
1.	Motivations à la vaccination.....	33
2.	Freins à la vaccination.....	35
F.	La parentalité	37
1.	Les décisions de santé.....	37
2.	Education	37
G.	Les critiques du système actuel et solutions avancées	40
1.	Concernant le rôle du médecin généraliste.....	40
2.	Concernant la transmission d'information.....	40
3.	Les solutions avancées	41
H.	La prise de décision	45
1.	Devenir sachant pour prendre une décision argumentée	45
2.	Faire un choix dans l'intérêt premier de son enfant	45
3.	Avoir le choix d'accepter ou non	45
4.	Obtenir l'adhésion de l'enfant	46
5.	Prendre en compte l'avis du médecin généraliste.....	47
	Discussion	48
A.	Discussion de la Méthode	48
1.	Forces de l'étude	48
2.	Limites et biais de l'étude	49
B.	Discussion des résultats	50
1.	Le parent et ses croyances	50
2.	Le parent et son enfant	54

3. Le parent et son médecin généraliste.....	57
4. Perspectives d'avenir	58
Conclusion.....	63
Bibliographie	64
Annexes	71

Liste des abréviations

AMM	Autorisation de Mise sur le Marché
CCU	Cancer du Col de l'Utérus
HAS	Haute Autorité de Santé
HCSP	Haut Conseil de la Santé Publique
HPV	Papillomavirus Humain
HSH	Homme ayant des rapports Sexuels avec d'autres Hommes
INCa	Institut National du Cancer
IST	Infection Sexuellement Transmissible
M_x	X Mois
MG	Médecin Généraliste
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ORL	Oto-Rhino-Laryngologique
SPF	Santé Publique France

Dans ce document, le terme « homme » fait référence aux personnes nées de sexe masculin, adolescents et jeunes adultes.

Dans ce document, le terme « femme » fait référence aux personnes nées de sexe féminin, adolescentes et jeunes adultes.

Contexte de l'étude

A. Un peu d'histoire

Les papillomavirus humains (HPV) ont été décrits pour la première fois dans les années 1970 par les équipes du médecin et virologue allemand Harald zur Hausen. Il a mis en évidence le pouvoir pathogène des HPV dans le développement du cancer du col de l'utérus (CCU).

Le prix Nobel de médecine lui a été décerné en 2008 pour cette découverte, la même année que les français Françoise Barré-Sinoussi et Luc Montagnier, pour leur découverte du virus de l'immunodéficience humaine (1).

B. Les Papillomavirus

1. Description des virus et facteurs de risque

Les infections aux HPV sont les infections sexuellement transmissibles (IST) les plus fréquentes, elles touchent 80 % des personnes sexuellement actives. Le pic de prévalence se situe peu après le début de l'activité sexuelle (2).

Les HPV se transmettent majoritairement par contact des muqueuses ou de la peau avec ou sans pénétration. On trouve également ces virus dans les poils pubiens et dans les sécrétions génitales. Plus rarement, une transmission indirecte par les mains, des objets ou une surface contaminée est possible (3). Le port du préservatif n'empêche pas la transmission de ces infections (4).

Les facteurs favorisant une infection à HPV sont les mêmes quel que soit le sexe : la précocité des premiers rapports sexuels, le nombre élevé de partenaires sexuels, le changement récent de partenaire.

Le tabac, certaines pratiques sexuelles et l'immunodépression contribuent à la transmission des virus, leur persistance et au développement de lésions malignes (3). Certains facteurs favorisant le développement des lésions sont spécifiques au sexe. Chez la femme, il s'agit de l'imprégnation œstrogénique du col liée à un traitement ou à une grossesse. Chez l'homme, avoir des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH) augmente le risque (5).

2. Physiopathologie

L'infection par HPV est majoritairement transitoire et asymptomatique. Dans 90 % des cas, le virus est spontanément éliminé dans les deux années qui suivent l'infection. Dans les 10 % restants, l'infection persiste et peut évoluer en lésion précancéreuse puis cancéreuse (3,6).

En 2021, 222 génotypes d'HPV étaient recensés, parmi lesquels on distingue (7) :

- Les HPV de Haut Risque (HPV-HR) : ils ont un pouvoir oncogène démontré parmi lesquels on retrouve : HPV 16, 18, 31, 33, 45, 52 et 58.
- Les HPV de Bas Risque (HPV-BR) : ils sont responsables de tumeurs bénignes (verrues ou condylomes) avec un risque exceptionnel d'évolution vers des lésions cancéreuses parmi lesquels on retrouve: HPV 6 et 11.

Les HPV peuvent aussi être catégorisés selon le siège de l'infection (cutané ou muqueux). Le nombre de génotypes est susceptible d'augmenter en raison de nouvelles découvertes.

Une infection persistante à HPV-HR est nécessaire mais non suffisante pour aboutir au développement d'un cancer (8).

Le pouvoir oncogène des HPV-HR réside dans des protéines virales (E6 et E7) capables d'interagir avec des gènes suppresseurs de tumeurs (p53 et pRb). Ces protéines assurent la persistance du virus en provoquant une lyse cellulaire et en assurant la stabilité génétique de la cellule tumorale. Elles diminuent aussi la réponse du système immunitaire à cette agression. Ces anomalies peuvent conduire à un cancer invasif (3).

3. Epidémiologie

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) indique que 80 % de la population mondiale sexuellement active sera un jour infectée par les HPV. Chez la femme, ils sont directement responsables du CCU mais aussi de celui de la vulve et du vagin. Selon l'OMS, le CCU est le 4^{ème} cancer de la femme en terme d'incidence (9).

En 2018, on estimait à 570 000 le nombre de nouveaux cas de CCU et à 311 000 le nombre de décès imputables aux HPV dans le monde (9). Les nouveaux cas et décès surviennent dans les pays en voie de développement où l'accès aux mesures de prévention, à la vaccination et aux traitements des lésions est limité. Chez l'homme, le Centre international de recherche sur le cancer a reconnu un lien direct de cause à effet entre les HPV-HR et le cancer de l'anus, de la verge, et de certains cancers de la sphère Oto-Rhino-Laryngologique (ORL) (8).

La proportion imputable aux cancers HPV-induits est de 100 % pour les CCU, 90 % pour les cancers de l'anus et 50 % pour le cancer de la verge. Pour les cancers de la sphère ORL, cette proportion varie entre 2,2 % et 30,8 % selon la localisation (10,11). En Europe, 0,7 % des cancers de l'homme et 4,5 % des cancers de la femme sont causés par les HPV (12).

En 2015 en France, 2% des cancers incidents étaient HPV-induits. Cela représentait 6 300 nouveaux cancers dont 29 % concernait les hommes (Figure 1) (13,14).

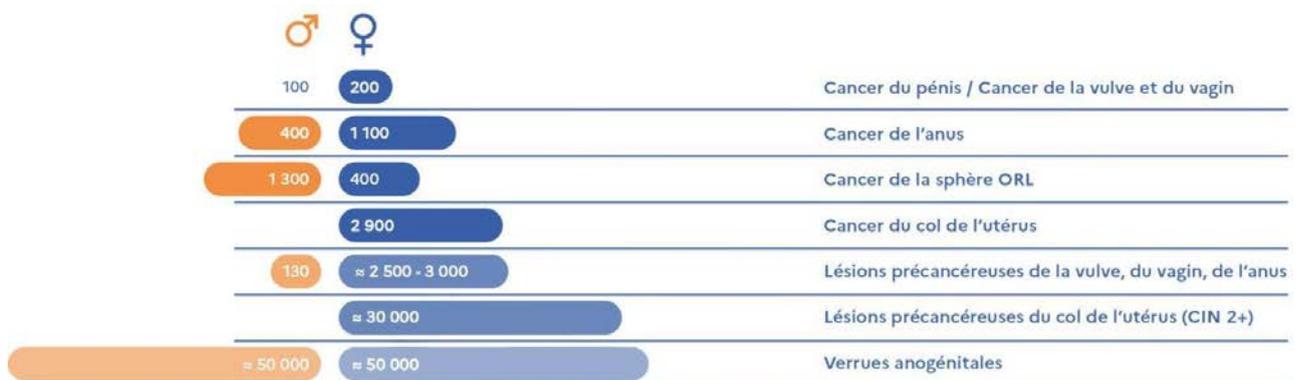


Figure 1 : Nombre de maladies HPV-induites chez les femmes et les hommes en France en 2015 (d'après Shield et al., 2018)

* Les chiffres ont été arrondis.

C. La prévention en France

En France, plusieurs niveaux de prévention contre les infections aux HPV ont été mis en place :

- Primaire Vaccination HPV et éducation sexuelle
- Secondaire Dépistage par frottis cervico-utérin ou test HPV
- Tertiaire Traitement des lésions invasives

1. Vaccins disponibles en France

Les vaccins commercialisés en France sont (15–17) :

- Depuis 2006 : le Gardasil® ciblant les HPV 6, 11, 16 et 18
- Depuis 2008 : le Cervarix® ciblant les HPV 16 et 18
- Depuis 2018 : le Gardasil9® ciblant les HPV 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 et 58

Actuellement, il est recommandé d'utiliser le vaccin nonavalent car il protège contre davantage de souches d'HPV. En cas de schéma débuté avec un vaccin, il est recommandé de poursuivre avec ce même vaccin en l'absence de données d'interchangeabilité (18).

Depuis le 31 décembre 2020, le Gardasil® n'est plus commercialisé au profit du Gardasil9®.

2. Schémas vaccinaux

En 2006, le Gardasil® a reçu l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) pour les filles de 14 à 23 ans n'ayant jamais eu de rapports sexuels ou au plus tard dans l'année suivant le début de leur activité sexuelle. Le schéma vaccinal comprenait 3 doses : M₀ ; M₂ et M₆ (19).

Suite à un avis rendu par le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) en 2012, la vaccination devient proposée à toutes les filles de 11 à 14 ans avec extension possible jusque 19 ans révolus (20).

Depuis 2014, le schéma vaccinal est passé à deux doses (M₀ ; M₆) pour les filles de 11 à 14 ans révolus (ou jusque 13 ans révolus pour le vaccin quadrivalent) et trois doses jusque 19 ans révolus (21). Ce schéma est toujours valable en 2022.

3. Plan Cancer 2014-2019

Dans le Plan Cancer 2014-2019, le Ministère des Affaires Sociales et de la Santé a fixé un objectif de 60 % de couverture vaccinale complète pour les femmes (22). En 2015, 13,2 % des femmes nées en 1999 bénéficiaient d'un schéma vaccinal complet (23).

Alors que l'efficacité (24) et l'innocuité (25–27) des vaccins HPV sont démontrées chez la femme en 2020, la couverture vaccinale demeure inférieure à l'objectif fixé par le Plan Cancer : 32,7 % de schéma vaccinal complet pour les femmes nées en 2004 (23).

D. Extension de la recommandation aux hommes

Les lésions HPV-induites étant plus fréquentes chez les femmes, les politiques publiques ont historiquement centré la prévention autour d'elles. La charge biopsychosociale était portée uniquement par les femmes (28).

Même si la contagiosité et le pouvoir pathogène des HPV sont moindres chez les hommes, ils n'en sont pas moins vecteurs (29). La vaccination HPV chez l'homme apparaît comme un levier complémentaire à la vaccination de la femme pour réduire les risques de transmission et de lésions.

En 2011, une étude multicentrique internationale incluant 4 065 hommes de 16 à 26 ans a étudié l'efficacité du vaccin HPV quadrivalent contre les lésions pouvant survenir chez les hommes. Les résultats montrent une efficacité de 65.5 % sur les lésions génitales externes et de 47.8 % sur le taux d'infections persistantes aux HPV 6, 11, 16 et 18 (30). Dans cette étude, l'efficacité du vaccin quadrivalent contre le développement des lésions précancéreuses et cancéreuses de l'anus a été prouvée.

Notre recherche n'a pas trouvé d'articles traitant de l'efficacité des vaccins HPV sur le développement des cancers de la verge ou ORL ni sur la transmissibilité des HPV. Les délais de développement des cancers de la verge ou ORL sont très longs et les données de suivi sont encore insuffisantes. Les premiers résultats sont en faveur de l'efficacité de la vaccination sur ces lésions même s'ils ne sont pas considérés comme significatifs.

Les pays ci-dessous ont récemment élargi leur programme de vaccination HPV aux hommes.

1. Ailleurs dans le monde

a. Etats-Unis

Depuis fin 2011, l'American Cancer Society a inclus dans ses recommandations la vaccination HPV pour tous les garçons de 11 et 12 ans avec rattrapage de 13 à 21 ans (31).

En 2020, la couverture vaccinale pour les garçons âgés de 13 à 17 ans était de 56 % pour un schéma complet contre 61,4 % chez les filles (32).

b. Canada

Le National Advisory Committee on Immunization recommande de vacciner les garçons entre 9 et 26 ans depuis 2012 (33).

En 2014, dans la province du Prince Edward, la couverture vaccinale était de 79 % chez les garçons et 85 % chez les filles (34).

c. Australie

En 2007, le gouvernement australien a lancé un programme national de vaccination HPV en milieu scolaire pour les filles âgées de 12 et 13 ans. En 2013, ce programme a été actualisé pour inclure les garçons du même âge, avec un rattrapage des adolescents des deux sexes de 14 et 15 ans.

Lors du dernier rapport publié par le Ministère des Solidarités et de la Santé en 2017, la couverture vaccinale chez les garçons était de 75,9 % pour un schéma complet et 80,2 % chez les filles (35).

En associant un accès facilité à la vaccination HPV chez tous les adolescents et un programme de dépistage efficace chez toutes les femmes, l'Australie pourrait être le premier pays au monde à pouvoir envisager une éradication du CCU d'ici 2034 (36).

d. Europe

En 2008, l'Autriche a été le premier pays européen à recommander la vaccination HPV aux garçons. En 2013, le Ministère fédéral de la Santé autrichien a lancé un programme de santé proposant la vaccination gratuite à tous les enfants de 9 à 12 ans, en milieu scolaire ou dans des centres de vaccination (37).

La couverture vaccinale à la fin de l'année 2014 était de 40 % chez les garçons et 60 % chez les filles (2).

En 2019, une consultation publique a été menée par l'European Centre for Disease Prevention and Control. L'objectif de cette étude était de faire un état des lieux de la couverture vaccinale dans les pays de l'Union Européenne et de permettre aux institutions sanitaires nationales d'émettre des recommandations en fonction des résultats (2).

En 2022, quinze pays recommandent la vaccination HPV aux deux sexes : Allemagne, Autriche, Belgique, Croatie, Danemark, Estonie, Finlande, France, Irlande, Italie, Liechtenstein, Norvège, République tchèque, Royaume-Uni et Slovaquie (38).

2. Evolution des recommandations en France

Une première étape visant à élargir la couverture vaccinale aux hommes a été franchie en 2016 avec la publication de nouvelles recommandations du HCSP vis-à-vis des populations masculines considérées comme à risque : immunodéprimés et HSH.

L'objectif était de faciliter l'accès aux vaccins HPV pour les HSH dans les centres de vaccination et dans les Centres gratuits d'informations de dépistage et de diagnostic, et ce jusque 26 ans. La vaccination des femmes demeurait toutefois prioritaire à cette époque en France (39).

A l'issue de la consultation publique européenne de 2019, l'Académie Nationale de Pharmacie (ANP) a publié de nouvelles recommandations : « *la vaccination contre les infections à papillomavirus humains de tous les adolescents quel que soit leur sexe, avant le début de leur vie sexuelle* » (40).

En septembre 2019, l'Académie Nationale de Médecine s'aligne sur les recommandations de l'ANP et affirme que la vaccination HPV universelle entre 11 et 14 ans est « *une nécessité pour éliminer les cancers du col utérin mais aussi de l'oropharynx, de la cavité buccale et de l'anus* » et qu'il est indispensable de mettre en place « *une véritable campagne d'information en milieu scolaire sur ces infections et leur prévention* » (41).

La Haute Autorité de Santé (HAS) a été saisie par le Ministère des Solidarités et de la Santé pour réévaluer leurs recommandations. En décembre 2019, elle se prononce en faveur de l'élargissement de la vaccination HPV pour tous les garçons de 11 à 14 ans révolus avec rattrapage possible jusqu'à 19 ans (38).

C'est au 1^{er} janvier 2021 que le remboursement des vaccins est devenu effectif pour les garçons (42).

La « Stratégie décennale de lutte contre le cancer 2021-2030 » éditée en juillet 2021 par l'Institut National du Cancer (INCa) reprend ces recommandations et fixe pour objectif d'atteindre « *un taux de couverture vaccinale contre les HPV de 80 % à horizon 2030* » (43).

Introduction

Les infections à HPV sont les plus fréquentes des IST avec 80 % de la population mondiale qui sera infecté par un HPV au cours de sa vie (2). Dans 90 % des cas, les infections régressent spontanément, mais dans les 10 % restants, elles persistent sous forme de lésions génitales de bas grade, de lésions précancéreuses pouvant évoluer vers un stade cancer (3,6). En France, les HPV sont responsables de 6 300 nouveaux cas de cancers chaque année dont 29 % sont décelés chez l'homme (13).

Différents moyens sont disponibles pour lutter contre les infections à HPV. La prévention primaire, correspond à la vaccination et l'éducation sexuelle. La vaccination HPV est efficace dans la lutte contre le développement des lésions induites chez les femmes et chez les hommes (24,30). Entre 2006 et 2015, trois vaccins contre les HPV ont obtenu leur AMM pour les femmes en France. Fin 2019, devant l'insuffisance de la couverture vaccinale chez les femmes et les risques de lésions potentielles dans la population masculine, l'élargissement de la vaccination aux hommes a été proposé (38).

Les parents ont un rôle décisionnel déterminant dans la décision vaccinale de leurs enfants (44). De nombreux travaux de recherches étudiant l'avis des médecins généralistes (MG) concernant l'élargissement de cette vaccination aux hommes ont été réalisés (45–50). En revanche, une seule étude qualitative publiée dans une thèse a analysé l'acceptabilité des parents depuis la modification du calendrier vaccinal (51). En 2019, une enquête a été menée conjointement par la HAS et l'INCa. Ce travail a étudié les perceptions de la vaccination HPV des MG et des parents de jeunes adolescents. Chez les parents, 38 % étaient en faveur de la vaccination pour leur fils à condition qu'elle apparaisse dans le calendrier vaccinal et 42 % hésitaient (52).

L'objectif principal de notre étude était de décrire les représentations des parents à l'idée de faire vacciner leurs fils de 11 à 19 ans vis-à-vis du HPV et de préciser les critères influençant la réalisation de cette vaccination.

Le but étant d'émettre des hypothèses de réflexions visant à améliorer la couverture vaccinale.

Méthode

Les sections Méthode et Résultats ont suivi les critères de restitution de la grille COREQ relatifs à une étude qualitative.

A. Choix du type d'étude

Il s'agissait d'une étude qualitative par entretiens semi-dirigés dont l'objectif était de produire et analyser des données descriptives, telles que des paroles et des attitudes non verbales des personnes interrogées. L'analyse a été réalisée par théorisation ancrée. Ce type d'étude est le plus approprié pour répondre à la question de recherche car elle permet d'exprimer librement et sans contrainte son point de vue sur le sujet.

Une déclaration de conformité a été réalisée et approuvée par le délégué à la protection des données de l'Université de Lille (Annexe 1).

B. Population d'étude

1. Échantillonnage

Les entretiens ont été réalisés auprès de la patientèle d'un médecin généraliste d'Hazebrouck dans la région des Hauts-de-France.

Afin de maximiser l'expression de la diversité de l'échantillon, un échantillonnage raisonné était réalisé à variation maximale autour d'un seul centre de prélèvement de données. Le seul critère de sélection était le fait d'avoir au moins un fils en âge d'être vacciné.

Tout en respectant la diversité, les participants inclus répondaient à des caractéristiques variées concernant : le sexe, l'âge, la profession, le nombre d'enfants au total et le nombre d'enfants concernés par l'étude. Ces caractéristiques ont été relevées oralement au début de chaque entretien, elles ont été détaillées dans la partie A des résultats.

2. Prise de contact

Les patients ont été joints par SMS ou appel téléphonique. L'investigatrice exposait brièvement le thème de son étude, les objectifs et la méthode utilisée et garantissait le respect de l'anonymat. L'entretien était réalisé dans les 2 semaines suivant le premier contact.

C. Recueil de données

1. Méthode utilisée

La méthode des entretiens individuels semi-dirigés a été retenue car elle autorise une plus grande liberté d'expression et prend en compte le comportement des participants.

2. Déroulement des entretiens

Les entretiens se sont déroulés soit au cabinet du médecin, soit au domicile des participants, soit sur leur lieu de travail selon leur préférence.

La date, la tranche horaire et le lieu étaient définis par le participant interrogé. Les entretiens se sont déroulés de juin à décembre 2021.

Une lettre introductive était lue à chaque début d'entretien rappelant le thème de la thèse et ses principaux objectifs (Annexe 2).

Le consentement oral a été recueilli et il a été rappelé au participant qu'il pouvait le retirer à tout moment. La notion d'anonymat a été rappelée oralement à chaque début d'enregistrement.

3. Matériel utilisé

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide de l'application Dictaphone d'un IPHONE X de la marque Apple®, sous format M4A. Le téléphone était déconnecté du réseau le temps de l'entretien.

4. Guide d'entretien

Un guide d'entretien (Annexe 3), composé de 5 questions ouvertes selon la méthode semi-dirigée a été utilisé. Celui-ci a été élaboré à partir de la revue de la littérature. Pendant l'entretien, l'investigatrice débutait par une question « brise-glace ». Il était prévu d'utiliser ces 5 questions si les thèmes n'étaient pas abordés spontanément par le participant. Ce guide a été amélioré à la suite du deuxième entretien (Annexe 3 bis).

Un entretien-test a été réalisé en juin 2021 auprès d'un parent de l'investigatrice répondant aux critères de sélection des participants, permettant d'améliorer la maîtrise du guide et les techniques de relance. Cet entretien n'a pas été codé et les données recueillies n'ont pas été incluses dans le corpus du VERBATIM.

5. Nombre d'entretiens

Le nombre d'entretiens n'était pas défini préalablement. Le recueil des données s'est arrêté à la suffisance des données, soit lors du 8^{ème} entretien confirmé par 2 entretiens supplémentaires dits de consolidation n'ayant pas abouti à l'apparition de nouvelles données.

D. Traitement des données

1. Retranscription

Les fichiers audio ont été transférés sur un ordinateur, puis retranscrits mot à mot sous format texte grâce au logiciel WORD® constituant un corpus de VERBATIM. Entre crochets ont été signalés les attitudes, les émotions et les silences. Les erreurs de syntaxes n'ont pas été corrigées afin de garantir l'authenticité des propos. Les éléments pouvant nuire à l'anonymat des participants ont été censurés.

La retranscription a duré entre 4 et 5 heures par entretien. Chaque entretien est identifié par l'abréviation E1 à E10, chacun correspondant à un participant rendu anonyme, identifié par l'abréviation P1 à P10.

2. Analyse des données

Une fois le VERBATIM obtenu, celui-ci était analysé via le logiciel NVIVO version 12 WINDOWS®. Ce logiciel permet à l'utilisateur de télécharger chaque VERBATIM et de les coder en regroupant les citations pertinentes par thèmes et sous thèmes, appelés nœuds, qu'il crée lui-même au fur et à mesure de l'analyse des entretiens successifs.

La technique de triangulation des données selon la méthode de Christophe Lejeune (53) a été utilisée pour éviter les biais d'interprétation et afin de permettre de croiser l'analyse des données. Cette triangulation a été réalisée par une autre interne de médecine générale de la subdivision de Lille, réalisant une étude qualitative dans la région des Hauts-de-France.

Résultats

A. Les caractéristiques des entretiens et des participants

Les caractéristiques des entretiens et des participants sont présentées dans les tableaux suivants.

	Lieu	Durée
E1	Cabinet médical	1h 04 min 59 sec
E2	Domicile	45 min 41 sec
E3	Domicile	31 min 17 sec
E4	Domicile	35 min 47 sec
E5	Lieu de travail	32 min 43 sec
E6	Lieu de travail	42 min 56 sec
E7	Cabinet médical	29 min 58 sec
E8	Cabinet médical	23 min 40 sec
E9	Lieu de travail	21 min 30 sec
E10	Cabinet médical	23 min 25 sec

Les entretiens ont duré entre 21 min 30 sec et 1h 04 min 59 sec avec une durée moyenne de 35 min 12 sec.

	Parent	Age	Profession	Nombre d'enfant(s)	Nombre de fils dans la cible	Avis
P1	Mère	41	Aide-soignante	2	2	Indécis
P2	Mère	44	Nutritionniste	2	2	Favorable
P3	Mère	40	Secrétaire	3	2	Indécis
P4	Mère	44	Mère au foyer	3	2	Favorable
P5	Mère	50	Opticienne	2	1	Favorable
P6	Père	42	Cadre supérieur	3	1	Favorable
P7	Mère	42	Mère au foyer	2	1	Défavorable
P8	Père	45	Assistant maternel	3	2	Indécis
P9	Mère	48	Universitaire	3	1	Indécis
P10	Mère	39	Assistante sociale	3	1	Indécis

B. Les habitudes de santé

1. Opinion sur les vaccinations en général

Certains parents se décrivent comme spontanément favorables à toutes les vaccinations...

P5 : *Je suis d'une famille de médecin donc on n'est pas du tout contre les vaccins, au contraire j'ai toujours fait les vaccinations qui étaient demandées.*

P8 : *On n'est pas contre les vaccins en général. Donc on suit régulièrement et dès qu'il y a un à faire on fait.*

P10 : *Alors moi je suis assez pour la vaccination en général [...] ça pose aucun problème.*

... Et considèrent que la confiance dans les vaccins découle de la confiance en leur médecin.

P3 : *Quand le Médecin m'a dit « Faut le faire », bah ... j'ai fait parce que je fais confiance à mon médecin.*

P9 : *Alors au fait moi je fais entièrement confiance au médecin. Je ne me pose pas de questions du tout.*

Certains parents ne distinguent pas les vaccins obligatoires des non obligatoires...

P4 : *[Mes enfants] sont vaccinés, ils ont tous les vaccins obligatoires et ça ne m'a pas posé de problèmes. Pour les non obligatoires, on les a en grande partie faits.*

...pour d'autres, cette différence est source de questionnements, ils expliquent être plus réticents aux vaccins non obligatoires.

P6 : *Alors les vaccinations traditionnelles donc celles qu'on avait fait nous aussi, pas d'inquiétudes particulières. Ceux-là [les vaccins non obligatoires], spontanément, on se pose plus de questions.*

Certains parents évoquent le manque de recul sur les vaccinations non obligatoires...

P2 : Il y a des vaccins non obligatoires que j'ai pas faits pour mes enfants. [...] je suis pas contre, c'est juste le manque de recul

P7 : J'ai besoin de savoir s'il y a du recul, s'il est proposé depuis plusieurs années.

...Et aussi des réticences à la suite de polémiques médiatiques.

P2 : Moi avec mon recul dans le milieu hospitalier, j'ai vu des choses, la sclérose en plaque et cætera qui venaient de certains vaccins soi-disant.

P7 : J'ai une amie qui elle a la sclérose en plaque, [...] elle a toujours dit que c'était à cause du vaccin.

Certains parents expliquent avoir changé de point de vue après une réaction allergique chez un de leurs enfants.

P7 : Après ma fille, [...] il y a eu un évènement, elle se grattait partout, elle était assez petite, [...] j'ai commencé à flipper un peu des vaccins depuis ce temps-là.

Les rappels du vaccin contre la covid-19 ont provoqué une forme de lassitude à l'encontre des vaccins chez certains parents.

P10 : Non mais par contre je ne voudrais pas faire des vaccins tous les 6 mois. Je suis pas contre les vaccins mais en faire tous les 6 mois...

P5 : Après vu le contexte actuel, je pense qu'on est peut-être à saturation des campagnes avec le covid.

A l'inverse, l'efficacité mise en avant de la vaccination lors de la pandémie de la covid 19 a permis rassurer certains parents.

P1 : C'est vrai que moi, j'étais assez méfiante vis-à-vis des vaccins, j'avais toujours peur des effets, et depuis le covid c'est plutôt inversé.

2. Sources d'informations (en dehors du médecin généraliste)

L'entourage est une source de réassurance pour certains...

P1 : *Je voulais avoir des avis de personnes qui sont pas des médecins*

P5 : *J'avais demandé à mon frère et à mon entourage et donc je l'ai fait*

... D'autres préfèrent ne pas impliquer leur entourage de peur d'un conseil opposé à leur opinion.

P10 : *Alors mon entourage c'est compliqué parce qu'ils sont plutôt anti-vaccins.*

Lorsque les informations délivrées leur semblent insuffisantes, Internet est le média de prédilection pour approfondir leurs connaissances tout en tentant de garder une forme d'objectivité.

P1 : *Chacun va chercher sa petite info sur internet, ça marche beaucoup comme ça finalement.*

P2 : *Je suis quelqu'un qui de ma profession va voir aussi sur Google® mais je sais faire la part entre les mauvaises informations et les bonnes.*

Devant le risque de désinformation, d'autres parents refusent d'aller sur internet.

P3 : *Internet tout ça c'est bien beau mais après on trouve de tout donc il suffit qu'on tombe sur un article un peu mal informé et ça peut faire peur.*

P6 : *Je me refuse à aller regarder sur internet.*

C. Le rôle prépondérant du médecin généraliste

1. Le médecin généraliste comme source de savoir

Le MG est considéré comme conseiller, les patients décrivent une grande confiance dans ses propos.

P10 : *Je pars du principe que si le médecin le conseille c'est que c'est bien de le faire.*

P2 : *Si mon médecin traitant me dit il faut le faire, j'aurai toute confiance.*

Celui-ci est détenteur d'un savoir respecté et donc une référence vers qui se tourner pour avoir des informations de qualité.

P6 : *Le médecin généraliste c'est vraiment la source de savoir.*

P3 : *Le docteur m'a bien expliqué parce que je ne comprenais pas.*

2. Le médecin généraliste acteur des décisions de vie

Au-delà de son rôle de soignant, le MG est considéré par certains comme un acteur à part entière dans la gestion de la santé et de la vie de ses patients.

P6 : *Aujourd'hui sur des décisions de santé ou de vie on va facilement impliquer le docteur.*

P10 : *Il est tout le temps là pour nous aider pour la santé.*

Certains parents expliquent avoir suffisamment confiance dans leur MG pour laisser leurs enfants le voir sans eux.

P5 : *Et puis mon fils s'il a une question, il peut aller voir le médecin sans moi.*

P6 : *Il [mon fils] peut aller le voir seul s'il en ressent le besoin.*

P10 : *Après s'il ne demande pas à moi, il demandera au médecin [...] S'il veut en savoir plus il sait qu'il peut aller le voir tout seul.*

Pour certains patients, le MG est responsable de la surveillance de la vaccination et des rappels des enfants via leur carnet de santé.

P3 : *Nous on pense pas toujours à regarder dans le carnet de santé mais lui il pense à regarder les dates...*

P9 : *Disons que régulièrement je venais avec le carnet et je demandais au médecin de vérifier si on était à jour ou pas à jour.*

3. Le devoir de transparence du médecin généraliste

Le MG a un devoir d'explications et de transparence sur la proposition vaccinale quelles que soient ses convictions personnelles. Certains parents regrettent que des MG ne remplissent pas suffisamment leur mission de prévention et d'information indépendante et loyale.

P8 : *Et puis le docteur il est capable de dire les bons comme les mauvais côtés du vaccin et ça c'est important. Il ne va pas cacher quelque chose.*

P2 : *Je pense que ce serait bien qu'on ait tous une politique au moins sur la vaccination [...] que tous les médecins [...] qui sont contre certains vaccins non obligatoires ils ont quand même l'obligation de les proposer quoi...*

P5 : *Quand je discutais avec mon voisin médecin généraliste qui ne le fait pas à ses filles, [...] il ne le propose pas à ses patients.*

4. Valeur d'exemple du médecin généraliste

Pour certains patients, savoir que le MG ou un référent en santé a décidé de réaliser un vaccin à ses propres enfants représente un argument supplémentaire pour la vaccination.

P2 : *C'est moi qui lui ai dit : « Vous vous feriez quoi ? ». Et si le docteur disait qu'il le ferait, je l'ai fait.*

D. Les vaccins papillomavirus

1. Connaissances des parents

Les connaissances concernant les HPV de la plupart des parents interrogés se limitent à celles qu'ils ont des vaccins.

P3 : *J'ai déjà compris que c'était pour limiter les papillomavirus [...]. Après j'en sais pas tellement plus enfin c'est tout ça que j'ai retenu.*

P9 : *De ce que je sais, et je sais pas grand-chose [rires], c'est un vaccin qui protège du cancer du col de l'utérus.*

P10 : *Tout ce que je savais c'est que ça protège du col de l'utérus enfin du cancer du col de l'utérus et qu'il faut le faire assez tôt.*

On constate régulièrement une confusion entre le CCU et le cancer de l'utérus dans les lésions HPV-induites.

P2 : *[Les papillomavirus] vont créer tout ce qui est cancer de l'utérus, de l'anus de l'œsophage, en gros c'est ce que j'ai compris.*

P7 : *Ce virus il est responsable de cancer comme le cancer de l'utérus. Après j'en sais pas beaucoup beaucoup plus.*

Dans la grande majorité des cas, les patients interrogés savaient que ces vaccins étaient disponibles pour les femmes mais ils n'avaient eu que très récemment l'information concernant l'extension aux hommes.

P1 : *Là pour le Gardasil®, moi je m'étais arrêtée au fait que c'était que pour les filles.*

P8 : *Je me souviens que c'était possible chez les filles mais pas plus.*

2. Ressentis des parents

La première réaction des parents fut l'étonnement quand ils ont appris que cette vaccination était maintenant possible chez les garçons.

P4 : C'est vrai que j'ai été surprise parce que je savais pas du tout que ça existait pour les garçons.

P5 : Je lui ai dit que j'étais étonné que les garçons puissent se faire vacciner.

P9 : Là j'étais vraiment surprise parce que je ne savais pas que ça concernait les garçons aussi.

Puis certains ont ressenti de la frustration de ne pas l'avoir su plus tôt et la peur d'être hors délai.

P1 : Au niveau de l'âge on était limite je me suis dit « Ohlala qu'est-ce qu'on va faire si on est au retard ? »

P2 : C'est vrai que quand j'ai su ça m'a énervé. [...] parce que je n'étais pas au courant.

Chez une grande partie de ces parents existait une remise en question de leurs connaissances et la nécessité d'obtenir des informations supplémentaires auprès de leur MG pour prendre une décision.

P3 : J'ai vraiment besoin qu'il me réexplique le concept du vaccin et ses effets indésirables comme pour n'importe quel vaccin.

P9 : Si je vois le médecin bientôt je lui demanderai son avis pour savoir à quel âge ça se fait, comment ça se fait, des infos quoi [rires].

P10 : Je vais aller en reparler avec le médecin, parce que je sais pas vraiment de quoi il va être protégé, quelles maladies ça peut lui faire à lui en tant que garçon.

3. Qui est à l'origine de la transmission d'information ?

Une grande majorité des parents ont reçu l'information sur la vaccination HPV par le MG.

P6 : Il nous en a parlé avec notre femme parce qu'on est allé le voir en consultation

P8 : Pour le vaccin HPV, le docteur m'en a parlé cette semaine au fait.

P9 : J'ai eu l'information par le docteur.

L'un d'entre eux a ressenti le besoin de demander un second avis auprès d'un pédiatre.

P1 : J'étais un peu perdue et je voulais avoir plusieurs avis.

Des parents ont été informés par leur entourage de cette possibilité de vaccination.

P2 : Moi au fait j'en ai entendu parler du papillomavirus par mes belles filles.

P10 : Là mon filleul s'est fait vacciner, il m'en a parlé.

Des parents ont ressenti le besoin de confronter cette information à l'avis de leur entourage afin de se rassurer.

P1 : J'en ai parlé à mes collègues et il y en a une qui m'a dit qu'elle l'avait fait pour son fils.

P5 : J'en ai parlé à mon frère qui m'a dit de ne pas avoir trop d'appréhension sur le sujet.

E. L'argumentaire des parents

1. Motivations à la vaccination

a. La peur de la maladie et de ses conséquences

En premier lieu, le risque de lésions HPV-induites est l'argument principal en faveur de la vaccination

P1 : Elle m'a tout expliqué et m'a montré des photos de ce que ça pouvait faire. Face aux photos, ma réflexion était tout faite. [rires]

... notamment le risque de cancer qui établit directement un lien avec la létalité potentielle des lésions.

*P4 : C'est vrai que si ça peut éviter le cancer... Ils savent ce que c'est..
P7 : Pour les petites filles ça protège quand même du cancer.*

b. La balance avantages/inconvénients en faveur du vaccin

De nombreux parents expliquent prendre leurs décisions en contrebalançant les avantages et inconvénients.

*P1 : Le risque est trop important, on fait la vaccination et on met toutes les chances de notre côté pour pas qu'il attrape ça.
P8 : Les bienfaits sont bien plus présents que les risques.*

c. La nécessité de s'adapter aux modifications sociétales

Des parents estiment qu'il est nécessaire de s'adapter à l'évolution des mœurs de la société et que nier cette évolution représenterait un danger pour leur enfant.

*P2 : Ils ont quand même une liberté sexuelle beaucoup plus avancée que la nôtre. [...] Il faut vivre avec son temps je pense.
P5 : Après je pense que la société change. On éduque différemment les garçons notamment dans les métropoles et il faut faire avec.*

d. L'histoire personnelle

L'histoire de la famille ou de l'entourage entre en ligne de compte dans l'argumentaire. Les antécédents de tumeurs sont un souvenir traumatisant.

P4 : *Moi je me dis que si j'avais pu faire un vaccin pour pas chopper de tumeur bah j'aurai fait le vaccin.*

P5 : *J'ai une amie qui m'a dit qu'elle avait ce cancer-là. [...] Après ma grand-mère a eu un cancer du col de l'utérus donc je me suis dit qu'on était peut-être prédisposé.*

P10 : *J'ai dans une famille que j'accompagne une mère de famille de 23 ans qui a un cancer du col de l'utérus donc c'est vrai que ça, ça me motive.*

e. La confiance dans les vaccins et dans la Médecine

Le recul actuel sur les vaccins HPV est un argument évoqué.

P2 : *Ca me rassure et à un moment donné en ayant un recul de plusieurs années.*

P4 : *Depuis le temps que c'est fait sur les filles, on sait que ce vaccin, il est pas mauvais dans les années à venir.*

P5 : *Je trouve qu'avec le recul qu'on a maintenant, on a tous intérêt à y aller.*

Au-delà de la confiance dans les vaccins, des parents évoquent une confiance dans les sciences médicales et dans leurs évolutions.

P1 : *Il faut faire confiance aussi à la Médecine, on sort pas un vaccin de son tiroir-caisse comme ça hein [rires]*

P8 : *Si la médecine moderne nous permet d'éviter que nos enfants puissent développer telle ou telle maladie, je vois pas pourquoi je ne le ferai pas.*

f. La dimension militante

Pour les risques de transmission des IST ou de développement des maladies, la notion du principe d'égalité était mentionnée par des parents lors des entretiens.

P2 : Je pense qu'on peut transmettre qu'on soit l'un ou l'autre [...] Pour moi c'est incohérent [...] quand ils ont démarré la vaccination chez les filles, pourquoi ils l'ont pas démarré en même temps chez les garçons.

P5 : Je pense que c'est important que les hommes aient aussi leur part dans ça. Ça leur fait prendre conscience qu'ils sont aussi des vecteurs des MST.

P6 : C'est vrai que ça paraît étrange qu'on ait attendu autant pour le proposer aux garçons parce que finalement rien qu'en terme de transmission les deux sont concernés.

On met en évidence une crainte chez des parents concernant la transmission du virus et le fait que leurs fils pourraient sous-estimer le risque. Les HPV peuvent être transmis à bas bruit chez les partenaires potentiels de leurs enfants ce qui est une idée difficile à accepter.

P1 : Je me suis dit « Mais imagine lui il l'attrape, il déclare rien et il le refile à quelqu'un ». Quand on voit les conséquences, c'est pas rien.

P4 : Ils sont aussi porteurs et surtout ils transmettent le virus.

P5 : Ils ont peut-être l'impression que ça les concerne pas.

2. Freins à la vaccination

a. Liés à la perception des vaccins

L'aspect non obligatoire des vaccins HPV sème le doute dans les esprits. Ils l'interprètent comme un aveu de moindre importance de ces vaccins.

P6 : Je pense que le fait que ce soit pas obligatoire ne nous précipite pas.

P7 : Pour moi quand un vaccin est obligatoire je me dis qu'il y a moins de risque.

La polémique médiatique associée aux vaccins HPV d'il y a quelques années est un argument avancé.

P7 : Il y a quelques années on en a pas mal entendu parler aux infos sur des jeunes filles qui l'avaient fait et qui avaient des effets secondaires.

Pour les parents, le manque de recul d'utilisation chez le garçon malgré la vaccination des filles constitue un argument défavorable à la vaccination HPV.

P7 : Après pour rien vous cacher, moi pour les garçons je suis encore plus réticente que chez les filles, parce qu'on a encore moins de recul.

b. La crainte des effets secondaires

La crainte principale des parents est le développement d'effets indésirables à court, moyen ou long terme chez leur enfant sans pour autant les définir précisément.

P3 : Après je sais que tout vaccin n'est pas anodin et qu'il peut y avoir des effets.

P7 : Les effets secondaires c'est des maladies auto-immunes et j'aime pas ça.

c. La difficulté de changer une opinion préétablie

Les parents expliquent qu'il leur est difficile de changer d'idée en raison du manque d'informations.

P3 : On nous a tout le temps répété que c'était pour les filles que ça fait bizarre.

P10 : On en a toujours que parlé pour les filles, c'est difficile de changer une image.

d. L'absence de débat sociétal

Selon des parents, l'absence de débat sur le sujet dans la société minimise l'importance des vaccins HPV.

P6 : Je pense qu'on aurait besoin surtout d'informations en plus et puis de sentir que c'est un vrai débat de société.

F. La parentalité

1. Les décisions de santé

La plupart du temps, les décisions de santé des enfants sont prises de manière consensuelle par le couple de parents même si celui-ci est séparé.

P4 : On en a discuté avec mon mari et on a validé ensemble.

P5 : J'en ai discuté avec mon ex-conjoint, le père de mes enfants et ça ne posait pas de problème.

P6 : On cherche pas à être toujours d'accord mais au moins qu'il y ait discussion.

Parfois seul un parent est porteur de la décision de santé des enfants ...

P7 : En réalité c'est vraiment moi qui gère le côté médical.

P9 : Mon mari me laisse faire et ne se pose pas plus de questions.

... ce qui peut engendrer parfois des quiproquos ou une absence de transmission d'information au sein du couple.

P2 : Le docteur en a parlé à mon mari une fois en consultation mais mon mari ne me l'a pas transmis au fait.

2. Education

a. Être disponible pour éduquer

Les parents se sentent responsables des informations qui sont délivrées à leurs enfants. Que ce soit par eux ou par un tiers, le moment, la manière et la qualité des informations leur sont essentielles.

P1 : C'est notre rôle en tant que parents.

P3 : J'irai leur parler un par un pour leur expliquer en fonction des tranches d'âges.

P6 : On adapte sans cacher la vérité, sans mentir.

Un parent a souligné que la position d'éducateur pouvait l'amener à proposer une vision complémentaire à la manière d'aborder la sexualité dans la société.

P6 : On aborde toujours les choses du côté médical et scientifique alors que dans les relations amoureuses il y a quand même le sentiment. Ce serait intéressant de partir sur l'émotionnel pour aborder le sujet. Finalement ça peut être anxiogène pour un gamin de débiter le discours sur la vaccination par « Tu peux attraper ça, ça et ça et tu peux en mourir », c'est pas ça l'objet de départ. Il faut imaginer différemment.

b. Reconnaître et accepter ses propres limites

Aborder le sujet de la sexualité avec leurs enfants ne pose pas de problème en soi pour certains parents.

P4 : C'est vraiment pas dérangeant d'en parler entre nous au fait, même quand ils sont jeunes...

P8 : Franchement on est ouvert d'esprit, on parle de ces choses naturellement, s'ils veulent venir poser des questions ils peuvent le faire et ils le savent.

Admettre de voir son enfant grandir n'est pas si facile...

P1 : Après moi j'ai tendance à voir mes enfants comme s'ils avaient 18 mois [rires].

P3 : Ils me semblent encore jeunes mes enfants

... et discuter de sexualité peut se révéler délicat.

P1 : La première fois qu'on parle de sexualité c'est difficile.

Il peut paraître plus complexe d'aborder la sexualité avec son enfant en raison de la différence de sexe parent-enfant.

P3 : Franchement avec ma fille c'était pas difficile [rire], on est faites pareil, par contre pour les garçons c'est [silence] je sais pas.

c. Trouver des solutions pour dépasser ses difficultés

Chaque parent à sa manière propre d'aborder la sexualité avec plus ou moins de facilité. Dans le cadre de la prévention, c'est un élément d'importance.

P2 : Je trouve que ça sert à rien de cacher les choses à ses enfants.

P6 : Et puis dans le cas de la sexualité, on prend presque un risque pour l'enfant de ne pas dire les choses.

Des parents vont s'appuyer sur des supports éducatifs ou le programme scolaire ...

P3 : C'est peut-être l'occasion pour moi d'amener le sujet s'ils le font à l'école. Je ne me sentirai pas de le faire de but en blanc comme ça.

P8 : On a des petits bouquins à la maison type « la sexualité et le corps selon les tranches d'âge et de vie »

... ou vont reprendre les mots du MG ou d'un professionnel de santé

P3 : Je vais commencer par en reparler avec le docteur, il va me réexpliquer et je vais essayer de leur en reparler avec les mots et les explications du docteur.

P4 : Et puis ma fille maintenant, avec les études qu'elle fait, elle pourrait même leur expliquer les choses.

S'appuyer sur une campagne d'information permet d'initier un échange entre parents et enfants, que le sujet ne permet pas spontanément.

P4 : Ce serait l'occasion de débiter une conversation sur le sujet et éventuellement de proposer d'aller voir le médecin.

P6 : Ça permettrait de dédramatiser les situations et de permettre aux enfants d'en parler avec leurs parents.

G. Les critiques du système actuel et solutions avancées

1. Concernant le rôle du médecin généraliste

Selon les parents, le MG ne peut être seul responsable de la transmission d'information.

P1 : Il faut pas que ça vienne que du médecin au fait.

Les parents s'accordent à dire qu'à l'adolescence, les enfants vont plus rarement chez le MG ce qui est ressenti comme une perte de chance dans la transmission des informations sur leur santé.

P1 : A cet âge-là, c'est peut-être la période où on consulte le moins finalement...

P6 : C'est quand même dommage de devoir attendre d'aller voir un médecin pour avoir cette information.

2. Concernant la transmission d'information

Les parents témoignent de leur déception vis à vis des instances sanitaires et l'absence de campagnes d'informations.

P3 : Avec tous les moyens qu'on a aujourd'hui, j'aurai espéré pouvoir le savoir plus tôt ou en tout cas ne pas découvrir ça au décours d'une consultation.

P4 : Il y a pas eu de campagne !

P5 : Je commence tout juste à l'entendre, je me dis que c'est fou qu'on n'en parle pas autant que ça, ça fait quand même 1 an.

Ils ajoutent que l'épidémie de la covid-19 ne peut être une excuse justifiant l'absence de campagne.

P4 : Quand on regarde depuis le covid, quand ils veulent communiquer, ils savent le faire.

P8 : D'après ce que j'ai compris ça date de 2019. Certes il y a eu le covid entre deux donc c'était pas la priorité de tout le monde mais bon ça n'excuse pas tout.

Le souvenir de la campagne d'information précédente pour les filles est présent. Les parents constatent qu'il n'y a pas eu d'effort d'intégration de ce discours pour les garçons.

P3 : Même dans les médias, on entend toujours que c'est un vaccin pour les femmes.

P9 : Il y a justement une affiche dans certaines toilettes qui est là depuis très longtemps par rapport au papillomavirus mais qui est orientée chez les filles.

P10 : Parce que pour les filles on l'entend mine de rien, ma gynéco elle en parle, [...] mais pour les garçons rien du tout.

3. Les solutions avancées

a. Une campagne d'information généralisée dans les médias

Intégrer les médias dans la campagne d'information sur la vaccination HPV serait une option.

P8 : Comme d'habitude je dirai donc par des spots télé [...] Il faut impliquer les médias.

P10 : Internet c'est bien mais on y trouve tout et rien. Mais oui la télé, la radio.

Autre possibilité, diffuser les informations par les réseaux sociaux qui sont les moyens privilégiés de communication des adolescents.

P4 : La sécu peut se faire un petit réseau de communication, je suis sûre que les enfants iraient voir.

P8 : Maintenant si on veut toucher les jeunes c'est par les réseaux sociaux.

Exploiter tous les canaux d'informations serait nécessaire car se limiter à un seul serait délétère.

P9 : Après un simple affichage comme je disais dans les toilettes finalement c'est un bon moyen.

P10 : Les grandes affiches publicitaires ça marche bien aussi quand ont fait beaucoup de route.

Utiliser l'exemple de personnalités influentes comme cela a été fait pendant l'épidémie de la covid-19.

P1 : On a vu les hommes politiques se faire vacciner, et finalement, aujourd'hui on court après le vaccin.

P4 : Ils arrivent à faire parler MacFly et Carlito sur le covid, ou à d'autres influenceurs ou youtubeurs...

b. Une campagne d'information ciblée

Tous les parents ont évoqué les courriers d'informations envoyés par la sécurité sociale (frottis cervico-utérin ; mammographie ; dépistage du cancer-colo-rectal et MT dents), qu'ils considèrent comme très efficaces dans cette situation.

P2 : Un courrier à l'âge de l'enfant en disant « Voilà votre enfant à tel âge, il peut bénéficier d'une vaccination » et expliquer [...] les bases du papillomavirus et ensuite « contacter le MG pour plus d'infos » des choses comme ça.

P3 : Comme souvent ils font à la sécu par exemple comme aller chez le dentiste ils envoient des informations au nom de l'enfant, comme des petites piqûres de rappel.

P10 : Ce serait bien de faire un truc avec « A tel âge vous pouvez faire ça », un peu comme les mammographies qu'on reçoit.

c. Créer une consultation de prévention spécifique

Mettre en place une consultation spécifique de prévention chez les adolescents prise en charge à 100 % par la sécurité sociale.

P6 : Un temps spécifique pour pas qu'on se noie dans la documentation parce que le nombre d'infos qu'on reçoit ça fait quand même beaucoup.

P8 : C'est une solution, une consultation de prévention où les parents pourraient avoir toutes les informations et qui serait 100 % prise en charge par la sécu.

Profiter des rappels de vaccins obligatoires pour aborder cette vaccination de manière systématique.

P1 : A onze ans on en parle quand on fait l'autre vaccin.

d. Former des professionnels

Former les professionnels au contact des enfants aux questions de la sexualité et de la vaccination.

P8 : Après dans les endroits où on reçoit des jeunes, [...] il faut que ce soit encadré par un professionnel. Que ce soit une personne qui puisse répondre aux questions de manière bien informée, bien renseignée, orienter les gens.

Evoquer cette information dès la naissance de l'enfant.

P6 : Même à la naissance on en parle pas. [...] on parle du début de vie et tout ça mais pas du reste. Je pense qu'on devrait dire « Voilà votre enfant à ce moment-là de sa vie, on pourra lui proposer tel ou tel vaccin ».

e. Intégrer l'Education nationale dans le processus de prévention

Impliquer les professionnels de l'Education nationale (professeurs, infirmiers) dans la transmission d'information.

P3 : Même à l'école ils n'en parlent pas, je me dis que ce serait intéressant peut être dans parler dans les cours sur la sexualité.

P6 : Je pense quand même que l'école doit faire partie prenante de cette diffusion d'information et de prévention.

Tendre à l'uniformisation de l'information, quelle que soit la filière choisie.

P4 : Après ça dépend des filières au lycée. Là mes garçons sont en filière technologique donc ils ont plus de sciences.

D'autres parents considèrent que ce n'est pas le rôle de l'Education nationale de débattre sur ces sujets.

P8 : Les professeurs c'est pas leur métier ça. A l'école ils sont là pour étudier et apprendre, pas pour avoir des cours sur les vaccins.

P10 : A l'école je pense pas qu'ils sont plus réceptifs à ça. Je suis même pas sûre que mon enfant écouterait.

f. Donner quelques chiffres pour apaiser les craintes

Le fait de diffuser une information précise et concise permettrait aux parents d'être moins anxieux à propos des effets secondaires.

P7 : Je pense qu'il me manque des statistiques qui me montrent que ces derniers temps il y a pas eu de soucis, pas de syndrome de Guillain Barré. Il me faut des chiffres clairs et indépendants.

H. La prise de décision

1. Devenir sachant pour prendre une décision argumentée

Une fois les connaissances intégrées et comprises, les parents se sentent capables de prendre une décision éclairée.

P3 : *On a pris la décision avec nos enfants de le faire après avoir bien réfléchi et s'être renseignés.*

P6 : *Je vais juste réfléchir [...] et pas faire les choses sans les avoir comprises.*

2. Faire un choix dans l'intérêt premier de son enfant

Les parents sont guidés par le besoin de prendre la meilleure décision pour leur enfant et sa santé.

P1 : *Il faut que chacun réfléchisse en son âme et conscience pour prendre ce qui lui paraît être la meilleure des décisions.*

Selon eux, un manque de connaissances peut porter préjudice à leur enfant.

P7 : *Il y a pleins d'enfants et de parents qui doivent l'ignorer parce qu'il est pas dans la liste des obligatoires. Et le problème c'est que s'il est trop tard, il est trop tard ...*

P8 : *Quand il y a quelque chose à faire à mon enfant qui peut le protéger contre une maladie plus tard j'aime le savoir.*

3. Avoir le choix d'accepter ou non

Pour les parents, l'accès à l'information est une condition *sine qua non* pour avoir le choix de faire ou non la vaccination. Sans connaissances, il n'y a pas de choix possible.

P1 : *Il faut dire que ça existe et qu'au moins les gens puissent au moins y réfléchir même si tout le monde n'est pas d'accord.*

P2 : *Après c'est moi qui décide mais qu'on me propose tout le menu quoi, et qu'on me dise pas : « je vous l'ai pas proposé parce que je suis contre ».*

P3 : *Et si on ne sait pas on n'a même pas le choix, il est important le choix.*

Transmettre l'information sans chercher à convaincre est essentiel pour les parents interrogés.

P2 : Maintenant,[...] je ferai la femme préventive et dès que je verrai un enfant de 11 ans j'irai voir la maman pour lui en parler, qu'elle sache quoi.

P5 : Je vais en parler avec mes amies qui ont des garçons de cet âge-là.

4. Obtenir l'adhésion de l'enfant

Il semble important (voire primordial) que l'enfant soit partie prenante dans la prise de décision à condition d'une information au préalable.

P2 : De toute façon c'est impossible d'imaginer que je lui explique pas en quoi consiste ce vaccin.

P5 : Je vais pas lui faire sans le prévenir ou lui expliquer.

A l'âge où la vaccination est proposée, l'enfant est considéré par les parents comme capable d'être intégré à la prise de décision de santé.

P3 : Si vraiment ils sont hyper réticents, je ne sais pas si j'irai jusqu'au bout.

P9 : Au bout d'un certain âge, j'estime qu'ils sont capables de prendre des décisions pour leur propre santé.

P10 : Comme c'est pas un vaccin obligatoire, il ne fait pas s'il ne veut pas.

Les parents se considèrent comme un interlocuteur qui conseille sans imposer ce choix.

P6 : On va lui dire : « Va voir le médecin pour te faire ton propre avis et on te guidera dans ta prise de décision après ».

P8 : On va les aiguiller c'est normal mais le choix final ce sera lui.

5. Prendre en compte l'avis du médecin généraliste

L'avis du MG sur la vaccination demeure une valeur certaine dans le processus de décision.

P9 : L'avis du médecin reste primordial.

P10 : Après très sincèrement, si le docteur me dit « Il faut le faire vacciner parce qu'il faut le protéger » on va le faire.

Discussion

A. Discussion de la Méthode

1. Forces de l'étude

a. Choix d'une étude qualitative

La méthode qualitative permet d'explorer des phénomènes, des comportements et de répondre aux questions autour des sciences humaines. La médecine générale étant centrée sur la personne, cette méthode s'imposait comme celle de choix pour explorer les représentations des parents de garçons en âge de recevoir la vaccination HPV. En utilisant la technique des entretiens semi-dirigés, le chercheur laisse s'exprimer les parents sur leurs représentations.

Cette étude s'inscrit dans le contexte de changements de recommandations du calendrier vaccinal et de la remise en cause des vaccins par une frange de la population (54).

b. Validité interne

La validité interne de cette étude repose sur plusieurs critères, socles de la méthode qualitative (55).

- Un échantillonnage raisonné : l'hétérogénéité de la population sélectionnée permet de recueillir une diversité d'expériences.
- Une relecture intégrale des entretiens : elle a été effectuée par 2 personnes, les entretiens ont été retranscrits mot à mot pour garantir l'authenticité des propos.
- Une triangulation des données : elle a été réalisée par un investigateur externe à l'étude, le codage s'est avéré cohérent.
- La suffisance des données : elle a été vérifiée par deux entretiens supplémentaires qui n'apportaient pas de nouvelles données.

c. Validité externe

Les résultats de l'étude sont cohérents avec les données de la littérature (56).

2. Limites et biais de l'étude

a. Les biais internes

Le recrutement des participants aux entretiens avait pour but de recueillir un panel le plus diversifié possible. La méthode qualitative par théorisation ancrée nécessite de travailler sur des profils variés reflétant une diversité d'expérience sans chercher à être représentatifs de la population générale. On notait un déséquilibre au niveau du sexe des parents dans les participants à l'étude (2 pères pour 8 mères). Ce recrutement était réalisé auprès de patient déjà sensibilisé une première fois à la vaccination HPV par le MG, ce qui a pu constituer un biais de recrutement.

Devant les difficultés liées aux conditions sanitaires pendant la période de recrutement, celui-ci a été réalisé autour d'un seul centre, ce qui a pu constituer un biais de sélection.

La petite taille de l'échantillon ne permet pas d'extrapoler les résultats à la population générale. Après huit entretiens, la suffisance des données a été obtenue et a été confirmée par deux entretiens supplémentaires.

b. Le biais d'investigation

Dans une étude qualitative, le biais d'investigation est dépendant de la manière dont les entretiens ont été effectués. La façon dont l'investigateur pose ses questions et guide l'entretien ont pu constituer un biais notamment si celui-ci est peu expérimenté. Afin de le minimiser, il est nécessaire de maîtriser la technique de conduite d'entretien décrite par Christophe Lejeune (53).

c. Le biais d'interprétation

Le biais d'interprétation est intrinsèque à la recherche qualitative. Lors de la réalisation de l'analyse des données, une erreur dans le codage des entretiens liés à une mauvaise compréhension ou une mauvaise interprétation des réponses peut constituer ce biais. Afin de minimiser ce biais, une triangulation des données a été réalisée avec une autre interne de Médecine générale de la faculté de médecine de Lille.

B. Discussion des résultats

1. Le parent et ses croyances

a. Une acceptabilité relative des vaccins

L'OMS définit l'hésitation vaccinale comme « *le retard dans l'acceptation ou le refus des vaccins malgré la disponibilité de services de vaccination* » (57). La défiance vaccinale est un problème de santé publique mondiale qui s'accroît depuis les années 2000 (58).

Dans la population française, l'acceptabilité des vaccins est relative. Selon une étude internationale publiée dans *The Lancet* en 2016 interrogeant 65 819 personnes de 67 pays sur l'importance, la sécurité, l'efficacité et la compatibilité religieuse de la vaccination, la France se classe dans les dix pays les moins confiants (54). L'innocuité des vaccins était mise en cause chez 45,2 % des français.

Les différentes controverses en santé publique de ces deux dernières décennies ont influé sur l'adhésion vaccinale des français. La gestion sanitaire de la pandémie de grippe H1N1 de 2009 a eu un effet immédiat sur la confiance envers la vaccination (Figure 2). De même, la pandémie de la covid-19 en 2020, a eu un léger impact défavorable (non significatif selon Santé publique France (SPF)) sur la confiance vaccinale des français entre les périodes pré et post confinement (59).

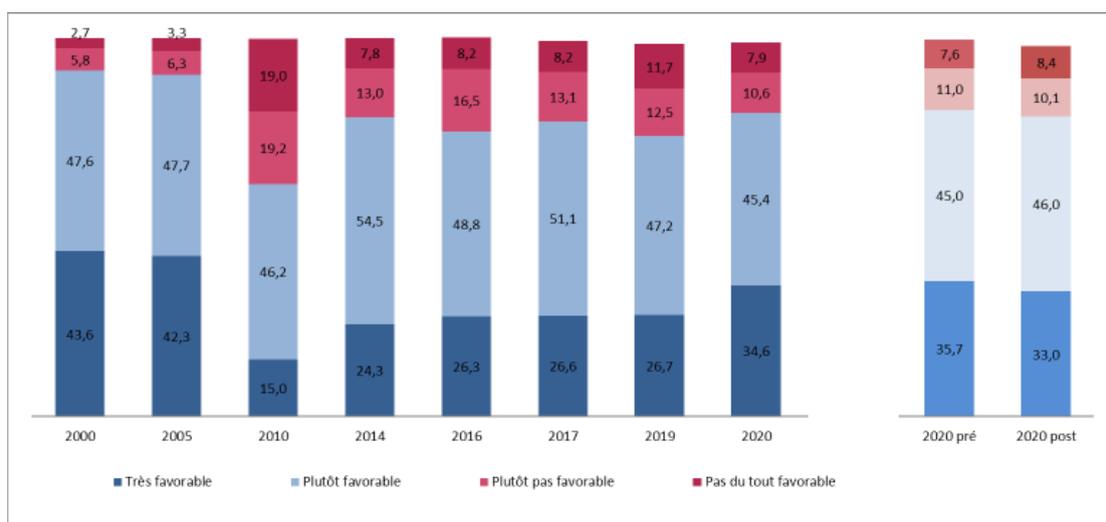


Figure 2 : Evolution de l'adhésion à la vaccination en général parmi les 18-75 ans résidant en France métropolitaine (en %) Baromètres de Santé Publique France 2000-2020

Notre étude suggère une influence de la pandémie de la covid-19 sur l'adhésion vaccinale des parents. Deux sentiments émergent :

- Une reconnaissance de la qualité de la recherche scientifique
- Une forme de lassitude liée à la répétition des rappels vaccinaux contre la covid-19

On peut raisonnablement s'attendre à ce que ces données évoluent dans les mois à venir et soient l'objet de nouvelles études.

L'étude de la vaccination HPV met en évidence une fluctuation de l'adhésion selon les années. En 2010, ces vaccins recueillaient 0,5 % d'opinions défavorables contre 7,7 % en 2014 (60). L'année 2013 a marqué le début de la défiance envers ces vaccins suite à la publication d'articles polémiques relayés dans les médias grands publics (61,62).

Dans le Baromètre publié en 2020 par SPF, la vaccination HPV recueillait 3,8 % d'opinions défavorables. Du fait du récent élargissement de la vaccination aux hommes, cette extension n'a probablement que peu influencé les données de l'année 2020 (59).

Dans sa thèse quantitative publiée en 2019, Thomas Pietri a analysé l'acceptabilité des parents à une éventuelle extension de la vaccination HPV aux garçons de 11 à 19 ans. La vaccination HPV recueillait un avis favorable chez 63 % des parents interrogés (contre 79,8 % d'avis favorable pour la vaccination chez les filles) (63).

On constate que l'acceptabilité de la vaccination HPV est largement supérieure à la réalité de la couverture vaccinale en France.

b. Une vaccination qui soulève des craintes

Dans notre étude, les principaux arguments contre la vaccination HPV évoqués par les parents étaient :

- La crainte des effets secondaires et des maladies auto-immunes induites
- Le manque de recul sur les vaccins
- Le scandale médiatique associé aux vaccins

Depuis 2013, de multiples polémiques faisant état de dommages potentiels ont éclaté à l'encontre des vaccins HPV en France et dans le monde (Maladies auto-immunes ; Syndrome régional douloureux complexe et Syndrome de tachycardie posturale orthostatique) (64,65). Alimentées par les médias, ces polémiques ont provoqué une réticence envers ces vaccins. Cette dernière reste toujours perceptible aujourd'hui malgré une innocuité démontrée jusqu'à présent selon le Comité d'évaluation des risques en pharmacovigilance de l'Agence européenne du médicaments (66).

Dans sa thèse, Thomas Pietri identifiait les mêmes freins à la vaccination (63). Ces craintes mises en évidence confirmaient les freins de l'étude quantitative d'acceptabilité réalisée chez des parents de jeunes filles en 2016 par Marion Décarpigny pour son travail de thèse (67).

En 2019, Marine Kerdonkuff a réalisé une revue de la littérature comme travail de thèse. Il portait sur les freins à la vaccination HPV chez les parents de jeunes filles dans les pays industrialisés. Les réticences trouvées dans notre étude étaient aussi identifiées dans son travail (68).

Ces freins mis en évidence dans notre étude, ne sont donc pas spécifiques au sexe de l'enfant. Ils sont caractéristiques des parents des pays dans lesquels les vaccins sont facilement accessibles.

c. Une vaccination qui suscite étonnement et frustration

Notre étude révèle que les parents n'avaient pas intégré le nouveau calendrier vaccinal de leurs fils. L'intégralité des parents ont fait part de leur étonnement. La surprise provoquée par la découverte de cette information alimentait la défiance envers le vaccin. Ce manque de connaissances concernait à la fois les HPV mais aussi les vaccins HPV disponibles.

Depuis deux décennies, les connaissances sur les HPV progressent :

- En 2000, une étude publiée dans le Journal of Community Health a révélé que 4,2 % des hommes et 11,6 % des femmes avaient entendu parler des HPV (69).
- En 2019, une vaste étude effectuée dans 10 pays européens a été réalisée par le laboratoire pharmaceutique MSD incluant 15 000 hommes et femmes. Selon cette étude, 64 % des français connaissaient l'existence des HPV (70).

Les connaissances sur les HPV semblent demeurer insuffisantes et expliquent en partie le manque d'adhésion à la vaccination.

Les parents manifestaient aussi un sentiment de frustration. Ils témoignaient initialement d'une opposition réactionnelle à la vaccination HPV et déploraient :

- L'absence de campagne d'information vaccinale alimentant leur réflexion
- Le fait que les sources d'informations restaient centrées sur la vaccination féminine
- La difficulté de changer leurs *a priori* sur le vaccin
- L'absence de débat sociétal semblant minimiser l'importance des vaccins

En 2020, Laura Levignon confirmait par son étude quantitative que l'apport d'informations favorise l'adhésion des parents à la vaccination HPV. (71)

Dans notre étude, tous les parents ont insisté sur les notions de « choix à la vaccination » et de « droit à l'information ». Ils estiment que l'absence d'informations conduirait à l'absence de choix et que cela empièterait sur leurs droits et leurs devoirs parentaux. Cette notion n'est évoquée dans aucun autre travail selon notre recherche.

2.

Le parent et son enfant

a. Assurer l'éducation

Tous les parents ont témoigné de leur souhait d'assurer au mieux l'éducation de leurs enfants. Ils se sentent investis d'une mission : celle de transmettre le savoir que ce soit par eux ou par un tiers.

Expliquer la vaccination HPV à leur garçon est indispensable à sa réalisation. Il est important d'éduquer à la santé leurs enfants, de prendre le temps de répondre à leurs questions et d'adapter le discours en fonction de leur maturité.

b. Aborder la sexualité

Les vaccins HPV sont des vaccins qui renvoient à la sexualité future des garçons. Il a pour particularité d'être le seul vaccin initié à cette tranche d'âge. Aborder la vaccination revient pour les parents à aborder la sexualité de leur enfant, ce qui n'est pas toujours aisé à un âge où l'enfant lui-même n'est pas forcément impliqué.

Une thèse de médecine générale réalisée en 2016 par Yohan Querol, portait sur l'éducation à la sexualité au sein du noyau familial. Il concluait que le parent était la principale source d'information des adolescents entre 10 et 18 ans sur le sujet de la sexualité (72).

Chaque parent a ses propres représentations concernant la sexualité. De nombreux codes moraux et religieux conditionnent les comportements et créent des *a priori* en fonction des groupes sociaux.

Ainsi, notre étude met en évidence un paradoxe chez certains parents :

- D'une part, ils souhaitent s'impliquer et accompagner leurs enfants dans le suivi de leur santé.
- D'autre part, ils se sentent démunis face à des sujets qui touchent à l'intime. Ils rapportaient une difficulté à engager le dialogue, certains par manque de connaissances, d'autres par gêne.

Afin de surmonter le malaise induit par ces discussions autour de l'intime, chaque parent a besoin de connaître ses limites. Il pourra ainsi mobiliser des ressources extérieures, utiliser des mots de professionnels de santé ou des supports éducatifs.

c. Prendre en compte l'avis de l'enfant

Notre étude souligne le fait que les parents souhaitent impliquer leurs adolescents dans leurs décisions de santé en tenant compte de leurs avis.

La vaccination HPV est réalisée à un âge où l'enfant a la capacité d'en comprendre ses enjeux. Le caractère non obligatoire du vaccin, rend son abord fondamentalement différent de celui réalisé dans la même tranche d'âge : le dTPca.

Selon les parents de notre étude, l'avis de l'enfant a un impact fort sur la prise de décision finale. Ils considèrent qu'à l'aide d'une information claire, loyale et appropriée, leur enfant a la capacité de faire ses propres choix. Le parent se considère comme un interlocuteur qui conseille sans imposer ce choix.

La thèse de Marguerite Hamy publiée en 2017 portant sur l'acceptabilité des parents de jeunes filles concernant la vaccination HPV, mettait en évidence que l'avis des jeunes filles était indispensable à la décision vaccinale (73).

La situation sanitaire actuelle et le programme de vaccination contre la covid-19 chez les mineurs soulève la problématique de l'avis de l'enfant. Il est possible que les études futures portant sur la vaccination des enfants contre la covid-19 aient des similitudes avec la nôtre.

d. Responsabilité parentale

Dans les fiches disponibles sur le site du ministère de la justice définissant l'autorité parentale, il est précisé que les parents « *ont un devoir de protection et d'entretien de leur enfant. Ils doivent veiller sur sa sécurité et contribuer à son entretien matériel et moral, c'est-à-dire le nourrir, l'héberger, prendre des décisions médicales...* » (74).

Tous les parents de notre étude sont conscients qu'ils sont garants de l'état de santé de leur enfant. La peur de la maladie et des conséquences de celle-ci font pleinement partie de leur réflexion lors du choix de la vaccination.

Lorsqu'on s'intéressait aux connaissances des parents sur les HPV, on se rendait rapidement compte qu'elles se limitaient à la notion de cancer avec une confusion entre le CCU et le cancer de l'utérus. Le terme « cancer » provoque une crainte généralisée et cristallise une angoisse chez les parents notamment ceux qui expliquent y avoir été déjà confronté.

Chez certains parents, une dimension militante et citoyenne vient se rajouter dans le processus de réflexion. La transmission des HPV et plus largement des IST est de la responsabilité de chacun des partenaires. Un sentiment d'aberration a souvent été souligné : si les deux sexes sont responsables de la transmission des HPV, il aurait été logique de proposer la vaccination à tous les enfants d'emblée.

Dans un travail de thèse réalisé par Angèle Maillard publié en 2020, on mettait en évidence cette dimension militante des parents de jeunes garçons dans leur réflexion à la vaccination HPV (51).

Pour les parents, vacciner leurs fils représente un acte citoyen, en protégeant les futures partenaires de leurs enfants et aussi en rééquilibrant l'égalité dans la prévention des IST. Cette réflexion apparaît comme un critère fort d'acceptabilité de la vaccination dans notre étude.

3. Le parent et son médecin généraliste

a. Le médecin généraliste comme source de confiance

Notre étude révèle la place primordiale du MG dans la réflexion des parents autour de la vaccination. Il a un rôle majeur dans la prise de décision grâce à la confiance accordée par les patients.

Les missions attendues du MG sont d'informer le patient, d'écouter ses craintes sans jugement et de le conseiller. C'est sur lui que repose en grande partie l'apport d'informations sur la vaccination. Le patient attend un échange réciproque. Le MG doit être pédagogue et faire preuve de patience.

Le seul avis du MG sur la vaccination était primordial et suffisant pour une grande partie des parents interrogés. Celui-ci connaît intimement la cellule familiale. Les parents étaient plus enclins à accepter une vaccination proposée par le MG. Si celle-ci était proposée par un autre référent médical, de nombreux parents expliquaient avoir besoin de consulter leur MG. Pour certains parents, le discours du MG a valeur d'exemple, nous y reviendrons dans le paragraphe 3. b.

Cette nécessité d'une relation de confiance entre le patient et le MG était soulignée dans la thèse de Jean Rossignon publiée en 2017 (75).

b. Le médecin généraliste qui peut devenir un frein

L'opinion des parents interrogés est directement influencée par l'avis du MG. Dans certaines situations, le MG peut devenir lui-même un frein à la prise de décision. S'il n'est pas lui-même convaincu de l'intérêt de ce vaccin, il n'en fera pas la promotion.

En 2019, une vaste enquête réalisée par l'INCa auprès de 300 MG révélait que 16 % des MG ne recommanderaient pas la vaccination aux garçons si elle apparaissait dans le calendrier vaccinal (52).

Plusieurs facteurs pourraient expliquer cela :

- Manque information et de connaissances de certains MG
- Manque de formation de certains MG
- Opinion personnelle négative des vaccins

Le manque de transparence de certains MG posait un problème aux parents interrogés. Pour la majorité d'entre eux, l'information concernant la vaccination des hommes avait été délivrée par le MG. Selon eux, le MG a un devoir d'information systématique quelles que soient ses convictions personnelles. Les convictions du MG ne doivent pas venir interférer avec son rôle de soignant et aboutir à l'absence de proposition vaccinale. Cette notion peut se révéler problématique lorsque le discours du MG est considéré comme valeur d'exemple lors de la prise de décision.

4. Perspectives d'avenir

Dans cette étude, plusieurs solutions proposées par les parents ressortent afin d'améliorer l'acceptabilité vaccinale.

a. Campagnes d'informations diffuses et ciblées

Pour les parents interrogés, le manque d'informations était un facteur majeur d'hésitation vaccinale. En proposant des campagnes d'informations diffuses et ciblées dirigées par la Sécurité sociale et les Agences Régionales de Santé, ils estimaient que cela leur permettrait de s'instruire sur le sujet et de se sentir concernés.

Pour les parents, Internet était la seconde source d'information après le MG. Il serait intéressant de proposer une campagne d'information diffuse nationale et de travailler avec tous les médias (Internet ; radio ; télévision ; presse écrite ; affichage). Profiter des canaux de communications des adolescents notamment les réseaux sociaux serait indispensable afin de les impliquer dans la réflexion.

Pour certains parents, un partenariat entre la sécurité sociale et des personnes publiques et médiatiques favoriserait l'adhésion vaccinale.

En 2017, Luc Fauville a réalisé sa thèse de médecine générale sur l'impact de la brochure de l'INPES sur la vaccination HPV. On constatait une augmentation du taux de vacciné dans la population ayant reçue la brochure comparé à la population ne l'ayant pas reçue (76).

En 2019, Simon Douzenel a analysé l'efficacité des stratégies vaccinales anti-HPV à l'international dans son travail de thèse. Il concluait que la plupart des états

optimisaient la couverture vaccinale en proposant une campagne d'information organisée et médiatisée (77).

En 2020, une étude danoise a analysé l'effet d'une campagne de vaccination HPV sur Facebook®. Les résultats ont montré que les publications réalisées ont réussi à engager les internautes dans un dialogue et dans une recherche d'informations complémentaires (78).

Un autre type de campagne d'information était évoqué par tous les parents lors des entretiens : une campagne ciblée à l'aide de courriers personnalisés directement reçus au domicile des parents.

Le but de ces campagnes serait d'informer les parents et les enfants, d'initier et de faciliter le dialogue. L'idéal serait de délivrer un message court pour ne pas noyer les parents dans un excès d'informations et les inciter à en rediscuter avec leur MG.

b. Consultation spécifique parent et enfant

L'instauration d'une consultation spécifique pour aborder la vaccination HPV pour les adolescents était souvent soulignée dans nos entretiens. Tous les parents s'accordaient à dire qu'il fallait imposer au MG de proposer de manière systématique cette vaccination sans pour autant multiplier les rendez-vous médicaux à un âge où les enfants vont rarement chez le MG.

Dans un premier temps, les parents proposaient d'intégrer systématiquement la proposition vaccinale contre les HPV dans la consultation de rappel du dTPCa.

Cette notion était exposée dans une étude américaine publiée en 2014. Les auteurs de cette étude considéraient que ne pas utiliser la consultation de rappel du dTPCa pour proposer la vaccination HPV était une « occasion manquée » et donc un facteur de risque de ne pas se faire vacciner (79).

En 2017, le conseil national du sida et des hépatites virales proposait dans ses recommandations de « *faire du rappel de la vaccination DT-polio entre 11 et 13 ans une opportunité d'initiation de la vaccination anti-HPV* » (80) .

Pour d'autres parents, une consultation spécifique intégralement prise en charge par l'Assurance Maladie pour parler de ces vaccins semblait plus adaptée.

En médecine générale, il existe une consultation appelée « Première consultation de contraception et de prévention des maladies sexuellement transmissibles » disponible uniquement pour les jeunes filles jusque 17 ans inclus. Cette consultation est en supplément des examens de suivi obligatoire de l'enfant. L'exclusion des jeunes garçons est un paradoxe, ils sont autant responsables de la transmission des IST et les évincer du parcours de contraception et de prévention revient à sous-entendre qu'ils ne sont pas concernés par ces notions.

L'élargissement à tous les adolescents de cette consultation permettrait de rétablir le principe d'égalité face à l'éducation sexuelle et d'aborder des sujets communs comme les IST, la contraception, le consentement...

L'accès à une consultation intégralement prise en charge pourrait permettre de lisser les inégalités sociales actuelles d'accès à la prévention primaire.

Cet argument était identifié dans la thèse de Simon Douzenel (77).

Enfin, une consultation spécifique serait l'occasion de donner des pistes aux parents pour les aider dans les discussions autour de la sexualité de leurs enfants. Chaque parent a une aisance différente face à ce sujet. Le MG se positionne alors comme un levier, son intervention est la bienvenue en complétant la parole parentale.

c. Intégrer l'Education nationale et former les professionnels

Les parents s'accordaient à dire que le rôle de l'Education nationale est de soutenir la politique de prévention contre les IST. Inscrit dans la loi depuis 2001, l'éducation sexuelle doit être dispensée dans les classes de primaires, collèges et lycée lors d'un enseignement accessible à tous et obligatoire (81).

Les parents insistaient sur différents points :

- Le rôle des professeurs ne devait pas impliquer la prévention sur des sujets polémiques comme la vaccination.
- L'intervention de personnels extérieurs leur semblait bénéfique
- Selon les établissements et les filières choisies, l'enseignement pouvait se révéler inégal voire inexistant.

Afin d'améliorer la politique de prévention, il semblait nécessaire pour certains parents de former au sujet de la sexualité chaque professionnel en contact avec des enfants : personnels de l'éducation nationale, éducateurs sportifs, animateurs...

Les médecins ont une obligation de formation professionnelle continue (82,83). La prévention n'est pas innée chez les professionnels de santé, elle nécessite un apprentissage et un entretien de cette capacité. Le rapport de concertation citoyenne sur la vaccination publié en 2016 insistait sur deux points (84) :

- Inscrire la vaccination comme thème prioritaire des programmes de formation continue
- Renforcer le temps de formation initiale sur la vaccination des étudiants en santé

A titre expérimental, le service sanitaire des étudiants en santé a été instauré en 2018. Un des objectifs est de faire intervenir des étudiants en santé dans les établissements scolaires (85). Les premiers retours mettent en évidence une satisfaction des étudiants en santé mais aussi des élèves. Les résultats d'une enquête nationale réalisée auprès des étudiants menée par SPF en 2020-2021 seront bientôt disponibles (86).

d. Caractère obligatoire ou recommandé de la vaccination ?

En France, onze vaccins sont actuellement obligatoires pour les nourrissons nés après janvier 2018. Dans notre étude, certains parents considéraient les vaccins obligatoires et non obligatoires de la même façon. Pour d'autres parents, le caractère non obligatoire d'un vaccin signifiait une efficacité et une importance moindres.

Cette méfiance envers les vaccins non obligatoires était mise en évidence dans la thèse d'Alice Huchet publiée en 2017. Son travail portait sur les motifs de refus à la vaccination HPV chez les parents de jeunes filles (87).

La potentielle obligation divise aussi la communauté scientifique et politique. Une proposition de loi visant à « *ajouter le vaccin contre le papillomavirus sur la liste des vaccinations obligatoires* » avait été enregistrée en mai 2018, celle-ci n'a jamais été retenue (88).

D'un point de vue de santé publique, la vaccination est considérée comme efficace contre une grande partie des lésions HPV-induites et a prouvé son innocuité jusqu'à présent. L'obligation permettrait aux populations les moins favorisées qui sont souvent moins informées et de surcroît plus à risques, d'avoir un accès direct à la vaccination HPV. Le MG pourrait s'affranchir de l'avis du parent mais aussi de l'avis de l'enfant qui était souligné dans notre étude.

Cependant, il pourrait y avoir un risque que cette obligation vaccinale empêche certains débats parent-enfant autour de la sexualité. A l'heure où la relation médecin-patient évolue en devenant centrée sur le patient et non plus paternaliste, rendre ces vaccins obligatoires pourrait être perçu comme une forme de régression.

Dans sa thèse réalisée en 2020, Antoine Crapet s'intéresse à l'avis des parents de jeunes filles concernant l'obligation de la vaccination HPV. Ses résultats montrent des parents divisés entre les notions de liberté à la vaccination et la santé publique (89).

La pandémie de la covid-19 a fait ressurgir le débat sur l'obligation vaccinale et a confirmé que cette dernière est à distinguer de l'adhésion vaccinale. Même si elle est défendue par certains spécialistes, l'obligation vaccinale contre les HPV ne semble pas être une perspective pour le moment en France.

Conclusion

Ce travail de thèse a débuté plus d'un an après l'élargissement de la vaccination HPV aux garçons. Les différents entretiens réalisés ont mis en évidence de multiples états d'âmes chez les parents. Lorsque le sujet porte sur les enfants, l'implication émotionnelle est intense et suscite incertitude, interrogation voire méfiance.

En France, la confiance vaccinale est parfois fragile et la vaccination HPV n'y fait pas exception. Notre étude suggère que l'apport de connaissances est le principal levier d'acceptabilité de cette vaccination. Pour cela, il est nécessaire d'avoir un engagement des pouvoirs publics, des professionnels de santé et des instances sanitaires pour uniformiser les messages transmis par les scientifiques et les politiques.

Bien que l'efficacité et l'innocuité des vaccins HPV aient été démontrées jusqu'à présent, un certain nombre de parents continuent de craindre les effets secondaires ce qui alimente la défiance vaccinale. Il faut cerner les fondements de cette défiance pour espérer améliorer la couverture vaccinale.

Cette étude a permis de souligner la complexité de la relation parent-enfant notamment au moment de l'adolescence. Informer l'enfant de la vaccination revient à aborder le sujet de la sexualité ce qui peut être difficile à la fois pour les parents et pour l'enfant. Auparavant proposée uniquement aux HSH, l'élargissement de la vaccination à tous les garçons a permis de ne pas avoir à présumer de l'orientation sexuelle de l'enfant au moment de la réalisation du vaccin. Bien que les HPV soient responsables du CCU, il faut lutter contre ce raccourci qui a tendance à passer sous silence les lésions masculines et la notion d'IST.

Ce travail a permis de mettre en lumière le rôle du MG. Il est considéré comme la référence en matière de prévention et les parents lui accordent toute leur confiance. Par son écoute, il rassure, explique aussi bien les avantages que les inconvénients et vulgarise le langage scientifique. Il fait le lien entre le patient et l'information mais il est aussi le lien entre le parent et l'enfant lorsque la communication peut être moins facile.

Pour aller plus loin, il serait intéressant de recueillir les ressentis des jeunes garçons concernant la vaccination HPV.

Bibliographie

1. Launay O. Prix Nobel de Médecine 2008 (Harald zur Hausen) : Papillomavirus et cancer du col de l'utérus. *médecine/sciences*. nov 2008;24(11):981-2.
2. European Centre for Disease Prevention and Control. Public consultation on draft guidance for introduction of HPV vaccines in EU countries: focus on 9 valent HPV vaccine and vaccination of boys and people living with HIV. Publications Office; 2019.
3. Alain S, Hantz S, Denis F. Papillomavirus : les virus et la physiopathologie de l'infection. *2021*;13:15.
4. Manhart LE, Koutsky LA. Do Condoms Prevent Genital HPV Infection, External Genital Warts, or Cervical Neoplasia?: A Meta-Analysis. *Sex Transm Dis*. nov 2002;29(11):725-35.
5. Daling JR, Madeleine MM, Johnson LG, Schwartz SM, Shera KA, Wurscher MA, et al. Human papillomavirus, smoking, and sexual practices in the etiology of anal cancer. *Cancer*. 15 juill 2004;101(2):270-80.
6. Moscicki A-B, Schiffman M, Kjaer S, Villa LL. Chapter 5: Updating the natural history of HPV and anogenital cancer. *Vaccine*. août 2006;24:S42-51.
7. Arroyo Mühr LS, Eklund C, Dillner J. Misclassifications in human papillomavirus databases. *Virology*. 1 juin 2021;558:57-66.
8. Bouvard V, Baan R, Straif K, Grosse Y, Secretan B, Ghissassi FE, et al. A review of human carcinogens—Part B: biological agents. *Lancet Oncol*. avr 2009;10(4):321-2.
9. WHO. Papillomavirus humain (PVH) et cancer du col de l'utérus [Internet]. [cité 17 août 2021]. Disponible sur: [https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-\(hpv\)-and-cervical-cancer](https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-(hpv)-and-cervical-cancer)
10. De Martel C, Plummer M, Vignat J, Franceschi S. Worldwide burden of cancer attributable to HPV by site, country and HPV type. *Int J Cancer*. 15 août 2017;141(4):664-70.
11. Muñoz N, Bosch FX, Castellsagué X, Díaz M, de Sanjose S, Hammouda D, et al. Against which human papillomavirus types shall we vaccinate and screen? The international perspective. *Int J Cancer*. 20 août 2004;111(2):278-85.
12. Giuliano AR, Nyitray AG, Kreimer AR, Pierce Campbell CM, Goodman MT, Sudenga SL, 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: EUROGIN 2014 roadmap. *Int J Cancer*. 15 juin 2015;136(12):2752-60.
13. Institut national du cancer. Plan cancer 2014-2019 [Internet]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr>
14. Shield KD, Marant Micallef C, de Martel C, Heard I, Megraud F, Plummer M, et al. New cancer cases in France in 2015 attributable to infectious agents: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Epidemiol*. mars 2018;33(3):263-74.

15. Fiche info - GARDASIL 9, suspension injectable en seringue préremplie. Vaccin Papillomavirus Humain 9-valent (Recombinant, adsorbé) - Base de données publique des médicaments [Internet]. [cité 11 févr 2022]. Disponible sur: <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/extrait.php?specid=65017887>
16. Fiche info - GARDASIL, suspension injectable en seringue préremplie. Vaccin Papillomavirus Humain [Types 6, 11, 16, 18] (Recombinant, adsorbé) - Base de données publique des médicaments [Internet]. [cité 11 févr 2022]. Disponible sur: <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/extrait.php?specid=69604608>
17. Fiche info - CERVARIX, suspension injectable en seringue pré-remplie .Vaccin Papillomavirus Humain [Types 16, 18] (Recombinant, avec adjuvant, adsorbé) - Base de données publique des médicaments [Internet]. [cité 11 févr 2022]. Disponible sur: <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/extrait.php?specid=64098181>
18. Commission de la Transparence de la HAS - Direction de l'Évaluation Médicale, Economique et de Santé Publique : Vaccin papillomavirus humain 9-valent, recombinant, adsorbé, modification des conditions d'inscription suite à une nouvelle stratégie vaccinale. Réévaluation. [Internet]. 2020 févr. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-03/gardasil9_19022020_synthese_ct1746117456.pdf
19. Direction Générale de la Santé. Avis du Comité Technique des Vaccinations et du Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France relatif à la vaccination contre les papillomavirus humains 6,11,16 et 18 [Internet]. 2007 mars. Disponible sur: https://www.hcsp.fr/docspdf/cshpf/a_mt_090307_papillomavirus.pdf
20. Haut Conseil de la Santé Publique. Infections à HPV des jeunes filles : révision de l'âge de vaccination [Internet]. 2012 sept [cité 18 août 2021]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/AvisRapportsDomaine?clefr=302>
21. Haut Conseil de la Santé Publique. Infections à HPV : nouveau schéma vaccinal du vaccin Gardasil® [Internet]. 2014 mars [cité 15 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/AvisRapportsDomaine?clefr=416>
22. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Plan Cancer 2014-2019 [Internet]. 2015 [cité 17 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Plan-Cancer-2014-2019>
23. Santé Publique France. Géodes - Santé publique France - Indicateurs : cartes, données et graphiques [Internet]. [cité 17 janv 2022]. Disponible sur: https://geodes.santepubliquefrance.fr/#c=indicator&f=16&i=cv_hpv.cv_hpv&s=2017&t=a01&view=map2
24. Garland SM, Kjaer SK, Muñoz N, Block SL, Brown DR, DiNubile MJ, et al. Impact and Effectiveness of the Quadrivalent Human Papillomavirus Vaccine: A Systematic Review of 10 Years of Real-world Experience. Clin Infect Dis. 15 août 2016;63(4):519-27.
25. Bégué P, Henrion R, Blanc B, Girard M, Sancho-Garnier H. Les vaccins des papillomavirus humains, leur place dans la prévention du cancer du col utérin [Internet]. Académie Nationale de Médecine; 2007 déc. Report No.: 07-19. Disponible sur: <http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2015/06/07-19-Les-vaccins-des-papillomavirus-humains.-Leur-place-dans-la-prevention-du-cancer-du-col-uteerin.pdf>

26. H.Vaillant , J.Cadwallader. Vaccination anti-HPV et thrombose veineuse profonde [Internet]. Exercer. La revue francophone de médecine générale. 2014 [cité 23 nov 2021]. Disponible sur: https://www.exercer.fr/full_article/634
27. Pierre Guillon. CERVARIX® et GARDASIL® : analyse des effets indésirables déclarés de la base française de pharmacovigilance (BNPV) déclarés par les médecins généralistes de 2007 à 2016 [Internet]. Exercer. La revue francophone de médecine générale. 2018. Disponible sur: https://www.exercer.fr/full_article/1001
28. Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem [Internet]. [cité 10 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240014107>
29. Forman D, de Martel C, Lacey CJ, Soerjomataram I, Lortet-Tieulent J, Bruni L, et al. Global burden of human papillomavirus and related diseases. *Vaccine*. 20 nov 2012;30 Suppl 5:F12-23.
30. Giuliano AR, Palefsky JM, Goldstone S, Moreira ED, Penny ME, Aranda C, et al. Efficacy of Quadrivalent HPV Vaccine against HPV Infection and Disease in Males. *N Engl J Med*. 3 févr 2011;364(5):401-11.
31. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Recommendations on the use of quadrivalent human papillomavirus vaccine in males--Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), 2011. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 23 déc 2011;60(50):1705-8.
32. Pingali C, Yankey D, Elam-Evans LD, Markowitz LE, Williams CL, Fredua B, et al. National, Regional, State, and Selected Local Area Vaccination Coverage Among Adolescents Aged 13-17 Years - United States, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 3 sept 2021;70(35):1183-90.
33. Canada A de la santé publique du. Mise à jour des recommandations visant le calendrier d'immunisation relatif au vaccin contre le virus du papillome humain (VPH) [Internet]. 2016 [cité 10 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/mise-a-jour-recommandation-visant-calendrier-immunisation-vaccin-contre-virus-papillome-humain.html>
34. McClure CA, MacSwain M-A, 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*. 8 avr 2015;33(15):1786-90.
35. Hull B, Hendry A, Dey A, Brotherton J, Macartney K, Beard F. Annual Immunisation Coverage Report 2017. *Commun Dis Intell* [Internet]. 18 nov 2019 [cité 10 sept 2021];43. Disponible sur: [https://www1.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/75F30C0D2C126CAECA2583940015EDE3/\\$File/annual_immunisation_coverage_report_2017.pdf](https://www1.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/75F30C0D2C126CAECA2583940015EDE3/$File/annual_immunisation_coverage_report_2017.pdf)
36. Hall MT, Simms KT, Lew J-B, Smith MA, Brotherton JM, Saville M, et al. The projected timeframe until cervical cancer elimination in Australia: a modelling study. *Lancet Public Health*. 1 janv 2019;4(1):e19-27.
37. Paul KT. "Saving lives": Adapting and adopting Human Papilloma Virus (HPV) vaccination in Austria. *Soc Sci Med*. 1 mars 2016;153:193-200.
38. Haute Autorité de Santé. Élargissement de la vaccination contre les papillomavirus aux garçons. 2019 déc.

39. Haut Conseil de la Santé Publique. Recommandations vaccinales contre les infections à papillomavirus humains chez les hommes [Internet]. Paris; 2016 févr [cité 9 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=553>
40. Académie Nationale de Pharmacie. Recommandation de l'Académie Nationale de Pharmacie : Prévention des cancers dus aux Papillomavirus humains [Internet]. 2019 févr. Disponible sur: https://www.acadpharm.org/dos_public/Reco_HP_VF2_13_fEvrier_2019.pdf
41. Académie Nationale de Médecine. Recommandation de l'Académie Nationale de Médecine : Vacciner les filles et les garçons contre le Papillomavirus humain (HPV) : une nécessité pour éliminer les cancers du col utérin mais aussi de l'oropharynx, de la cavité buccale et de l'anus [Internet]. 2019 sept. Disponible sur: <https://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2019/09/Rapport-sur-la-vaccination-contre-le-Papillomavirus-humain-HPV-vot%C3%A9-le-17-09-2019-ANM.pdf>
42. Arrêté du 30 novembre 2020 modifiant la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux.
43. Institut National du Cancer. Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030 [Internet]. 2021 juill. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/feuille_de_route_-_strategie_decennale_de_lutte_contre_les_cancers.pdf
44. Vallart M. Que pensent les parents de la vaccination ? [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier I. Faculté de médecine; 2012.
45. Sacha Mesnard. Quels sont les freins à la vaccination masculine contre les papillomavirus en médecine générale ? Université de Lille; 2018.
46. Delabre B, Raginel T. Vaccination HPV chez le garçon : exploration du ressenti des médecins généralistes du Calvados et nouvelle recommandation de la HAS. Université de Caen Normandie; 2020.
47. Canals L, Derrendinger I. Enquête sur les pratiques actuelles et envisagées de la vaccination HPV des garçons en France par les médecins généralistes de France Métropolitaine, depuis la parution des recommandations HAS de décembre 2019, et avant leurs mises en application. Université de Rennes 1; 2021.
48. Boulanger P-Y, Tison A. Connaissance des médecins généralistes de la Somme et perspectives de mise en application de la recommandation d'élargissement vaccinal contre les papillomavirus aux garçons âgés de 11 à 14 ans. Université de Picardie Jules Verne; 2021.
49. Gerbaud C. Opinions et freins des médecins généralistes de la région Centre vis-à-vis de l'élargissement de la vaccination contre les infections à Papillomavirus humains (HPV) aux garçons. Université de Tours; 2020.
50. Chardon B. Élargissement de la vaccination anti-papillomavirus aux garçons : acceptabilité par la population masculine et par les médecins libéraux. Université de Bordeaux; 2021.
51. Maillard A. Explorer les critères d'acceptabilité des parents à vacciner leur garçon contre le papillomavirus. 4 nov 2021;111.
52. Vaccination contre les HPV : enquête de perception auprès des médecins généralistes et des parents - Actualités [Internet]. [cité 21 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.e->

cancer.fr/Actualites-et-evenements/Actualites/Vaccination-contre-les-HPV-enquete-de-perception-aupres-des-medecins-generalistes-et-des-parents

53. Héas S. Christophe Lejeune, Manuel d'analyse qualitative. Analyser sans compter ni classer. Lectures [Internet]. 10 mai 2015 [cité 10 janv 2022]; Disponible sur: <https://journals.openedition.org/lectures/17952>
54. Larson HJ, de Figueiredo A, Xiahong Z, Schulz WS, Verger P, Johnston IG, et al. The State of Vaccine Confidence 2016: Global Insights Through a 67-Country Survey. EBioMedicine. oct 2016;12:295-301.
55. Initiation à la recherche qualitative en santé, Jean-Pierre Lebeau, 2021, GM santé [Internet]. VG Librairies. [cité 10 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.vg-librairies.fr/specialites-medicales/8856-initiation-a-la-recherche-qualitative-en-sante.html>
56. Borges Da Silva G. La recherche qualitative : un autre principe d'action et de communication. Revue médicale de l'Assurance Maladie. 2001;32(2):117-21.
57. summary_of_sage_vaccinehesitancy_2pager_French.pdf [Internet]. [cité 10 janv 2022]. Disponible sur: https://www.who.int/immunization/programmes_systems/summary_of_sage_vaccinehesitancy_2pager_French.pdf?ua=1
58. Résumé des conclusions et recommandations du SAGE de l'OMS sur la réticence à la vaccination. WHO; 2015.
59. Santé Publique France. Bulletin de santé publique vaccination. Mai 2021. [Internet]. [cité 17 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/vaccination/documents/bulletin-national/bulletin-de-sante-publique-vaccination.-mai-2021>
60. SPF. Adhésion à la vaccination en France : résultats du Baromètre santé 2016. Vaccination des jeunes enfants : des données pour mieux comprendre l'action publique [Internet]. [cité 10 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/vaccination/adhesion-a-la-vaccination-en-france-resultats-du-barometre-sante-2016.-vaccination-des-jeunes-enfants-des-donnees-pour-mieux-comprendre-l-actio>
61. Des experts font le lien entre Gardasil et sclérose en plaques. Le Monde.fr [Internet]. 24 nov 2013 [cité 31 janv 2022]; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/sante/article/2013/11/24/premiere-plainte-contre-le-vaccin-anticancer-gardasil_3519409_1651302.html
62. Gardasil: nouvelles plaintes à venir contre le vaccin [Internet]. L'Express.fr. 2013 [cité 31 janv 2022]. Disponible sur: https://www.lexpress.fr/actualite/societe/sante/gardasil-nouvelles-plaintes-a-venir-contre-le-vaccin_1302370.html
63. Pietri T, Andrea S, Giordanengo V, Fuzibet J-G, Staccini P, Gardon G, et al. Étude d'acceptabilité d'une éventuelle extension de la vaccination anti-HVP chez les jeunes garçons à partir du recueil de l'opinion des parents de garçons de 11 à 19 ans.
64. Hanley SJB, Yoshioka E, Ito Y, Kishi R. HPV vaccination crisis in Japan. The Lancet. juin 2015;385(9987):2571.

65. Brinth LS, Pors K, Theibel AC, Mehlsen J. Orthostatic intolerance and postural tachycardia syndrome as suspected adverse effects of vaccination against human papilloma virus. *Vaccine*. mai 2015;33(22):2602-5.
66. Actualité - Le PRAC conclut à l'absence de lien entre la vaccination contre le HPV et la survenue de syndrome régional douloureux complexe (CRPS) et le syndrome de tachycardie posturale orthostatique (POTS) - ANSM [Internet]. [cité 10 janv 2022]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/actualites/le-prac-conclut-a-labsence-de-lien-entre-la-vaccination-contre-le-hpv-et-la-survenue-de-syndrome-regional-douloureux-complexe-crps-et-le-syndrome-de-tachycardie-posturale-orthostatique-pots>
67. Décarpigny M, Bayen M, Martinot A, Collinet P, Duhamel A. Freins à la vaccination contre le papillomavirus chez les parents des filles de 9 à 19 ans inclus dans le Nord-Pas de Calais-Picardie en 2016. Université de Lille; 2016.
68. Kerdoncuff M, Bohan H de. Les freins à la vaccination contre le papillomavirus chez les parents d'adolescentes de 11 à 19 ans: une revue systématique de la littérature internationale, argumentaire afin de promouvoir la vaccination. France; 2019.
69. Baer H, Allen S, Braun L. Knowledge of Human Papillomavirus Infection Among Young Adult Men and Women: Implications for Health Education and Research. *J Community Health*. 1 févr 2000;25(1):67-78.
70. Ipsos. Human Papillomavirus in Europe [Internet]. Ipsos. 2019 [cité 17 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.ipsos.com/en-ch/human-papillomavirus-europe>
71. Levignon L, Ollivon J. L'apport d'informations scientifiques favorise-t-il l'adhésion des parents à la vaccination anti HPV ? Université de Lille; 2020.
72. Querol Y, Caravelli S, Hofliger P, Pringuey D, Papa M, Tétart J. Éducation à la sexualité au sein du noyau familial: étude qualitative auprès de parents d'adolescents de 10 à 18 ans. Université Nice Sophia Antipolis; 2018.
73. Hamy M. Les parents face à la décision de vaccination anti-HPV: étude qualitative auprès de parents d'adolescentes dans le territoire de Belfort [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Franche-Comté. Faculté de médecine et de pharmacie; 2017.
74. Ministère de la Justice. Exercice de l'autorité parentale [Internet]. Justice.fr. [cité 14 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.justice.fr/fiche/exercice-autorite-parentale>
75. Rossignon J, Bayen M. Le choix du médecin généraliste et la confiance [Thèse d'exercice]. [Lille ; 1969-2017, France]: Université du droit et de la santé; 2017.
76. Fauville L, Favre J, Martinot A, Berkhout C, Subtil D, Hulin V. Impact de la brochure de l'INPES sur le taux de couverture vaccinale anti-papillomavirus humains dans quatre cabinets de médecine générale des Hauts de France. Université de Lille; 2017.
77. Douzenel S. Efficacité des stratégies vaccinales anti-HPV à l'international [Internet]. Université Aix-Marseille; 2019 [cité 28 janv 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02358718>

78. Loft LH, Pedersen EA, Jacobsen SU, Søbørg B, Bigaard J. Using Facebook to increase coverage of HPV vaccination among Danish girls: An assessment of a Danish social media campaign. *Vaccine*. 26 juin 2020;38(31):4901-8.
79. Human Papillomavirus Vaccination Coverage Among Adolescents, 2007–2013, and Postlicensure Vaccine Safety Monitoring, 2006–2014 — United States [Internet]. [cité 21 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6329a3.htm>
80. Yeni P, Artières P, Couteron J-P, Favier C, Foulquier-Gazagnes T, Goujard C, et al. Avis suivi de recommandations sur le prévention et la prise en charge des IST chez les adolescents et jeunes adultes. *Conseil National du Sida*; 2017 p. 81.
81. Bulletin officiel de l'éducation nationale. Enseignements primaire et secondaire : L'éducation à la sexualité. [Internet]. Ministère de l'Éducation nationale; 2018 sept. Report No.: 2018-111. Disponible sur: <https://www.education.gouv.fr/bo/18/Hebdo33/MENE1824340C.htm>
82. Décret n° 2019-17 du 9 janvier 2019 relatif aux missions, à la composition et au fonctionnement des Conseils nationaux professionnels des professions de santé. 2019-17 janv 9, 2019.
83. Décret no 95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale. 95-1000 sept 6, 1995.
84. Laurant F, Collet M. Rapport relatif à l'éducation à la sexualité - 2016. Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes; 2016 juin. Report No.: 2016-06-13-SAN-021.
85. Le service sanitaire des étudiants en santé [Internet]. [cité 8 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.ars.sante.fr/le-service-sanitaire-des-etudiants-en-sante>
86. Le service sanitaire - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 8 févr 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/article/le-service-sanitaire>
87. Huchet A, Thiberville J, Verspyck E, Sabourin J, Jacquot S. Motifs de refus de la vaccination anti-papillomavirus: étude qualitative réalisée auprès des parents de jeunes filles entre 11 et 19 ans en Haute-Normandie. *Université de Rouen Normandie*; 2017.
88. Nationale A. Proposition de loi n° 1118 visant à ajouter le vaccin contre le papillomavirus sur la liste des vaccinations obligatoires [Internet]. Assemblée nationale. [cité 26 janv 2022]. Disponible sur: https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/textes/l15b1118_proposition-loi
89. Crapet A. Opinions des parents de patientes en âge d'être vaccinées à propos d'une hypothétique obligation du vaccin contre les papillomavirus humains : étude qualitative par entretien compréhensif. *Université de Lille*; 2020.

Annexes

Annexe 1 : Déclaration de conformité



RÉCÉPISSÉ

DÉCLARATION DE CONFORMITÉ

Délégué à la protection des données (DPO) Jean-Luc TESSIER

Responsable administrative Yasmine GUEMRA

La délivrance de ce récépissé atteste que votre traitement est conforme à la réglementation applicable à la protection des données personnelles. Vous pouvez désormais mettre en œuvre votre traitement dans le strict respect des mesures qui ont été élaborées avec le DPO et qui figurent sur votre déclaration.

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais: dpo@univ-lille.fr

Responsable du traitement

Nom : Université de Lille	SIREN: 13 00 23583 00011
Adresse : 42 rue Paul Duez 59000 LILLE	Code NAF: 8542Z Tél. : +33 (0) 3 62 26 90 00

Traitement déclaré

Intitulé : Motivation parentale à la vaccination masculine HPV (Papillomavirus humains)
Référence Registre DPO : 2021-101
Responsable du traitement / Chargé (e) de la mise en œuvre : M. Dominique LACROIX Interlocuteur (s) : Mme Margaux SALMON – M. le Dr Ludovic WILLEMS

Fait à Lille,

Jean-Luc TESSIER

Le 18 mai 2021.

Délégué à la Protection des Données

Annexe 2 : Lettre introductive

Bonjour Madame, Monsieur,

Tout d'abord, je souhaitais vous remercier d'être présent et volontaire pour cet entretien. Je m'appelle Margaux SALMON, je suis en dernière année d'étude médicale en spécialité Médecine Générale. Cet entretien servira à alimenter mon travail de thèse qui porte sur la vaccination contre les papillomavirus.

Depuis 2006, cette vaccination est recommandée chez les jeunes filles de 11 à 14 ans avec rattrapage jusqu'à 19 ans révolus. En décembre 2019, suivant les recommandations du Centre Européen de Prévention et de Contrôle, la Haute Autorité de Santé a décidé d'élargir cette vaccination aux jeunes garçons du même âge.

L'objectif de ma thèse est de définir ce que pensent les parents dont les garçons sont dans la cible de ce vaccin.

Le recueil de votre point de vue sera fait de manière strictement anonyme. Le but de cet entretien n'est pas de vous convaincre ou de tester vos connaissances mais de recueillir sans le moindre jugement les déterminants à cette vaccination (réactions, motivations, freins...)

Avec votre accord, l'entretien sera enregistré anonymement et le consentement que vous me donnez ce jour à l'oral pourra être retiré à tout moment.

Avez-vous des questions avant de débiter cet entretien ?

Annexe 3 : Guide d'entretien

Présentation du participant

Questions posées directement : Age ; Profession ; Nombre enfants et enfants dans la cible

Question brise-glace :

Racontez-moi comment se sont déroulées les vaccinations de vos enfants ...

Thèmes à aborder lors de l'entretien

- Connaissance sur le sujet
- Parler de la sexualité avec enfant
- Motivations pour vaccin
- Freins pour vaccin

Si les thèmes ne sont pas spontanément abordés par le patient, questions ouvertes sur le sujet :

- **Connaissances** : Que savez-vous du vaccin contre les papillomavirus ?
- **Sexualité** : Comment aborderiez-vous la sexualité avec votre enfant ? Comment présenteriez-vous le vaccin ?
- **Freins** : Quelles réticences auriez-vous à proposer ce vaccin à votre enfant ?
- **Motivation** : Pour quelles raisons proposeriez-vous ce vaccin à votre enfant ?

Annexe 3 bis : Guide d'entretien adapté à la suite du 2^{ème} entretien

Présentation du participant

Tout d'abord je vais vous demander de vous présenter

Question brise-glace :

Racontez-moi comment se sont déroulées les vaccinations de vos enfants ...

Thèmes à aborder lors de l'entretien

- Connaissance sur le sujet
- Parler de la sexualité avec enfant
- Motivations pour vaccin
- Freins pour vaccin
- Facteurs décisionnels

Si les thèmes ne sont pas spontanément abordés par le patient, questions ouvertes sur le sujet :

- **Connaissances** : Que savez-vous des papillomavirus ? Que savez-vous du vaccin contre les papillomavirus ?
- **Sexualité** : En quoi ce vaccin peut-il évoquer la sexualité ? Comment aborderiez-vous la sexualité avec votre enfant ? Comment présenteriez-vous le vaccin ?
- **Freins** : Quelles réticences auriez-vous à proposer ce vaccin à votre enfant ? Quelles sont vos craintes ?
- **Motivation** : Pour quelles raisons proposeriez-vous ce vaccin à votre enfant ?
- **Décision** : Quels sont selon vous les éléments fondamentaux de votre prise de décision ?

Clôture :

Avez-vous des questions ? Souhaitez-vous que l'on aborde autre chose ?

AUTEURE : Nom : SALMON

Prénom : Margaux

Date de soutenance : 11 mars 2022

Titre de la thèse : Que pensent les parents de garçons de 11 à 19 ans de la vaccination papillomavirus ? Etude qualitative sur le ressenti à la vaccination papillomavirus en médecine générale

Thèse - Médecine – Lille 2022

Cadre de classement : Médecine générale

DES + spécialité : Médecine générale

Mots-clés : Médecine générale, HPV, Vaccination, Parents, Garçons, Sexualité

Résumé :

Introduction : Les infections par les HPV sont parmi les IST les plus fréquentes. Dans de très rares cas, elles peuvent évoluer en cancer. Chaque année en France, 6300 nouveaux cancers sont HPV-induits dont 29% surviennent chez les hommes. La vaccination HPV est disponible depuis 2006 pour les jeunes filles. En 2019, la HAS publie ses nouvelles recommandations et élargit la vaccination HPV aux jeunes garçons. L'objectif principal de cette étude était de décrire les représentations des parents et de préciser les critères déterminants de la réalisation cette vaccination.

Méthode : Étude qualitative par entretiens semi-dirigés réalisés auprès de 10 patients dans un cabinet de médecine générale des Hauts de France. L'analyse des données a été réalisée à l'aide du logiciel Nvivo® version 12, avec une triangulation.

Résultats : Les déterminants décisionnels de la vaccination HPV sont multifactoriels. Les parents estiment ne pas avoir une information suffisante. Ils se considèrent comme les garants de la santé de leurs enfants et s'impliquent émotionnellement dans leur processus de réflexion. Aborder la sexualité leur semble systématique lors de la présentation des vaccins HPV ce qui peut être un frein pour certains. Ils estiment que l'avis de leur fils est indispensable à la prise de décision. Les freins principaux sont la crainte des effets secondaires et la méfiance due aux polémiques médiatiques de ces dernières années. Le principal levier d'acceptabilité demeure l'accès à une information claire et loyale. Cette information est attendue en priorité de la part du médecin généraliste, source de savoir et de confiance.

Conclusion : Cerner et combattre les fondements de la défiance vaccinale constituent des enjeux de santé publique. Le médecin généraliste joue un rôle central dans la mission de prévention et dans la proposition vaccinale. Uniformiser les messages transmis par les scientifiques et les politiques en réalisant une campagne d'information à échelle nationale semble essentiel afin d'améliorer la couverture vaccinale.

Composition du Jury :

Composition du Jury

Président :

Professeur Alain MARTINOT

Assesseurs :

Docteur Judith OLLIVON

Docteur Capucine SALMON

Directeur de thèse :

Docteur Ludovic WILLEMS