



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2024

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Méthode d'approche des soignants pour la prévention du
papillomavirus auprès des adolescents en France.**

Présentée et soutenue publiquement le 7 novembre 2024 à 16h
Au Pôle Formation
Par Jean-Baptiste DUPONCHELLE

JURY

Présidente :

Madame la Professeure Sophie CATTEAU-JONARD

Assesseurs :

Madame le Docteur Sabine BAYEN

Directeurs de thèse :

Monsieur le Docteur Charles CHARANI

Madame le Docteur Thérèse DUMINIL

AVERTISSEMENT

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

ABREVIATIONS

AMM	Autorisation de mise sur le marché
ARCOM	Autorité de régulation de la communication audiovisuelle et numérique
ARS	Agence régionale de santé
AUEC	Attestation universitaire d'enseignement complémentaire
CHRU	Centre hospitalier régional universitaire
CMU-C	Couverture maladie universelle complémentaire
CNIL	Commission nationale informatique et liberté
COVID-19	Coronavirus
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPP	Comité de protection des personnes
CRCDC	Centre régional de coordination du dépistage des cancers
DPC	Développement professionnel continu
DTPc	Diphtérie Tétanos Poliomyélite Coqueluche
FNIM	Fédération nationale de l'information médicale
HAS	Haute autorité de santé
HCSP	Haut conseil de la santé publique
HPV	Human papillomavirus
HSH	Homme ayant des relations sexuelles avec des hommes
INCa	Institut national du cancer
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
IST	Infection sexuellement transmissible
IVG	Interruption volontaire de grossesse
JGOG	Journées de gynécologie-obstétrique pour le médecin généraliste
MSP	Maison de santé pluriprofessionnelle
OCDE	Organisation de coopération et de développement économique
OMS	Organisation mondiale de la santé
ORL	Otorhinolaryngologie
RPPS	Répertoire partagé des professionnels de santé
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

TABLE DES MATIÈRES

Introduction.....	1
1. Le papillomavirus	1
2. HPV dans le monde.....	1
3. HPV en France.....	2
4. Objectifs.....	5
Matériels et méthodes.....	6
1. Méthode qualitative	6
2. Recrutement des participants	7
3. Canevas d'entretien.....	8
4. Déroulement des entretiens.....	8
5. Traitement des données	9
6. Aspects réglementaires et éthiques	10
Résultats	11
1. Description des participants.....	11
2. Mise en situation	12
3. Méthode de consultation.....	14
4. Caractéristiques de la vaccination HPV	17
5. Éléments facilitateurs	18
6. Éléments inhibiteurs	24
7. Réaction des patients	26
8. Spécificité des soignants	27
9. Sujet sociétal.....	30
Discussion	33
1. Limites et biais de l'étude	33
2. Forces de l'étude.....	34
3. Analyse des résultats	36
Conclusion.....	52
Annexes	53
Annexe 1 – Arbre de codage N-Vivo.....	53
Annexe 2 – Attestation de déclaration au DPO	56
Annexe 3 – Mon espace santé.....	57
Annexe 4 – Communication prévention HPV Santé Publique France 2024.....	58
Bibliographie.....	59

Introduction

1. Le papillomavirus

L'infection à papillomavirus humain (HPV) est une infection sexuellement transmissible (IST) courante. La quasi-totalité des personnes sexuellement actives seront infectées au cours de leur vie, de manière asymptomatique pour la grande majorité ^[1]. Il existe près de 200 types différents de HPV, dont 12 sont à haut risque oncogène : il s'agit des HPV 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58 et 59. Le type 16 est en particulier responsable de la plupart des cancers HPV-induits chez les humains ^[2].

Ce virus se transmet par contact cutané direct, souvent lors des rapports sexuels, avec ou sans pénétration. Les préservatifs n'apportent qu'une protection partielle vis-à-vis de l'infection ^[3].

L'infection à HPV peut se manifester par des lésions cutanées, génitales et de la gorge.

Le cancer du col de l'utérus est le type de cancer causé par une infection à HPV le plus courant, suivi par les cancers de l'anus, de la vulve, du vagin, de la gorge et du pénis.

2. HPV dans le monde

À l'échelle mondiale, environ 660 000 nouveaux cas de cancer du col de l'utérus ont été diagnostiqués en 2022 et près de 350 000 décès en résultant ^[4].

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime que si la vaccination contre le HPV était généralisée à 90 % de la population (objectif fixé pour 2030) ^[5], il serait possible

de prévenir jusqu'à 70 % des cas de cancers du col de l'utérus, soit des centaines de milliers de cas chaque année ^[6]. Actuellement la couverture mondiale par la première dose de vaccin anti-HPV est estimée à 27% ^[5].

Le taux d'incidence du cancer du col de l'utérus et la mortalité qui lui est imputable sont plus élevés dans les pays à revenu faible ou intermédiaire ^[7]. Cette situation est la conséquence d'inégalités s'expliquant par un accès insuffisant aux services nationaux de vaccination contre HPV, de dépistage et de traitement du cancer du col de l'utérus, ainsi que par des déterminants sociaux et économiques.

Un des pays les plus avancés sur la lutte contre HPV est l'Australie, où en 2018 la couverture vaccinale contre HPV atteignait 80% de la population cible et a permis de mettre en évidence une réduction de 77% des types HPV responsables de trois quarts des cancers du col de l'utérus, une diminution de 50% de l'incidence des lésions précancéreuses cervicales de haut grade chez les jeunes filles de moins de 20 ans et plus de 90% de réduction des diagnostics de condylomes ^[8].

Dans ce pays, le succès de la campagne de vaccination, associé au dépistage, ouvre la perspective d'une éradication du cancer du col de l'utérus d'ici une quinzaine d'années ^[9].

3. HPV en France

Environ 3 000 nouveaux cas de cancers du col de l'utérus sont diagnostiqués chaque année en France, entraînant environ 1100 décès par an ^[2]. La généralisation de la vaccination anti-HPV est un espoir important afin de réduire ces cas de cancers du col de l'utérus dans les décennies à venir.

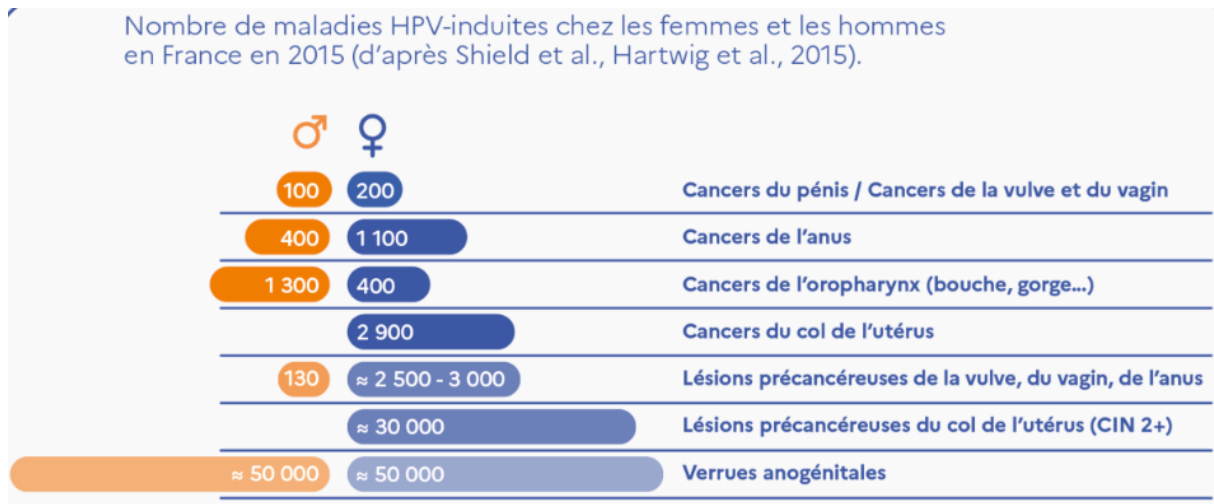


Figure 1 : répartition des cancers induits par HPV en France en 2015

En 2021, la couverture vaccinale en France était encore insuffisante (autour de 45% chez les filles, et non proposée chez les garçons). Si la couverture vaccinale atteignait 80% des adolescents, il est estimé que 80 à 90% des cas de cancer du col de l'utérus pourraient être évités, ce qui représente sur une période de plusieurs décennies, des milliers de cas ^[10].

A. Prévention du HPV

La lutte contre HPV repose sur 2 axes : la prévention primaire par la vaccination et la prévention secondaire avec le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus chez la femme de 25 à 65 ans. Il n'existe actuellement pas de prévention secondaire chez l'homme.

Afin de limiter la transmission du HPV et l'apparition de lésions cancéreuses, l'amélioration de la couverture vaccinale constitue un enjeu majeur.

En France, deux vaccins sont actuellement commercialisés et disponibles ^[11] :

- Cervarix[®], vaccin bivalent ciblant les HPV 16 et 18
- Gardasil 9[®], vaccin nonavalent ciblant les HPV 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58

Le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) recommande que toute nouvelle vaccination soit initiée avec le Gardasil 9[®] pour les personnes non antérieurement vaccinées.

Le schéma vaccinal diffère selon l'âge et le sexe du patient :

- Adolescents de 11 à 14 ans révolus : 2 injections espacées de 6 à 13 mois
- Adolescents de 15 à 19 ans révolus : 3 injections sur 6 mois (M0, M2, M6)
- HSH jusqu'à 26 ans révolus : 3 injections sur 6 mois (M0, M2, M6).

Enfin, le calendrier vaccinal 2024 ne fait pas état de modification de ces recommandations, mais elles pourraient évoluer prochainement. En janvier 2024, l'Académie nationale de médecine ^[12] proposait l'extension de la vaccination aux hommes et femmes jusqu'à 26 ans révolus, sans distinction de leurs pratiques sexuelles. Cette proposition se base notamment sur la réduction de 62% du risque de développer un cancer du col de l'utérus pour les femmes vaccinées entre 20 et 30 ans observée dans une étude suédoise de 2020 ^[13].

B. Couverture vaccinale

La France fait partie des pays ayant la couverture vaccinale la plus faible d'Europe, largement en deçà de l'objectif de 60% fixé par le plan cancer 2014-2019 ^[14] ^[15].

La stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030, a fixé l'objectif de 80% de couverture vaccinale chez les garçons et filles à l'horizon 2030 ^[16].

Le 28 février 2023, le président de la République, Emmanuel Macron, annonçait une campagne de vaccination généralisée dans les collèges de France pour les élèves de 5^{ème}. Celle-ci a été mise en place en octobre 2023, malheureusement rapidement

arrêtée par certains établissements à la suite du décès d'un adolescent, n'ayant pas de lien direct avec la vaccination mais la surveillance post vaccinale. La campagne a repris en mars ou avril 2024 dans de nombreux collèges.

Le ministère de la santé a publié les premiers résultats en septembre 2024 ^[17] permettant de mettre en évidence une nette augmentation de la couverture vaccinale des adolescents à 12 ans et à 15 ans. 420 000 adolescents de 12 ans ont reçu une première dose vaccinale en 2023 dont 100 000 au collège, permettant une progression de 17 points sur une année de la couverture vaccinale à cet âge, s'établissant à 48% (55% pour les filles et 41% pour les garçons). Chez les adolescents de 15 ans, 55% des filles (+ 7%) et 26% des garçons (+13%) ont reçu une première dose.

4. Objectifs

L'objectif principal de cette étude était de déterminer les méthodes d'approche des soignants pour la prévention de l'infection à papillomavirus chez les adolescents en France.

Les objectifs secondaires étaient :

- Mettre en évidence les freins potentiels à cette vaccination (patients, parents, organisationnels)
- Proposer des solutions visant à améliorer la couverture vaccinale de certaines populations

Matériels et méthodes

1. Méthode qualitative

A. Type d'étude

Pour répondre à la question de recherche, nous avons décidé de réaliser une étude qualitative selon la méthode de la phénoménologie. Cette méthode permet de décrire et analyser les phénomènes de l'expérience vécue située dans son contexte (temps, espace, environnement). On ne s'intéresse pas à une pratique générale mais à l'expérience pratique ^[18].

Elle nous semblait être la méthode la plus adaptée afin de répondre à notre objectif principal et être adaptée au champ de la recherche en soins primaires.

B. Méthode de recueil des données : les entretiens dirigés

Afin de couvrir l'ensemble des champs d'expérience des médecins quant à la prévention du HPV, les entretiens dirigés nous ont semblé les plus adéquats.

Des questions ouvertes et fermées étaient présentes afin de rythmer l'entretien.

Après avoir réalisé des entretiens tests avec un canevas semi dirigé, il apparaissait que la variabilité des réponses rendrait le nombre de participants nécessaires bien plus important. Ainsi, la grille d'entretien fut étayée vers un canevas dirigé, se rapprochant d'un questionnaire, tout en conservant des questions ouvertes et en respectant les pauses et hésitations lors des entretiens.

L'investigateur pouvait relancer la personne interrogée ou reformuler certains propos afin de s'assurer de la bonne compréhension et de la fidélité des intentions lors de la retranscription.

2. Recrutement des participants

C. Echantillonnage raisonné

Cette étude se base sur un échantillonnage raisonné. Appelé également échantillonnage ciblé ou orienté, il permet de se focaliser sur une population particulière, réduite, et d'utiliser les résultats à des fins de comparaison. La variation d'échantillonnage n'est pas réalisée par une recherche de cas extrêmes sur des variables anticipées. Elle est recherchée progressivement, au fur et à mesure du recrutement.

D. Respect des personnes

Ce travail de thèse s'est fait dans le respect des médecins contactés, ceux qui ont participé ou n'ont pas répondu favorablement.

Les personnes interviewées avaient un droit de regard et de censure pour les propos émis.

E. Recrutement des médecins généralistes pour les entretiens individualisés

Les médecins ont été contactés par courrier électronique ou texto lorsque nos relations le permettaient. L'investigateur exposait brièvement le thème de son étude, les objectifs, la méthode utilisée ainsi que le respect de l'anonymat.

Le nombre de participants nécessaires pour atteindre la suffisance des données était établi à priori entre huit et douze participants, susceptible d'évoluer selon l'analyse des entretiens au fur et à mesure. Ainsi, les premiers participants ont été contactés en octobre 2023 et les derniers en juin 2024.

3. Canevas d'entretien

Le canevas d'entretien a été élaboré en 4 parties couvrant les connaissances concernant le HPV, l'abord de la prévention par le praticien, les occasions de réaliser cette prévention et l'expérience pratique. Afin que ce questionnaire soit le plus pertinent possible par rapport au quotidien des soignants, les thèmes les plus récents tels que la vaccination des jeunes garçons et la campagne vaccinale dans les collèges ont été abordés.

Le canevas d'entretien dirigé permettait de couvrir l'étendue de la pratique des médecins interviewés, tout en laissant la liberté à l'animateur et au participant d'adapter l'entretien en fonction de l'évolution de celui-ci.

De même, le canevas est évolutif et des modifications ont été apportées en fonction des réponses recueillies lors des deux premiers entretiens.

4. Déroulement des entretiens

Les entretiens se sont déroulés pour cinq d'entre eux au cabinet du médecin, trois au domicile du médecin et deux en visioconférence.

Avant de commencer, l'étude était présentée et les participants étaient informés que l'entretien serait enregistré, anonymisé, puis retranscrit par écrit et analysé dans le cadre d'un travail de thèse. Il leur était proposé d'accéder à la retranscription.

L'entretien débutait par des questions descriptives afin de pouvoir décrire l'échantillon de l'étude. Celles-ci portaient sur l'âge, la durée d'installation, le secteur d'activité (urbain, semi-rural, rural), le mode d'exercice (cabinet seul, en groupe, MSP), le mode d'activité (salarial, libéral, mixte), la maîtrise de stage.

Les questions étaient posées en se basant sur le canevas préétabli, en encourageant

les participants à illustrer leurs propos, développer leurs points de vue lorsque cela semblait nécessaire, sans leur suggérer les réponses ou les interrompre. Les propos des participants étaient parfois reformulés par l'investigateur afin de vérifier la bonne compréhension des mots employés et l'intention de l'interviewé.

5. Traitement des données

Les entretiens en présentiel étaient enregistrés à l'aide de l'application « Enregistreur vocal » d'un Samsung Galaxy S23® et la même application d'une Samsung Galaxy Tab S9+® afin de pallier tout problème technique du premier moyen d'enregistrement.

Les deux entretiens en visioconférence étaient enregistrés (audio et vidéo) à l'aide de la fonction « Enregistrement d'écran » de la Samsung Galaxy Tab S9+®, l'entretien se déroulant via l'application Teams® de Microsoft. Ces enregistrements étaient ensuite intégralement retranscrits dans le logiciel de traitement de texte Word®, constituant un corpus de VERBATIM. La retranscription des entretiens a ensuite été codée, phrase par phrase à l'aide du logiciel Nvivo14® de la société QSR international. Chaque entretien a fait l'objet d'une analyse, mot à mot, par l'investigateur afin d'en extraire les idées exprimées.

Les codes obtenus au fur et à mesure du recueil de données ont ensuite été hiérarchisés par une analyse thématique afin d'obtenir un arbre de codage (Annexe 1).

6. Aspects réglementaires et éthiques

L'étude a été menée en conformité à la méthodologie de référence homologuée par la CNIL (MR-003), selon la recommandation du Délégué à la Protection des Données de l'Université de Lille, monsieur Jean-Luc Tessier (Annexe 2).

Les données identifiantes ont été anonymisées dès l'enregistrement des entretiens.

Les enregistrements ont été conservés sur ordinateur et seront détruits à la suite de la soutenance orale de ce travail de thèse.

Ce travail de recherche a été aiguillé hors-champ des recherches impliquant la personne, visées par la loi Jardé. Il n'y a donc pas eu nécessité de demande d'autorisation ou d'avis auprès du CPP.

Résultats

1. Description des participants

L'étude a porté sur 10 entretiens, comprenant 9 femmes et 1 homme. La moyenne d'âge était de 37,3 ans (allant de 31 à 45 ans). Le temps d'installation moyen était de 6,1 ans (allant de 1 à 14 ans). La durée moyenne des entretiens était de 17,05 minutes.

La suffisance des données a été obtenue au 8^{ème} entretien et confirmée après 2 nouveaux entretiens n'apportant pas de nouveaux éléments.

Médecin	Sexe	Age	Temps Installation	Secteur Activité	Mode Exercice	Mode Activité	Maîtrise De stage
M1	F	32 ans	2 ans	Urbain	Seul	Mixte (Crèche)	Non
M2	H	37 ans	5 ans	Urbain	Cabinet de Groupe	Libéral	Non
M3	F	41 ans	8 ans	Semi rural	MSP	Libéral	Oui
M4	F	31 ans	1 an	Semi rural	Cabinet de Groupe	Mixte (Planification)	Non
M5	F	32 ans	4 ans	Semi rural	MSP	Libéral	Non
M6	F	42 ans	9 ans	Urbain	Cabinet de Groupe	Libéral	Non
M7	F	41 ans	14 ans	Urbain	Cabinet de Groupe	Libéral	Non
M8	F	45 ans	11 ans	Semi rural	MSP	Libéral	Oui
M9	F	36 ans	5 ans	Semi rural	MSP	Mixte (CHU)	Oui
M10	F	36 ans	2 ans	Semi rural	MSP	Libéral	Non

Tableau 1 : Caractéristiques des médecins généralistes participants à l'étude

2. Mise en situation

A. Age de la prévention

Chaque médecin interrogé évoquait l'âge de leur patient adolescent comme un réflexe afin de démarrer la prévention contre le papillomavirus.

M1 : « je vaccine beaucoup vers 12 ans, puis vers 15-16 ans »

M2 : « systématiquement, toutes mes patientes qui arrivent à 11 ans, j'en parle »

M4 : « je ne le fais pas à 11 ans, je ne sais pas pourquoi, j'ai comme un blocage, je le propose à partir de 13 ans »

M5 : « il me semble que désormais on peut vacciner la petite fille dès 9 ans »

M7 : « je vaccine systématiquement avec le DTPc, que je réalise plutôt vers 13 ans »

M8 : « on cherche à partir sur le bon pied pour toutes les nouvelles générations, sur les 11 à 13 ans, ça fait partie de ma consultation quand je vois un adolescent ».

B. Public ciblé

La prévention est parfois réalisée auprès de l'adolescent directement, parfois auprès du parent présent en consultation. L'angle d'abord du sujet semble plus délicat à trouver chez le jeune garçon, pour certains praticiens.

M1 : « Je pense que j'ai un peu la même façon d'aborder les choses entre les deux sexes »

M2 : « Cela concerne finalement plus les parents car lorsque l'enfant a 11 ans, ce sont quand même les parents qui prennent la décision »

M4 : « Si les filles viennent pour une consultation contraception, je trouve que c'est plus facile à aborder »

M9 : « Je m'adresse d'abord aux adolescents parce que souvent à 11-12 ans, on a des pré-adolescents. Notamment les filles sont assez réceptives »

C. Aides mémoire

L'utilisation d'outils présents dans les logiciels métiers permet non seulement d'être certain d'aborder le sujet de la prévention HPV avec chaque adolescent, mais

également d'y tracer la vaccination effectuée. Pour cela, le carnet de santé reste, à ce jour, un outil incontournable, à condition d'être consultable.

M2 : « vers 6 ans, j'écris au crayon de bois dans le carnet de santé et dis que les prochaines vaccinations à 11 ans concerneront le DTPc et le Gardasil »

M3 : « On ne sera pas au courant au niveau informatique de tous les patients vaccinés au collège hormis le carnet de santé, ce qui est peut-être dommage »

M4 : « Je ne comprends pas aujourd'hui, alors qu'on a la carte vitale, pourquoi on ne pourrait pas le voir. On a l'espace santé numérique aujourd'hui, mais il faut que cela soit complété, c'est un peu compliqué »

M5 : « Dans le carnet de santé, je l'écris toujours, mais parfois il est perdu, détérioré »

M6 : « Souvent mes patients prennent le carnet de santé, je ne fais plus de vaccin sans avoir le carnet d'ailleurs »

M8 : « Dans la MSP on est un peu systématique car nous avons un protocole en cours de vaccination, avec des alarmes dans nos dossiers, donc on essaie de ne rater personne »

M9 : « Les patients vaccinés je mets les informations dans le dossier pour que tout soit tracé, que ce soit moi ou un autre confrère de la MSP qui voit le patient, s'il n'a pas son carnet de santé, on a quand même l'information »

D. Consultation dédiée

L'abord de la prévention du papillomavirus n'occupe jamais une consultation entière, en revanche certains médecins se servent du jour de l'acte vaccinal pour aborder de nouveau le sujet et des thèmes plus larges liés à la santé sexuelle de l'adolescent.

M2 : « Non pas de consultation dédiée. Mais souvent chez l'adolescente on a régulièrement des consultations pour initier ou renouveler une pilule, cela prendra deux minutes et je peux en profiter pour effectuer la prévention au sens large, IST, HPV »

M3 : « Non, je trouve que c'est perdre du temps pour eux et pour moi »

M5 : « Non je n'en propose pas. Je réalise des consultations spéciales sexualité, IST, contraception »

M7 : « Non faute de temps ! Quand faire ça ? »

M8 : « Non parce qu'on est toujours fourre-tout et faisons dix mille choses en même temps.

Ce qui est pratique c'est que le jour où on va prescrire le vaccin, s'il n'y a pas trop de réserve, on n'est pas obligé de rentrer dans tous les détails. La consultation d'après dédiée au vaccin, sera complètement dédiée à ça »

E. Lésions induites par le virus HPV

L'explication des potentielles lésions causées chez l'adulte par HPV permet d'étayer les propos et semble être un argument de poids en faveur de la vaccination auprès de parents ayant rencontré ce genre de pathologie.

M5 : « Je fais mon petit laïus, qu'il s'agit de protéger contre le virus HPV, avec lequel leurs enfants seront en contact durant leur vie. Et que de temps en temps il peut dégénérer et donner des cancers anaux, du col et de l'oropharynx. Lorsque je vois des condylomes j'en parle également »

M8 : « en général on a une maman, qui fait des frottis, parfois elle-même dépistée positive à un HPV. Dans ces cas-là je leur dis que ce qui leur est arrivé peut ne pas arriver à leur enfant »

3. Méthode de consultation

A. Argumentation du soignant

Afin d'emporter le maximum d'adhésion et convaincre les patients hésitants, le médecin se doit de développer un argumentaire efficace, intelligible et honnête.

M1 : « je dis que ce vaccin permet de protéger des cancers, ce qui est une chance [...] j'axe surtout sur le cancer du col de l'utérus »

M2 : « La question est quasiment toujours abordée via le gardasil [...] j'évoque le côté scientifique du vaccin, son action [...] clairement je leur dis que je pense qu'il faut le faire, que c'est bénéfique pour leur fille »

M4 : « j'évoque les exemples de la Nouvelle-Zélande, l'Angleterre, qui ont commencé à vacciner plus tôt que nous les garçons. Donc je trouve que c'est intéressant de montrer qu'il n'y a pas qu'en France qu'on le fait [...] Et je leur dit que ce serait dommage de s'en priver, j'ai un peu l'impression d'utiliser un argument d'autorité, mais qu'il faut y réfléchir, que le vaccin a plus d'une quinzaine d'années, qu'il n'y a pas d'effets secondaires graves

rapportés et qu'une réduction de 80% des cancers du col, il n'y a quand même pas beaucoup d'autres cancers qui peuvent être évités dans cette proportion avec une simple vaccination »

M5 : « j'explique que le papillomavirus est sexuellement transmissible, que les filles et garçons le rencontreront forcément dans leur vie sexuelle future [...] nous disposons d'un autre vaccin en France, non obligatoire, recommandé et que leur recommande [...] s'ils le font avant 15 ans il n'y a que deux doses, c'est souvent un élément qui rentre en ligne de compte [...] je précise toujours qu'il n'est pas obligatoire et que c'est à eux de faire leur choix »

M7 : « je dégaine toujours mon argument américain, à savoir qu'il y a déjà eu plus de 24 millions de doses administrées aux Etats Unis et que les retours sont positifs »

M10 : « j'explique que c'est quand même le seul vaccin qui protège à quasiment 100% d'un cancer. Ça n'est pas que le cancer du col mais également ORL, en disant que de toute façon le papillomavirus il y en a partout et que tout le monde l'a »

B. Rétroaction et réponses aux questions

Puisque chaque patient possède sa propre expérience personnelle, son propre vécu, le médecin s'adapte, part régulièrement des connaissances du patient dans le but de personnaliser la prévention.

M1 : « Je leur demande leurs connaissances [...] en fonction de ce qu'ils me disent, en fonction de leur interrogation, je réponds à ça, toujours dans le sens de la décision parce que je suis assez convaincue [...] Si des patients ont des questions comme « est-ce qu'il faut se faire vacciner ? » j'essaie de creuser un peu sur leur questionnement »

M2 : « S'ils ont des questions c'est qu'ils ont déjà eu un peu d'informations mais ne sont pas encore totalement décidés ou alors attendent qu'on confirme ce qu'ils pensent au fond d'eux : qu'il faut le faire. Mais ils attendent mon aval, que je leur confirme, pour qu'ils puissent passer à l'acte »

M7 : « Je réponds à toutes les questions, j'essaie d'être le plus large possible dans mes réponses afin de leur donner toute l'expérience médicale qui existe actuellement. Je pense que plus en on parle, mieux c'est »

M8 : « Souvent j'ai une réaction un peu gênée de l'adolescent, ça me permet de voir ce qui a déjà été compris [...] Je réponds point par point »

M10 : « Je leur demande quelles sont leurs préoccupations ou questions, je repars de la base »

C. Méthode de communication

A l'instar de l'éducation, la prévention demande du temps et de la répétition. De plus, certains patients ont besoin d'un temps de réflexion. Pour cette raison, le médecin construit une communication efficace, pouvant être agrémentée de supports visuels, que les patients peuvent consulter au cabinet ou conserver.

M1 : « je ne dis pas aux jeunes que ce vaccin fait mal [...] j'essaie vraiment de faire pour les patients que je sens un peu hésitants, dont je pense qu'ils ne reprendront pas rendez-vous, je leur donne directement un rendez-vous »

M2 : « je pense que la clef est de prendre le temps, parfois cinq minutes suffisent. Il faut utiliser des mots simples [...] Il s'agit dans ce cas de collecter ou reprendre l'information, voir s'ils l'ont bien comprise, si besoin la réexpliquer et exposer les données rassurantes que l'on a et à la fin leur recommander »

M3 : « On a réalisé un protocole avec la MSP, à la suite de ça nous avons réalisé une affiche disposée dans nos salles d'attente respectives »

M5 : « Ce vaccin étant souvent nommé comme vaccin contre le cancer du col de l'utérus, je reformule et explique au garçon en quoi ça le concerne [...] J'utilise les mots, je vois le parent à côté qui se tait, ne dit rien. J'explique qu'on est en train de parler de sexualité, d'une maladie qui est sexuellement transmissible, demande si l'adolescent en a déjà entendu parler à l'école, s'il sait ce que c'est »

M7 : « Lors de l'extension de la vaccination aux garçons, nous avons dans la salle d'attente des flyers du laboratoire MSD pour sensibiliser et expliquer »

M9 : « je me sers d'affiches et documents qui viennent de la sécurité sociale »

D. Pratique de la vaccination

Le calendrier vaccinal recommandant une période commune pour le rappel de la vaccination DTPc et l'initiation de celle contre HPV, différentes pratiques sont retrouvées selon le médecin, qui choisit de vacciner de manière concomitante ou

séparément. Mais également de proposer la vaccination HPV hors AMM actuelle, s'il juge cela pertinent, évoquant alors la prévention secondaire.

M5 : « si le patient désormais majeur me le demande, je le réalise selon le schéma en trois doses [...] Lorsque je vois des condylomes j'en parle également »

M8 : « j'en parle lors de celle pour la vaccination DTPc où je rebondis forcément sur la vaccination suivante. Je ne les fais pas en même temps [...] désormais dans la pratique des gynécologues, les patientes ayant bénéficié d'une conisation pour une dysplasie de haut grade se voient prescrire un vaccin HPV en prévention secondaire »

M9 : « Je t'avoue que lorsque des patients se présentent entre 20 et 26 ans et n'ont pas eu de rapports sexuels je fais le vaccin, je leur dis qu'ils risquent de le payer mais que ça vaut largement le coup »

4. Caractéristiques de la vaccination HPV

A. Difficulté du statut du vaccin HPV

Le vaccin HPV est recommandé, mais non obligatoire actuellement en France. Certains soignants peuvent constater l'effet de cette simple recommandation sur l'adhésion à la réalisation de cette vaccination en particulier au sein de leur patientèle.

M1 : « Le fait que ça ne soit pas obligatoire, il y a des patients qui ne veulent faire que le DTPc. Certains me disent clairement que si le vaccin était obligatoire ils n'hésiteraient pas, car la différence entre vaccins obligatoires et recommandés est pour eux dans l'efficacité ou la réelle nécessité de ce dernier »

M6 : « Le fait qu'il soit recommandé et non obligatoire, certains patients trouvent que ce n'est pas important ou assez grave pour bénéficier de la vaccination »

M9 : « Sans mentir ni être fourbe, sans les mettre les gens en difficulté, je pense que dans leur tête je l'impose presque comme un vaccin obligatoire. Je ne dis pas que c'est obligatoire parce que ça ne l'est pas mais je l'utilise un peu de cette manière, un peu comme je le fais pour un Bexsero®. Si un parent me demande si le vaccin est obligatoire, je réponds qu'il ne l'est pas »

B. Rares effets secondaires liés à ce vaccin

La douleur à l'injection et dans les jours qui suivent n'est pas toujours évoquée par le praticien. Régulièrement, les adolescents sont au courant de cet effet secondaire, pour l'avoir évoqué avec leur entourage.

Cette douleur amène dans de très rares cas à des réactions vagues, amenant le médecin à s'adapter.

M1 : « un petit malaise vagal une fois. Vu qu'il fait plus mal, je le fais toujours en second après le DTPc »

M3 : « j'ai très peu de patients me demandant s'il y a des effets indésirables »

C. Disponibilité du vaccin

La France connaît dans le domaine de la santé des ruptures d'approvisionnement ou de stocks s'accroissant depuis la pandémie à COVID-19, rendant l'accès à certaines thérapeutiques médicamenteuses difficile voire impossible. L'argument de la disponibilité de la vaccination luttant contre HPV, de son remboursement intégral sont utilisés par certains médecins.

M4 : « le vaccin est facile d'accès, il est remboursé. Il n'est pas en rupture de stock »

5. Éléments facilitateurs

A. But de la prévention

L'idée des médecins lorsque la prévention HPV est abordée est très claire : convaincre son interlocuteur de la gravité potentielle de l'infection et du bienfait de la vaccination.

M2 : « dans le but, notamment, de convaincre »

M5 : « afin que les gens soient convaincus »

M7 : « qu'il s'agit d'une prévention du cancer »

M8 : « Je leur explique que le but chez leur jeune est de ne pas trouver ces cancers [...] cette consultation est le tremplin pour moi »

B. Appui sur les éléments épidémiologiques et scientifiques

L'utilisation de données épidémiologiques clefs illustrent les propos et marquent souvent les esprits du patient, permettant au médecin de garder une posture objective aux yeux du patient.

M4 : « Lorsqu'on regarde les chiffres de l'INCa, en 10 ans, les infections à syphilis, gonocoque et chlamydia ont augmenté de 80%. Il y a une moindre peur des IST aujourd'hui, parce qu'elles font moins partie du quotidien que peut-être dans les années 1980, donc l'usage du préservatif diminue. De plus les traitements sont moins lourds qu'auparavant, notamment la thérapie anti rétrovirale du VIH, il y a aussi eu l'émergence de la prophylaxie pré exposition du VIH, tout cela peut expliquer la recrudescence de certaines IST »

M5 : « les pays ayant commencé à vacciner plus tôt que nous les deux sexes connaissent une sacrée diminution du nombre de cancers du col »

M8 : « Quand tu regardes le rapport de 2021 de l'OCDE, notre pays est devenu le 4^{ème} en termes de dépenses de santé, mais seulement le 29^{ème} sur l'efficacité des soins préventifs »

M9 : « on a du recul désormais sur le vaccin qui illustre que c'est vraiment bien de le faire et qu'il faut même l'intégrer au calendrier habituel »

C. Moyens d'informations

Les campagnes d'information, si elles veulent avoir un impact, ont besoin de toucher des publics de différentes générations et milieux socioculturels. Pour cela la prévention doit être multimodale, s'adapter aux usages et consommations de l'époque actuelle.

M2 : « L'information vient parfois des réseaux sociaux, d'une source de média en ligne »

M4 : « Parce qu'une campagne plus large, nationale, si c'est à la télévision ou la radio, tu ne vas pas toucher beaucoup de jeunes. Peut-être leurs parents, mais les adolescents ont besoin de comprendre pourquoi on le fait »

D. Campagne de vaccination dans les collèges

Les avis des médecins interrogés sur cette campagne étaient partagés, en revanche la majorité observait un effet dans l'intérêt manifesté par des patients.

M1 : « Je ne trouve pas que ça ait changé grand-chose. La seule chose qui a peut-être changé, il y a des parents qui sont venus me voir en me disant qu'ils préféreraient que ça soit moi qui vaccine leur enfant »

M3 : « Ah oui, je trouve qu'il y a une différence, que les gens ils sont vraiment informés alors que ça n'était pas le cas avant. Même si tous les collèges alentours n'ont pas encore lancé leur campagne [...] Auparavant de manière beaucoup plus systématique les parents me disaient qu'ils allaient en parler avec leur conjoint. Aujourd'hui ça passe comme une lettre à la poste, parfois j'ai à peine le besoin d'expliquer car les gens sont au courant et sont partants »

M4 : « Alors oui, certains patients me disent que leurs enfants ont été vaccinés par les infirmières scolaires [...] Sur l'information pas plus que ça parce que je trouve que tu avais quand même les conseillères familiales, certaines associations, les centres de planification qui allaient dans les lycées [...] En revanche j'ai l'impression que les gens ont quand même plus facilement accès à la vaccination et c'est très bien »

M5 : « Je vaccinai mes patients avant que cette campagne soit mise en place, donc j'ai quelques réflexions de parents me disant que cela avait été proposé au collège mais qu'ayant commencé le schéma vaccinal avec moi, ils préféreraient poursuivre avec moi »

M7 : « Personnellement je l'ai appris par ma fille qui est scolarisée en classe de 5^{ème}, absolument pas par le président de la république ! Je n'ai pas vu de changement, d'interrogation [...] Après tant que l'information est communiquée je trouve ça bien, c'est le but premier »

M8 : « l'information dans les collèges n'est pas arrivée si tôt que ça puisqu'elle circule depuis la rentrée scolaire. Etant moi-même maman d'une enfant scolarisée en 5^{ème}, j'ai vu les informations arriver dans le carnet scolaire. Je suis un peu sceptique, pensant que l'information avait déjà commencé à diffuser dans les familles avant cette annonce. En revanche à la suite de cette campagne, pas mal de parents sont venus me poser la

question sur l'utilité du vaccin, me demandant ce que j'en pensais. Puis s'il allait être fait au collège ou si c'est au cabinet avec moi qu'on allait le faire »

E. Alliance thérapeutique

L'obtention d'une alliance thérapeutique avec l'adolescent demande une posture ouverte, partant des connaissances des jeunes.

M1 : « ils ne connaissent pas forcément grand-chose »

M3 : « les adolescents pas toujours, ce qui est assez variable selon le collège où ils vont, puisque certains établissements scolaires sensibilisent sur le sujet »

M4 : « Je suis sûre que si je leur dis demain qu'il y a un vaccin contre le VIH, les patients vont le retenir. Alors qu'un vaccin papillomavirus : c'est quoi là ? Papillon virus ? »

Puis le parent entre dans le processus décisionnel. Leur milieu socioculturel exerce une influence certaine sur l'adhésion aux propositions.

M7 : « ce sera à la rigueur plus avec les parents qu'on en discute quand je les vois, pour établir un calendrier vaccinal de l'adolescent »

M9 : « Mais ici c'est peut-être un peu biaisé, au vu de la population assez favorisée à laquelle on a affaire, ils sont assez assidus sur les questions de santé et sur les rendez-vous honorés »

M10 : « Lorsqu'ils viennent m'en parler, ils préfèrent souvent que ça soit un médecin qui le fasse plutôt qu'à l'école mais il y a un biais de recrutement certain »

Le médecin cherche parfois à encourager un dialogue intergénérationnel, qui peut se faire par le biais d'outils plutôt qu'en abordant le sujet frontalement.

M8 : « je demande aux parents « vous en parlez un peu à la maison ? » C'est l'occasion d'une triangulation et de faire intervenir le parent et voir s'il y a des blocages, des réticences [...] site internet question-sexualité.fr, ça peut aider à briser la glace en famille »

F. Abord gynécologique du papillomavirus

La population féminine de la patientèle présente une sensibilité plus importante à la prévention HPV, puisqu'elle prend part à un dépistage organisé au cours de sa vie.

M1 : « Les mamans sont très sensibilisées vu qu'on fait le dépistage par frottis et dès qu'elles connaissent quelqu'un qui a eu une conisation ou en ont eu elles-mêmes »

M5 : « Chez les jeunes femmes désirant un frottis alors que ça n'est pas recommandé, je leur explique l'intérêt et refait le point sur le papillomavirus. Dans la tête de beaucoup de patientes je trouve, à 18 ans on va chez le gynécologue, on réalise un frottis tous les ans alors que ce ne sont plus du tout les recommandations »

M7 : « Chez la jeune fille est souvent la question de la première consultation gynécologique, à cette occasion je leur explique le frottis et la suite »

De plus, l'expérience vécue d'une surveillance plus poussée que le frottis et ses possibles conséquences psychologiques convainc la patiente de la nécessité d'une vaccination pour son enfant.

M5 : « pour les patientes, l'expérience de devoir compléter un examen de frottis par une surveillance rapprochée voire une consultation est rarement une expérience emplie de sérénité »

M7 : « Dès que cela touche les gens, leur expérience personnelle influe beaucoup, comme les patientes ayant eu une colposcopie ou une de leurs amies l'ayant vécu, ces patientes sont tout de suite décidées à réaliser la vaccination HPV pour leurs enfants »

G. Mobilisation des ressources par les médecins

Les médecins installés en MSP ont fait part de la nécessité de se saisir des fonds alloués à ce type de structure par les ARS pour réaliser des formations et des missions de prévention au sein de leur réseau de soins coordonnés.

M3 : « une soirée de 1h avec une sage-femme nous informant des dernières actualités concernant le HPV »

M8 : « Ces choses-là sont possibles aujourd'hui grâce aux réseaux de soins, il y a des fonds disponibles avec les structurations en MSP ou CPTS, il faut aller les chercher et s'en

servir pour ce genre d'actions de prévention notamment. C'est aux soignants de se saisir de ces questions et d'améliorer leur coordination, in fine c'est la santé du patient qui est en jeu ! »

H. Pugnacité des praticiens

Enfin, quelle que soit la capacité à interpeller ses patients sur la prévention HPV de chaque médecin, une caractéristique commune les lie : la pugnacité ! Chacun a exprimé sa méthode pour aborder cette question. Leur persévérance est, sans nul doute, une vraie plus-value pour améliorer la couverture vaccinale en France.

M1 : « je parle tout le temps des vaccins [...] Je commence à en parler entre 10 et 11 ans »

M2 : « lors d'une consultation pour un membre de la fratrie, lorsque je vérifie les vaccinations, j'en profite pour expliquer quelles seront les prochaines et que le gardasil en fait partie »

M3 : « Je ne vais pas en discuter quand un patient vient pour un trouble psychiatrique ça c'est sûr. Mais pour tout autre motif, ça fait partie de ma consultation normale »

M4 : « Je ne vais pas dire à chaque fois que j'en vois un, mais presque ! Vraiment, je leur saute dessus ! La consultation avec un adolescent j'ai une sorte de flash qui s'allume dans ma tête [...] Et après les consultations de suivi, où tu les vois une fois par an pour le sport, pour ces choses-là, où tu peux refaire le vaccin, je trouve que c'est une bonne consultation pour refaire un point global sur la santé. C'est l'occasion d'amener la vaccination papillomavirus parce que souvent, ce sont des consultations où l'on fait vite le tour en cinq minutes »

M6 : « Je l'aborde toujours lors de consultations vaccinations, pas lors d'une consultation lambda »

M8 : « Les consultations de non-contre-indication au sport, celle pour la vaccination DTPc où je rebondis forcément sur le vaccin suivant »

M9 : « Parfois quand ils viennent avec leur frères et sœurs, je leur dis que ça fait longtemps qu'on ne s'est pas vu, on va parler de tel ou tel sujet, on se voit à telle date. Quand tu les vois tu penses à leur en parler car tu sais que tu risques de ne pas les voir pendant 1 an, donc il faut saisir l'occasion dès que possible »

6. Eléments inhibiteurs

A. Difficultés des soignants

Les médecins peuvent faire face à des barrières lorsqu'il s'agit de parler de sexualité, qu'elles soient chez le parent du jeune patient ou propre au médecin lui-même.

M4 : « Je trouve que c'est tôt 11 ans, que les parents ont souvent une réticence à entendre parler de sexualité pour leur enfant de 11 ans ce n'est pas évident, 12 ans c'est encore limite. Je trouve que les signes de puberté que tu vois ça oriente un petit peu et je trouve que 11 à 13 ans c'est un peu délicat »

M5 : « Il faut être prudent avec cela, faire attention à sa façon de parler de sexualité »

M9 : « souvent cela surprend les parents qu'on en parle aux garçons [...] l'accroche sur le sujet avec le garçon est peut-être plus difficile à trouver »

B. Fréquence de consultation des adolescents

Lorsque l'on touche un public adolescent, une des premières problématiques demeure la faible fréquence de consultation de cette tranche d'âge, hormis problème intercurrent.

M1 : « mais parfois des adolescents viennent consulter, ils ont 14 ans et me rends compte que cela fait 4 ans que je ne les ai pas vu »

M7 : « Je ne vois pas beaucoup les adolescents. Je le fais surtout au moment des certificats médicaux de sport, entre les mois de juin et septembre, consultations durant lesquelles j'en parle systématiquement »

M8 : « c'est une population qu'on ne voit pas si souvent. Cela va être une fois par an entre les 11 et 13 ans »

M9 : « Il y a un âge où on ne les voit plus beaucoup. Souvent jusqu'à 4-5 ans et après on ne les voit plus beaucoup [...] Le fait de ne pas voir les adolescents est un vrai problème »

C. Circulation de l'information

La méconnaissance de ce qu'est le papillomavirus et ce qu'il peut entraîner, associée à de fausses croyances, se répandant avec une facilité déconcertante dans un monde

toujours plus connecté, participent aux freins de la prévention HPV.

M4 : « Je pense que les patients n'ont pas compris la gravité potentielle de cette infection et je trouve ça terrible »

M5 : « Des patients ont des idées reçues sur le fait que le papillomavirus est une IST grave, il faut donc les rassurer et leur raconter que tout le monde est exposé et que cela ne va pas dégénérer forcément »

M6 : « le fait de contracter une IST soit stigmatisée par certaines personnes, des patients me disent qu'ils « font attention »

M10 : « ce n'est pas en ayant des pratiques bizarres qu'on l'attrape, donc il faut se faire vacciner »

D. Obstacle à la vaccination

La posture réfractaire face à la vaccination de manière générale est assez peu rencontrée par les praticiens, même si elle s'avère présente dans chaque exercice. L'absence d'obligation vaccinale contre HPV est également retrouvée, bien qu'en diminution.

M1 : « Le fait que ça ne soit pas obligatoire »

M2 : « Des antivaccins tout simplement »

M3 : « une période j'avais beaucoup plus de patients antivaccins, certains le restent. La vaccination covid a soulevé un peu de méfiance »

M4 : « En premier lieu la méconnaissance du patient sur sa propre vaccination, parfois l'oubli du carnet de santé [...] la réticence des patients parfois, qui est plutôt globale à mon avis, sur la vaccination en général. Je pense qu'on a tous déjà entendu d'un patient : « encore un vaccin, qu'est-ce qu'on a mis dedans ? »

M5 : « Il m'arrive d'avoir quelques patients majeurs, dont les parents ont refusé le vaccin. Si le patient désormais majeur me le demande, je le réalise [...] Les antivaccins ne le feront pas, de toute façon ils sont déjà convaincus que les vaccins ne sont pas bons ! »

M6 : « Un des obstacles est la question « a-t-on assez de recul ? », comme c'était un vaccin récent, mais l'argument ne vaut plus aujourd'hui »

M8 : « Dans un collège du secteur la campagne de vaccination avait été suspendue à la suite du décès d'un adolescent il y a quelques semaines. C'est malheureux mais n'avait rien à

voir avec la vaccination, plus avec la surveillance post vaccinale »

7. Réaction des patients

A. Réaction des adolescents

Les adolescents sont un public d'abord particulier, à qui on ne peut s'adresser comme à de grands enfants ni de la même manière qu'un adulte. La complexité est plus relationnelle que médicale dans la plupart des cas. Leur expliquer le rationnel de la vaccination HPV, comme évoqué précédemment, et ajuster son discours à leur réaction est un défi.

M1 : « à 11 ans, les jeunes n'ont pas trop de choses à dire [...] ça leur semble très loin, certaines ne se posent même pas la question, c'est un peu flou dans leur tête, voire pas d'actualité »

M4 : « Quand ils accrochent j'en parle, je dis on peut le faire quand vous voulez donc si c'est à 12 ans c'est bien mais je trouve qu'en général les parents n'accrochent pas forcément tout de suite. En tout cas c'est mon ressenti. Donc j'amène les deux vaccins en même temps et je vois comment ça mord [...] En particulier chez les jeunes, les adolescentes de 15 ans que je vois en centre de planification, clairement je ne suis pas sûre qu'elles aient compris que le papillomavirus est une IST. J'ai l'impression qu'il y a vraiment HPV et le reste »

M5 : « Au début les jeunes garçons ne comprenaient pas forcément pourquoi ils devaient se faire vacciner, mais actuellement c'est rentré dans les mœurs »

M7 : « les adolescents sautant rarement de joie à l'idée de faire un vaccin de toute façon donc autant les avoir sous la main et faire les deux d'emblée »

B. Réaction de leurs parents

Le parent d'un adolescent est de nos jours de plus en plus au courant, par le biais des moyens d'informations comme la télévision, la radio, l'évocation des vaccinations à venir avec le médecin les mois ou années ayant précédé la période de vaccination recommandée. Mais la vaccination proposée aux jeunes garçons depuis 2021 n'est

pas toujours évidente pour eux.

M1 : « il y a des parents qui ne veulent faire que le DTPc »

M3 : « Les parents en général en ont entendu parler aux informations, en savent un peu plus »

M5 : « Et souvent leur mère est convaincue que leur garçon doit faire le vaccin »

M9 : « Souvent les parents interviennent à ce moment-là en demandant pourquoi on propose ce vaccin chez les garçons [...] Quand on évoque la sexualité très jeune les parents peuvent tiquer. En revanche si je leur explique qu'on a tout intérêt à effectuer un schéma vaccinal complet bien en amont d'un rapport, ils tiquent un peu moins »

8. Spécificité des soignants

A. Vécu du médecin vis-à-vis de la prévention HPV

Tout en essayant de garder une objectivité face à leurs patients, chaque médecin est influencé par ses propres expériences de vie. La prévention HPV et la vaccination Gardasil ne font pas exception.

M5 : « mon papa était pédiatre et m'a vacciné à l'âge de 15 ans, lors de la mise sur le marché du vaccin Gardasil 4[®]. C'est donc pour moi quelque chose de facile et j'ai été sensibilisée en tant que patiente »

M7 : « J'ai vacciné ma fille qui ne voulait d'ailleurs pas le faire au collège [...] Au début de cette vaccination des patients me posaient facilement la question de mon expérience personnelle, ayant 2 filles, si je comptais les faire vacciner contre HPV »

M10 : « Je finis par dire « moi si c'était ma fille je le ferais », ce n'est pas très scientifique mais ça marche, cela touche les gens »

Le vécu professionnel influence également la façon d'interagir avec son patient.

M4 : « je réalise des consultations au planning familial de Boulogne sur Mer »

L'état d'esprit du soignant est mis en avant par certains.

M2 « Je pratique la réassurance »

M8 : « c'est à moi de faire preuve d'habileté »

M9 : « il faut saisir l'occasion dès que possible »

B. Socle de formation

Chaque médecin se disait à l'aise avec ses connaissances et la réalisation de la prévention HPV. Tous avaient bénéficié d'un enseignement facultaire au cours de leur cursus de 2^{ème} ou 3^{ème} cycle et la majorité en enseignement continu (DPC, soirée formation...)

M1 : « j'ai fait également une formation via un organisme, sur la prévention des cancers, notamment le dépistage, le frottis, pas uniquement axé sur la vaccination »

M3 : « CRCDC Hauts-de-France, dans le cadre du dépistage du cancer du col utérin [...] les newsletter infovac sur la vaccination concernant le papillomavirus »

M5 : « Je participe chaque année aux JGOG, qui se déroulent au CHRU de Lille. En DPC de pédiatrie on en parle également. Et j'ai réalisé l'AUEC sur l'IVG, on a évoqué les IST, le papillomavirus, leur prévention »

M6 : « informations reçues par le biais de la CPAM, le dépistage organisé [...] laboratoires nous déposant des documents »

M8 : « J'ai dû faire un topo aux journées du Formathon sur le dépistage, les nouveaux frottis, mais pas particulièrement la vaccination [...] une formation sur la vaccination en général avec un responsable d'infovac »

M9 : « en preuves et pratiques, une intervention de 20 minutes sur HPV »

M10 : « soirée vaccination avec le Dr. Charkaluk (pédiatre à Saint Vincent de Paul à Lille) et une autre avec le Dr. Martinot (pédiatre au CHRU de Lille) »

C. Rôle des acteurs médico sociaux

Bien que le médecin ait une place prépondérante dans la prévention HPV, il n'est pas seul et sa collaboration avec d'autres acteurs de ville, qu'ils fassent partie d'un réseau de soin type CPTS ou non peut permettre de sensibiliser plus largement.

M4 : « certains patients me disent que leurs enfants ont été vaccinés par les infirmières scolaires »

M6 : « Parfois ce sont les travailleurs sociaux dans ces centres d'hébergements ou qui sont en lien avec les demandeurs d'asile qui essaient également de réaliser de la prévention »

M8 : « le pharmacien qui est intégré au sein de notre maison de santé, qui peut tracer les vaccinations qu'il a réalisé chez les patients »

D. Rôle du médecin dans l'éducation sexuelle

La quasi-totalité des médecins interrogés associaient l'abord de la vaccination HPV à celui de la sexualité, sujet d'approche délicate dès 11 ans.

M3 : « La prévention IST, je l'aborde peut-être plus dans le cadre de la contraception orale chez la jeune fille, parce que je demande s'il y a un petit copain, je ne parle peut-être pas des rapports sexuels [...] Chez le garçon, c'est peut-être plus compliqué, je l'aborde s'il change de copine, afin de voir où ils en sont. Mais je les vois moins que les filles, qui viennent pour une contraception orale souvent [...] je ne parle peut-être pas assez du préservatif »

M4 : « Le problème était de toute façon que le préservatif n'empêche pas forcément de contracter le papillomavirus [...] Je fais des consultations plutôt axées sur la sexualité, contraception j'en réalise une à part [...] Chaque contraception, en général, j'en reparle. Est-ce qu'il y a des rapports ? Est-ce qu'il y a différents partenaires ? Est-ce que c'est protégé ? Oui, j'en parle assez facilement »

M7 : « Je leur explique les incidences aussi bien chez la femme que l'homme et la prévention pour les jeunes filles ou les garçons pour leur vie sexuelle future »

M8 : « Mais pour autant je ne vais pas me priver de dire qu'on parle d'une prévention liée à la sexualité future, en général je rassure en disant « on parle de quelque chose qui ne te concerne pas encore mais te concernera un jour ».

M9 : « Plutôt du côté des parents, pas mal de personnes sont choquées ou offusquées que je parle de sexualité ou de ce virus-là qui se transmet par voie sexuelle à leurs enfants »

9. Sujet sociétal

A. Emancipation des jeunes

Certains adolescents sont en demande d'autonomisation, d'autres ne manifestent pas forcément ce désir mais la stratégie du médecin pour obtenir une alliance thérapeutique avec son patient leur permet de saisir l'occasion.

M8 : « Parfois je prends les devants et demande à l'adolescent « est-ce que tu as des questions ? » ou bien « est-ce que tu sais pourquoi je te vaccine ? A quoi ça sert ? » [...] Il ne faut pas qu'il reste dans l'ignorance, donc c'est l'occasion »

M9 : « Notamment les filles sont assez réceptives qu'on les responsabilise vis-à-vis de ça »

B. Accès aux soins disparates

L'égalité d'accès aux soins selon le territoire de vie, la culture familiale ou religieuse, la communauté à laquelle un patient peut appartenir est un défi qui s'inscrit dans un cadre plus large que la santé en elle-même. Les médecins rencontrés ne font pas tous face aux mêmes défis.

M5 : « Après je suis installée à XXX, une population plutôt favorisée »

M6 : « De plus il existe de grosses disparités dans l'éducation sexuelle et la prévention selon le secteur où habitent et sont scolarisés mes patients [...] dans mon secteur il y a pas mal de populations issues de l'immigration et en demande d'asile [...] Mais également selon leur entourage familial, les croyances, religions, leur origine ethnique »

Dans les milieux défavorisés et souvent issus de l'immigration, le médecin peut trouver des alliés bienvenus dans la réalisation de la prévention. L'assurance du secret médical s'avère parfois décisive auprès d'une jeune patiente.

M6 : « Parfois dans les centres d'hébergement pour demandeur d'asile, d'autres mamans issues du même pays font office de chaperonne, de conseillère et sont amenées à mettre en garde une adolescente [...] se posent aussi la question de la confidentialité et du secret médical les concernant »

C. Recrudescence des IST

La prévention HPV revêt une importance d'autant plus marquée actuellement qu'elle s'effectue dans un contexte de nette hausse des IST durant la décennie écoulée. Elle peut être une porte d'entrée pour aborder ce sujet plus large, de manière simultanée ou de poser les jalons de cette discussion pour une consultation ultérieure.

M5 : « J'ai encore des dépistages positifs de chlamydia régulièrement et suis bien consciente de la recrudescence des IST telles que la syphilis, les chlamydia et gonocoque depuis 10 ans »

M7 : « On constate dans notre patientèle qu'il y a beaucoup moins d'utilisation des moyens de protection. On le voit notamment avec la recrudescence de la syphilis [...] Pas mal de patients, par lassitude ou lâchage, abandonnent le préservatif. Peut-être en parle t'on moins aujourd'hui. Et le fait que les thérapies notamment dans le VIH, soient moins lourdes qu'auparavant, doit jouer également »

D. Pistes d'amélioration des campagnes de prévention

La campagne de prévention HPV, quel que soit son support, mérite d'être évaluée afin d'améliorer sa pertinence et sa diffusion au sein de la société française et du public cible prioritaire : les jeunes.

M4 : « Est-ce qu'on ne devrait pas envisager des campagnes d'information ciblée à l'âge de la vaccination ? Comme les programmes de dépistage des cancers du sein ou colorectal pour lesquels les gens reçoivent un courrier. Parce qu'une campagne plus large, nationale, si c'est à la télévision ou la radio, tu ne vas pas toucher beaucoup les jeunes »

M8 : « il serait vraiment appréciable, ce programme de prévention ayant été lancé récemment, qu'on ait un retour sur son impact et s'il y a lieu de le pérenniser »

L'aspect financier nettement en faveur de la prévention plutôt que du traitement curatif, comme très souvent dans le domaine de la santé, était avancé par un des médecins.

M5 : « pour la sécurité sociale, la question du coût d'une prévention primaire par vaccination et réalisation de campagnes nationales par rapport à celui des examens lors de la découverte de lésions de haut grade sont clairement en faveur de la prévention primaire »

E. Impact de l'école et de l'éducation

Le milieu éducatif, qu'il soit scolaire ou non, a un rôle important à jouer dans l'amélioration de la prévention en santé, physique et morale.

M4 : « l'école a un rôle à jouer, dans le programme scolaire peut-être, mais aussi dans l'éducation des adolescents à la sexualité, les IST dont le papillomavirus, le harcèlement »

M8 : « Même si ce n'est pas qu'à nous de le faire, également le rôle de la société, des parents, de l'école »

Discussion

1. Limites et biais de l'étude

A. Biais internes

Bien qu'ayant cherché à être le plus diversifié possible dans le recrutement des participants aux entretiens, on peut noter un net déséquilibre dans la répartition homme/femme puisque seul un homme a participé à l'étude, pour 9 femmes. De plus, la population de médecins interrogés était jeune (37,3 ans de moyenne d'âge) et installée récemment (6,1 années d'installation en moyenne).

La recherche qualitative ne nécessite pas la représentativité de l'échantillon mais d'obtenir les résultats les plus variés possibles ^[18]. Dans ce cadre, l'échantillonnage raisonné a été préféré à celui en variation maximale, pouvant conduire à une non-exhaustivité de l'étude.

Au moment de la généralisation des résultats de l'étude à la population générale, la petite taille de l'échantillon doit également être prise en compte. Toutefois la saturation des données étant atteinte après les 8 premiers entretiens, confirmée par 2 entretiens supplémentaires, il n'y avait aucun intérêt à en réaliser d'autres.

Enfin, en 2018, le Pas de Calais faisait partie des départements français disposant de la plus grande couverture vaccinale contre HPV, suivi de près par le département du Nord ^[2], ce qui doit également être pris en compte lors de la généralisation des résultats.

B. Biais d'investigation

La principale difficulté de la méthode qualitative est d'obtenir les informations les plus variées possibles durant les entretiens, sans influencer la personne interrogée dans ses réponses. Ainsi il est indispensable de maîtriser la technique de conduite

d'entretien par la clarification, l'écoute active, la reformulation si nécessaire et l'esprit de synthèse. ^[18] L'investigateur s'est exercé à ces techniques, ce qui a permis d'explorer plus profondément les tenants et les aboutissants du ressenti des médecins face à la vaccination HPV

De plus, la réalisation d'entretiens dirigés, se rapprochant d'une grille de questionnaire, ainsi que l'absence de focus group dans cette étude peuvent diminuer son extrapolation.

C. Biais d'interprétation

Inhérent à la recherche qualitative, ce biais est principalement lié à des erreurs involontaires de l'investigateur dues à la mauvaise compréhension de la réponse de l'interviewé ou à la prise en compte d'une réponse non pertinente fournie à une question. Un double codage réalisé indépendamment par deux personnes aurait permis de limiter ce biais.

2. Forces de l'étude

A. Choix d'une étude qualitative

La méthodologie de recherche qualitative a été choisie pour cette étude afin de permettre l'émergence de nouvelles données concernant les obstacles et réticences rencontrés par les principaux acteurs de la décision face à la vaccination contre le HPV et les propositions d'amélioration de la couverture vaccinale française. Cette étude s'inscrit dans le contexte des changements de recommandations du carnet vaccinal français et à la suite d'une pandémie qui a décuplé la peur et la désinformation à l'encontre des vaccins, où le sachant n'est plus toujours écouté.

Les participants à cette étude ont permis un maillage géographique sur les départements du Nord et du Pas-de-Calais, avec des lieux d'exercice et des populations soignées diversifiées et hétérogènes.

B. Validité interne

La validité interne de cette étude s'appuie sur le respect des critères de scientificité de la méthode qualitative :

- La saturation des données : elle a été obtenue après le codage des 8 premiers entretiens avec vérification par 2 entretiens complémentaires vérifiant l'absence de données nouvelles
- La recherche d'objectivité : le discours des participants a été régulièrement reformulé par l'investigateur, de façon à s'assurer de sa bonne compréhension.

C. Validité externe

Les résultats de l'étude sont cohérents avec les données de la littérature ^[19].

La vaccination contre le HPV a montré une efficacité significative pour réduire l'incidence du cancer du col de l'utérus. Plusieurs études réalisées à grande échelle démontrent que les programmes de vaccination contre le HPV ont permis de réduire de manière drastique les cas de cancer du col, notamment chez les jeunes femmes vaccinées avant le début de leur vie sexuelle.

En Angleterre, par exemple, la vaccination des jeunes filles de 12 à 13 ans a conduit à une réduction de 84 % des cancers du col de l'utérus et de 94 % des lésions précancéreuses de grade 3 (CIN3) chez les femmes suivies jusqu'en 2020 ^[20]. Des

résultats similaires ont été observés dans d'autres pays comme la Suède et l'Australie, avec des réductions importantes du risque de cancer invasif du col chez les jeunes femmes vaccinées tôt ^[21] ^[22].

Ces vaccins montrent également un effet bénéfique au niveau populationnel, avec des études qui confirment l'impact sur la diminution des infections par les souches les plus à risque (comme les types 16 et 18) responsables de la majorité des cancers du col de l'utérus ^[21]. Cependant, l'accès équitable à la vaccination reste un enjeu, car les groupes socio-économiques défavorisés continuent de présenter des taux de cancer plus élevés malgré les efforts de vaccination ^[20].

Ces résultats soulignent l'importance de renforcer la couverture vaccinale, avec un objectif de 90 % recommandé par l'OMS pour éliminer ce cancer dans les décennies à venir ^[5].

Enfin, une étude canadienne réalisée dans la province de la Colombie Britannique, illustre l'intérêt de coconstruire avec les parents et les enfants un programme scolaire de prévention contre l'HPV, afin d'améliorer la campagne actuellement en place dans cette région, et in fine d'améliorer la couverture vaccinale ^[23].

3. Analyse des résultats

Un des enjeux de ce travail de recherche était de dégager les méthodes d'approche des soignants auprès des adolescents concernant la prévention du HPV. Le discours de ces médecins interrogés, leurs expériences professionnelles et personnelles sont un pan d'un concept plus large : la littératie en santé.

Ce terme désigne la motivation et les compétences des individus à accéder, comprendre, évaluer et utiliser l'information en vue de prendre des décisions concernant leur santé. Le niveau de littératie en santé est assez préoccupant en

France et en Europe [24]. Améliorer cette littératie est un enjeu majeur de santé publique pour que la population ait la capacité de prendre en charge au mieux sa santé. [24]



Figure 2 : Littératie en santé [25]

A. L'information : une clef indispensable

a. Le mode de communication

Au travers des propos des médecins interrogés sur le sujet, le constat est sans appel : les soignants restent des sources d'information fiables pour leurs patients mais leur action seule ne suffit pas. Afin de toucher la population cible de la vaccination HPV, soit les 11-26 ans, mais également leurs parents, nous devons adapter les modes de construction et de diffusion de l'information à chaque génération.

M2 : « L'information vient parfois des réseaux sociaux, d'une source de média en ligne »

M4 : « Parce qu'une campagne plus large, nationale, si c'est à la télévision ou la radio, tu ne vas pas toucher beaucoup de jeunes. Peut-être leurs parents, mais les adolescents ont besoin de comprendre pourquoi on le fait »

Le numérique offre l'opportunité de personnaliser les grandes campagnes de sensibilisation pour mieux les relayer, en complément des dispositifs plus traditionnels auxquels il ne doit pas se substituer (envoi de lettres, affiches, encarts dans la presse, spots de télévision et de radio). Cette diversification des canaux doit conduire non seulement à accroître l'accessibilité de l'information, mais aussi à favoriser son adaptation au public visé. Le numérique peut permettre d'atteindre plus facilement des personnes éloignées du système de soins et peu réceptives aux campagnes conventionnelles à condition d'adapter les messages de prévention aux populations spécifiques en fonction de leur littératie en santé ^[26].

La littératie en santé varie en fonction de déterminants socio-économiques comme l'âge, les revenus, le niveau éducatif ^[27]. En 2019, 46% des français considéraient qu'il était difficile voire très difficile de trouver et comprendre des informations en ligne sur la santé ^[28]. Afin d'améliorer la situation, il est important de coconstruire les messages de prévention avec les publics visés, dans le cadre d'une collaboration entre professionnels et patients comme le recommandait la HAS en 2020 ^[29].

b. Utilisation des forums et réseaux sociaux

La consommation d'information est en grande majorité multimodale. Même si 47% des français s'informent quotidiennement sur les réseaux sociaux, rares sont les utilisateurs exclusifs, comme nous l'indique une étude de l'ARCOM ^[30]. Parmi ces utilisateurs, plus de la moitié craignent d'être exposés à de fausses informations.

Compte tenu de la rapide évolution des usages et des outils numériques, certaines pratiques étudiées il y a à peine quelques années semblent aujourd'hui désuètes. Néanmoins, l'outil ou la plateforme change, mais les finalités restent les mêmes. Ainsi en 2018, les Dr. Taquet et Federspiel effectuaient un travail de recherche (thèse d'exercice) sur les opinions exprimées sur les forums concernant la vaccination HPV chez les jeunes filles en âge d'être vaccinées pour l'un et leur questionnement pour l'autre ^[31] ^[32]. Leurs travaux permettaient d'illustrer que les expériences personnelles touchaient d'avantage cette population. Une étude danoise de 2020 arrivait à la même conclusion en analysant des messages Facebook®, illustrant également que les messages relatant un vécu personnel recevaient jusqu'à 4 fois plus de commentaires positifs par rapport à des informations médicales publiées sur la plateforme ^[33]. Ce constat était partagé par les médecins interrogés pour ce travail. La personnalisation de l'information, d'apparence moins scientifique, peut à bon escient faire écho chez les adolescents comme leurs parents.

M7 : « Dès que cela touche les gens, leur expérience personnelle influe beaucoup [...] Au début de cette vaccination des patients me posaient facilement la question de mon expérience personnelle, ayant 2 filles, si je comptais les faire vacciner contre HPV »

Deux études américaines se sont intéressées au rôle que pouvaient jouer les réseaux sociaux sur le contenu de l'information concernant la vaccination HPV. Dans la première, des mères de filles âgées de 14 à 17 ans ont été ciblées pour recevoir une information sur la vaccination HPV, au sein de groupes Facebook®, afin qu'elles puissent par la suite influencer positivement leurs communautés tout en limitant l'impact de mères réfractaires à ce vaccin. L'efficacité de leur action s'est avérée limitée ^[34]. Dans la seconde étude, le but était de caractériser la désinformation à l'encontre de la vaccination HPV dans les commentaires de publications de créateurs de contenu

importants sur trois plateformes : Facebook®, X® (ex Twitter®) et Tiktok®. On retrouvait dans les résultats beaucoup de désinformation, de conspirationnisme, de défiance envers les autorités et la croyance que le personnel médical était à la solde de firmes pharmaceutiques. Ce dernier élément serait à pondérer en ce qui nous concerne, compte tenu de la différence structurelle de système de soins entre les USA et la France. Cette étude concluait à la nécessité de développer des stratégies de communication ciblées pour contrer les discours de désinformation et accroître la couverture vaccinale contre le papillomavirus [35].

En 2017, le Dr. Codron, lors de son travail de thèse d'exercice sur l'évaluation des connaissances et des réticences des parents vis-à-vis du vaccin contre le méningocoque C, mettait en évidence des conclusions similaires avec 60% d'informations fausses retrouvées sur le sujet [36].

c. Les influenceurs ou créateurs de contenu

Enfin, un des moyens de diffusion de l'information concernant la vaccination HPV pouvant toucher les générations adolescentes et jeunes adultes est de faire appel à des influenceurs. Le terme devenant parfois péjoratif, celui de créateur de contenu est de plus en plus utilisé.

Ce moyen de communication récent et en pleine expansion est progressivement régulé par les pouvoirs publics et par certaines plateformes ayant tout intérêt à permettre aux auteurs fiables d'être mis en avant, afin que leur fréquentation ne diminue pas. Comme rappelé par la FNIM [37], la France s'est dotée d'une loi en juin 2023 encadrant l'influence commerciale afin de lutter contre les dérives des influenceurs sur les réseaux sociaux [38]. De plus, la plateforme vidéo YouTube®, s'est dotée récemment d'un label pour crédibiliser l'information médicale et éviter la

circulation de désinformation. Ce label « YouTube Health » est accessible actuellement en France aux médecins et infirmiers, devant justifier d'une inscription au RPPS [39,40].

De manière non exhaustive, on peut citer notamment le département de l'Isère, ayant fait appel en 2020 à un youtubeur spécialisé dans la santé pour promouvoir le vaccin HPV [41] [42]. Plus récemment, un animateur de radio nationale a utilisé sa notoriété afin de communiquer d'abord sur son profil Instagram®, puis en radio et télévision sur la vaccination HPV après avoir été diagnostiqué et opéré d'une néoplasie ORL induite par le papillomavirus [43].

B. Les évolutions de la vaccination HPV ces dernières années

a. La question de l'obligation vaccinale contre HPV

La moitié des médecins interrogés ont évoqué l'absence d'obligation vaccinale contre HPV comme un obstacle à l'amélioration de la couverture vaccinale de leur patientèle. Bien qu'expliquant les données épidémiologiques [6] à leurs patients, les conséquences peu fréquentes mais graves d'une lésion persistante à HPV, ceux-ci ne pensaient pas les conséquences assez graves pour justifier le vaccin, puisqu'il n'était que recommandé.

M1 : « Le fait que ça ne soit pas obligatoire, il y a des patients qui ne veulent faire que le DTPc. Certains me disent clairement que si le vaccin était obligatoire ils n'hésiteraient pas, car la différence entre vaccins obligatoires et recommandés est pour eux dans l'efficacité ou la réelle nécessité de ce dernier »

M6 : « Le fait qu'il soit recommandé et non obligatoire, certains patients trouvent que ce n'est pas important ou assez grave pour bénéficier de la vaccination »

Une méta-analyse de 2018 sur les connaissances et croyances au sujet de la vaccination obligatoire sur les continents américain, européen et asiatique, faisait état

d'une acceptation parentale allant de 53% à 97% concernant l'obligation vaccinale en général. Cette acceptation était de 27 à 63,5% lorsqu'il s'agissait de l'obligation vaccinale contre HPV ^[44]. D'après ces résultats, l'absence de transmission du virus par des contacts sociaux habituels était un facteur prédominant. Plusieurs résultats faisaient état de connaissances limitées sur le papillomavirus.

En 2020, les Dr. Crapet et Deplanque retrouvaient des avis partagés chez les parents et les adolescentes interrogées pour leurs travaux de thèse d'exercice. Le même argument de simple recommandation du vaccin HPV était retrouvé, les notions de privation de liberté individuelle si le vaccin devenait obligatoire, de consentement libre et éclairé établi dans la loi Kouchner de mars 2002, ou encore le fait de ne pas être concernée car n'étant pas sexuellement active étaient également exprimées ^[45] ^[46].

b. Extension vaccinale aux garçons

Les médecins interrogés pour ce travail de thèse l'ont été en 2023 et 2024, chacun des interviewés présentait de la même manière aux garçons et filles la vaccination HPV et les conséquences possibles de ce virus, bien que l'accroche soit parfois plus difficile avec un adolescent ou ses parents.

M4 : « j'évoque les exemples de la Nouvelle-Zélande, l'Angleterre, qui ont commencé à vacciner plus tôt que nous les garçons »

M5 : « j'explique que le papillomavirus est sexuellement transmissible, que les filles et garçons le rencontreront forcément dans leur vie sexuelle future »

Depuis janvier 2021, les jeunes garçons âgés de 11 à 19 ans peuvent se faire vacciner contre le papillomavirus sur le territoire français, faisant suite à une recommandation de la HAS de décembre 2019 ^[47]. La couverture vaccinale insuffisante en France, la survenue de cas de cancers HPV induits chez l'homme et sa responsabilité dans la

transmission du virus chez la femme hétérosexuelle étaient avancés pour justifier cette évolution de recommandation. La dynamique d'autres pays européens comme l'Allemagne, l'Espagne, le Royaume-Uni ou encore l'exemple australien expliqué en introduction ^[8] ont contribué à la mise en place de cette vaccination masculine.

L'étude préalable à cette recommandation ^[48], dirigée par la HAS et l'INCa, effectuée en 2019 auprès de médecins généralistes indiquait que 94% d'entre eux étaient très favorables à la vaccination HPV, mais 82% d'entre eux la considéraient comme étant une des plus difficiles à faire accepter à leurs patients. S'agissant de l'élargissement de la vaccination aux garçons, 84% des médecins généralistes comptaient recommander la vaccination aux garçons dès son intégration au calendrier vaccinal et 88% de ceux qui ne la recommandaient pas systématiquement aux filles se déclaraient plus enclins à la proposer aux filles dès l'extension vaccinale aux garçons en vigueur.

c. Vaccination dans les collèges

Depuis la rentrée scolaire 2023, les élèves scolarisés en 5^{ème} se voient proposer une information au sujet du papillomavirus et du vaccin Gardasil 9[®], ainsi que la réalisation de la vaccination au sein du collège. Les médecins interrogés avaient une opinion mitigée sur la nécessité d'une telle campagne de vaccination. En revanche, la majorité évoquait le bénéfice de l'information reçue par les adolescents et leurs parents.

M3 : « Ah oui, je trouve qu'il y a une différence, que les gens sont vraiment informés alors que ça n'était pas le cas avant. Même si tous les collèges alentours n'ont pas encore lancé leur campagne [...] parfois j'ai à peine le besoin d'expliquer car les gens sont au courant et sont partants »

M4 : « Alors oui, certains patients me disent que leurs enfants ont été vaccinés par les infirmières scolaires [...] j'ai l'impression que les gens ont quand même plus facilement accès à la vaccination et c'est très bien »

Le bilan à un an de la mise en place de cette campagne vaccinale au collège, évoqué en introduction ^[17], permettait de constater que 25% des vaccinations Gardasil 9[®] réalisées depuis octobre 2023 l'avaient été au sein des collèges. Il sera intéressant de voir si la nette progression de la couverture vaccinale contre HPV des adolescents de 12 ans (passée de 31% à 48% en 1 an) se poursuit dans les années à venir, afin d'atteindre l'objectif fixé par la stratégie décennale de 80% d'adolescents vaccinés contre HPV d'ici 2030 ^[16].

Le Canada, pays leader sur la prévention en santé, a recommandé la vaccination contre HPV en 2007 pour les filles (la même année qu'en France) puis en 2010 pour les garçons. Un programme de vaccination au sein des établissements scolaires dès l'âge de 9 ans avait également été initié dès 2007. Bien que les objectifs de couverture vaccinale aient été fixés entre 80 et 90% des enfants d'âge compatible après 5 ans de mise en place du programme, en 2016, la couverture réelle était très disparate selon la province canadienne, variant de 47% à 94% ^[49].

Une étude de 2019 essayant de comprendre ces disparités, en commençant par la province du Québec, mettait en évidence la difficulté des interventions d'infirmières scolaires qui avaient généralement cinq minutes pour présenter l'information à une classe d'enfants de 9 ans puis leur remettre des documents papier. Des paramètres décisifs de l'acceptation vaccinale tels que le niveau socio-économique familial, l'accès à l'information en général et l'organisation des établissements scolaires étaient mis en avant ^[50]. Autant de défis auxquels les soignants français seraient peut-être confrontés dans les années à venir, si la campagne vaccinale scolaire était pérennisée.

C. Carnet de vaccination électronique

Le carnet de santé est primordial dans le suivi vaccinal des enfants et adolescents, permettant à tout professionnel de santé d'avoir les informations sur le statut vaccinal, notamment contre le papillomavirus. Idéalement, il permet aussi aux parents de se repérer dans le calendrier vaccinal de leurs enfants et de connaître les prochaines échéances. Malheureusement, comme retrouvé dans cette thèse, l'oubli ou la perte du carnet, la méconnaissance des vaccins antérieurs, des dates de rappels sont autant de facteurs limitant l'amélioration de la couverture vaccinale.

M3 : « On ne sera pas au courant au niveau informatique de tous les patients vaccinés au collège hormis le carnet de santé, ce qui est peut-être dommage »

M4 : « Je ne comprends pas aujourd'hui, alors qu'on a la carte vitale, pourquoi on ne pourrait pas le voir. On a l'espace santé numérique aujourd'hui, mais il faut que cela soit complété, c'est un peu compliqué »

M5 : « Dans le carnet de santé, je l'écris toujours, mais parfois il est perdu, détérioré »

Ces problématiques peuvent être palliées par la généralisation d'un carnet de vaccination électronique. Cette solution est proposée depuis 2012 par le site www.mesvaccins.net, initiative d'une association de la région Nouvelle Aquitaine ^[51].

Les professionnels de santé étaient largement en faveur de la généralisation d'un tel outil, comme en témoigne une étude de 2013 où 86% des futurs pharmaciens d'officine étaient favorables à la possibilité de renseigner un carnet de vaccination électronique avec le dossier pharmaceutique ^[52].

En 2015, 75% des médecins étaient favorables à l'intégration d'un carnet de vaccination électronique dans leur logiciel métier ^[53].

Le gouvernement s'est saisi de cette problématique en créant, en 2011, le Dossier médical partagé (DMP), remplacé depuis pour les usagers par « Mon espace santé » en 2022 ^[54]. Après des débuts poussifs, une intégration laborieuse aux logiciels métiers des professionnels, cet espace numérique personnel dédié à la santé des Français s'est enrichi de plusieurs fonctionnalités dont un espace réservé aux vaccinations ^[55]. Il ne prend pas la forme d'un carnet de vaccination comme les modèles papiers que chacun connaît mais remplit les mêmes fonctions. On retrouve un recueil des vaccins effectués, la possibilité pour le patient d'ajouter ses propres vaccinations effectuées, de consulter le calendrier vaccinal et de consulter les vaccinations recommandées ou obligatoires pour soi ou ses enfants. (Annexe 3)

Seul bémol à ce projet, l'adhésion de la population assez faible avec 7,9 millions d'usagers ayant activé le service (11,5% des Français) la première année et 11 millions (16% des Français) en février 2024 ^[56] ^[57].

Néanmoins, en termes de traçabilité, il appartiendrait dès lors à l'adolescent ou ses parents, grâce à une communication ciblée, d'enrichir son carnet de vaccination virtuel à la suite d'une vaccination HPV effectuée au collège par exemple.

D. Intégration des différences socio culturelles au moment de cibler la réalisation de la prévention

Comme évoqué en préambule de cette analyse de résultats, la littératie en santé constitue un enjeu majeur de santé publique. Aux Etats-Unis, cette littératie est un facteur prédictif de l'état de santé d'un individu plus important que le revenu, la situation vis-à-vis de l'emploi, le niveau d'instruction ou le groupe ethnique ^[58].

Au cours de ce travail, certains médecins interrogés faisaient face à des problématiques diverses, selon leur secteur géographique d'installation, où pouvaient

se côtoyer des patients aux profils très variés.

M6 : « De plus il existe de grosses disparités dans l'éducation sexuelle et la prévention selon le secteur où habitent et sont scolarisés mes patients [...] dans mon secteur il y a pas mal de populations issues de l'immigration et en demande d'asile [...] Mais également selon leur entourage familial, les croyances, religions, leur origine ethnique »

En 2010, dans un ouvrage publié par l'INPES, ancêtre de Santé publique France, le dilemme de la médecine générale face aux inégalités était exposé : faire partie du problème ou contribuer à la solution ^[59].

Les soins primaires étaient réputés comme pouvant réduire des inégalités d'accès aux soins à condition que la consultation du médecin généraliste ne soit pas trop courte, qu'elle soit interactive, que le médecin respecte des protocoles et puisse travailler en réseau.

S'agissant de la communication réalisée auprès de patients ayant un faible niveau d'éducation, la diffusion de documents d'information améliorerait leur adhésion à des soins préventifs comme le dépistage du cancer du col utérin. Ces documents devaient être mis au point et testés préalablement, ils devaient être brefs, clairs, écrits dans un niveau de langage adapté au niveau de lecture des patients ciblés. Un exemple pour appuyer ces propos était un programme d'éducation thérapeutique destiné à des patients insuffisants cardiaques ayant permis de réduire le nombre de décès et hospitalisations à un an, dans le sous-groupe concernant les patients de faible niveau d'alphabétisation ^[60].

L'influence des facteurs socio culturels dans la prévention en santé publique et celle contre le HPV en particulier est illustrée par différentes études.

En 2022, une étude libanaise s'intéressait à l'impact psychologique du diagnostic

d'une lésion HPV induite chez les femmes. L'emploi était retrouvé comme un facteur protecteur, tandis que les facteurs les plus influençant s'avéraient être sociaux et religieux ^[61].

Selon une étude française du CREDOC (Centre de recherche pour l'observation et les conditions de vie) d'avril 2023, près d'un jeune sur cinq est éloigné du numérique. Le capital culturel des parents joue un grand rôle dans la maîtrise des outils numériques des enfants ^[62].

Enfin, lors de la recommandation HAS d'extension vaccinale aux garçons en 2019, on retrouvait dans l'argumentaire : *« d'un point de vue éthique, la vaccination des garçons est un élément qui contribue à réduire les inégalités hommes-femmes en matière de prévention en santé, en permettant aux jeunes garçons de participer à la baisse globale de la transmission des papillomavirus. Par ailleurs, les HSH ne peuvent bénéficier de l'immunité de groupe résultant de la seule vaccination des jeunes filles et sont à ce jour insuffisamment vaccinés »* ^[47].

Ces constats sont toujours d'actualité en 2024. Le réseau de soins primaires s'est quant à lui développé depuis la publication de l'ouvrage de l'INPES et chaque acteur de première ligne, qu'il soit médical ou social, a une part à prendre dans la prévention en santé publique et plus particulièrement face au HPV. Dans un but de pertinence, la communication de cette prévention nécessite de prendre en considération la population rencontrée en consultation, les déterminants sociaux, culturels, éducatifs et religieux. Pour ce faire, des outils de communication digitaux et physiques ont été développés pour toucher un public le plus large possible, ciblant les adultes et d'autres spécifiques aux adolescents, comme ceux réalisés par l'INCa (Annexe 4).

E. Bénéfice sociétal et économique de l'amélioration de la prévention primaire contre le HPV

Plusieurs médecins interrogés au cours de ce travail ont évoqué le retard de la France en matière de prévention en santé. D'autres ont souligné leur conviction d'un net bénéfice individuel et collectif de la prévention primaire dans le cadre du papillomavirus, notamment économique.

M5 : « pour la sécurité sociale, la question du coût d'une prévention primaire par vaccination et réalisation de campagnes nationales par rapport à celui des examens lors de la découverte de lésions de haut grade sont clairement en faveur de la prévention primaire »

M8 : « Quand tu regardes le rapport de 2021 de l'OCDE, notre pays est devenu le 4^{ème} en termes de dépenses de santé, mais seulement le 29^{ème} sur l'efficacité des soins préventifs »

En 2019, avant la recommandation d'extension vaccinale aux garçons, l'INCa avait réalisé une étude d'évaluation coût-efficacité de la vaccination anti-HPV dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus en France ^[63].

Cette étude fondée sur un modèle de micro-simulation reproduisant l'histoire naturelle du cancer du col de l'utérus générant une cohorte de jeunes filles de 14 ans, suivant chacune d'elles jusqu'à son décès. L'impact de l'augmentation seule de la couverture vaccinale, face à celle de la couverture associée à la réduction des inégalités de vaccination (hypothèse d'égalité de couverture entre les femmes bénéficiaires de la CMU-C et les non bénéficiaires) étaient étudiés. Enfin, la durée de protection du vaccin (20 ans ou vie entière) et le prix du vaccin français étaient évalués.

Les résultats indiquaient que l'amélioration de la seule couverture vaccinale représentait un coût-efficacité trop important, et non souhaitable par rapport à celui de l'amélioration de la couverture vaccinale conjointement à la correction des inégalités.

En effet, une couverture vaccinale théorique de 50% à 85% avec correction des inégalités permettait d'économiser entre 2,3 et 3,5 millions d'euros par an, par rapport au modèle sans correction des inégalités.

Du fait de leur moindre participation au dépistage, les bénéficiaires de la CMU-C ont une plus grande probabilité d'avoir des lésions de bas grade et précancéreuses susceptibles d'évoluer en cancers du col de l'utérus, avant d'être dépistées ^[63].

Ainsi le scénario associant la correction des inégalités et l'atteinte d'une couverture vaccinale de 70% était le plus coût-efficace, montrant l'importance de mener une politique de lutte contre les inégalités de santé.

Quelques mois après cette étude, la HAS émettait sa recommandation d'extension de la vaccination HPV aux garçons ^[47]. L'argumentaire faisait état de la réflexion économique, expliquant que l'augmentation de la couverture vaccinale des filles restait la stratégie la plus coût-efficace par rapport à la vaccination des filles et des garçons. Mais le ratio coût-efficacité de cette dernière restait plus favorable lorsque la couverture vaccinale des filles est faible, comme c'est le cas en France.

En l'absence de modèle spécifique adapté à la situation française, la question du ratio coût-efficacité de la vaccination des filles et des garçons en France reste à évaluer.

Depuis cette étude de l'INCa et la recommandation de la HAS de 2019, nombre de publications internationales se posent la question de ce rapport coût-efficacité, que ce soit pour l'adoption d'une vaccination contre le HPV de manière systématique, ou lorsque celle-ci est déjà en place, dans le but d'évaluer la stratégie vaccinale à 1 dose par rapport à celle à 2 doses chez le jeune adolescent ^[64].

En 2024, une étude coréenne ^[65] cherchait à vérifier si la stratégie vaccinale à une

dose du Royaume-Uni, introduite en septembre 2023, était cohérente. Supposant qu'un schéma à une dose était à 90% aussi efficace qu'un schéma à 2 doses durant 10 ans, le coût-efficacité était très largement en faveur de la stratégie monodose. Les projections sur 70 ans d'application de ce schéma prévoyaient une économie de 18,6 millions d'euros par an.

Ce constat est appuyé par une méta-analyse réalisée en 2022, comparant l'impact sanitaire et le coût-efficacité des schémas vaccinaux contre le HPV à une dose ou deux doses ^[66]. L'étude portait sur les données de 188 pays. Les résultats suggéraient que la vaccination à une dose présentait des avantages sanitaires similaires à ceux d'un schéma à deux doses, tout en simplifiant l'administration du vaccin, en réduisant les coûts et en atténuant les contraintes liées à l'approvisionnement.

La seconde dose semblait devenir rentable si elle offrait une durée de protection plus longue, si le vaccin et les stratégies vaccinales devenaient moins coûteuses et si la prévalence du cancer du col de l'utérus avait tendance à augmenter.

Conclusion

A la lumière des soignants interrogés au cours de cette étude, la prévention contre le HPV est parfois abordée lors d'une consultation globale concernant les IST, la sexualité et la contraception, ou à l'occasion d'une consultation pour tout autre motif, après avoir répondu à la problématique initiale du patient. De façon générale, chaque rencontre avec un adolescent est une occasion à saisir afin d'aborder la vaccination contre le papillomavirus, tant cette population se fait rare au cabinet.

La vaccination des adolescents et jeunes adultes par le Gardasil 9[®] était largement encouragée par les praticiens interrogés, car il est à ce jour le seul vaccin permettant de prévenir la survenue d'un cancer.

La stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030 a fixé l'objectif à 80% de couverture vaccinale contre HPV chez les garçons et filles, ce qui permettrait de prévenir plusieurs milliers de cas de cancers du col de l'utérus.

Pour atteindre cet objectif ambitieux, la lutte contre les inégalités d'accès aux soins, qu'elles soient géographiques, culturelles ou éducatives, semble être un pilier de la réussite de demain. Cela nécessitera une communication adaptée, compréhensible par tous et multimodale.

Ceci associé à une proposition vaccinale faite à tous jusqu'à 26 ans, que le patient soit sexuellement actif ou non et sans distinction de son orientation sexuelle, permettrait de se rapprocher de la couverture vaccinale observée en Australie.

Annexes

Annexe 1 – Arbre de codage N-Vivo

⊕ Nom	▲ ↻ Fichiers	Références
○ 1 - MISE EN SITUATION	0	0
○ Age du jeune	9	18
○ Aide par rapport au logiciel	7	15
○ Carnet de santé	6	8
○ Cible de communication	7	13
○ Consultation avec ou sans les parents	2	2
○ Consultation dédiée	10	15
○ Conséquences péjoratives du vaccin	6	7
○ Lésions HPV de l'adulte	3	6
○ Population cible	6	15
○ 2 - METHODE DE CONSULTATION	0	0
○ Argumentaire	9	36
○ Contenu de l'information	8	15
○ Explication physiopathologie	6	13
○ Méthode de communication	9	56
○ Méthode de rétroaction	9	23
○ Personnalisation de la prévention	2	2
○ Pratique de la vaccination HPV	2	3
○ Prévention secondaire	2	2
○ Réponse au questionnaire	8	13
○ Utilisation documents	9	13
○ Vaccination de rattrapage	3	3
○ 3 - VACCINATIONS	0	0
○ Disponibilité du vaccin HPV	1	1
○ Effets secondaires du vaccin HPV	2	2
○ Gratuité du vaccin HPV	1	1
○ Obligation vaccinale	3	5
○ Sécurité de la vaccination	1	1
○ Tracabilité de la vaccination	5	6
○ 4 - ELEMENTS FACILITATEURS	0	0
○ Alliance thérapeutique	5	6
○ But de la prévention HPV	4	7
○ Campagne d'information ciblée à l'âge recommandé	3	6
○ Campagne d'information grand public (affiche, TV, radio)	3	4
○ Connaissance des jeunes	5	8
○ Consentement éclairé	1	1

⊕ Nom	▲ ⇄ Fichiers	Références
<input type="radio"/> Conséquences psychologiques des lésions HPV	2	2
<input type="radio"/> Contraception	5	5
<input type="radio"/> Dialogue intergénérationnel	3	4
<input type="radio"/> Effet de la vaccination	6	9
<input type="radio"/> Element facilitateur	6	15
<input type="radio"/> Frottis et vaccin HPV	7	11
<input type="radio"/> Litteratie en santé	1	2
<input type="radio"/> Methode d'abord problématique	10	74
<input type="radio"/> Mobilisation des ressources	3	6
<input type="radio"/> Objectifs de santé publique	6	12
<input type="radio"/> Propriété vaccination	4	6
<input type="radio"/> Prévention primaire	4	5
<input type="radio"/> Qualité des soins	1	1
<input type="radio"/> Reaction campagne vaccination collègue	10	22
<input type="radio"/> Recommandations cliniques	1	1
<input type="radio"/> Rôle des leaders d'opinion, influenceurs	1	1
<input type="radio"/> Rôle des médias sociaux	1	1
<input type="radio"/> Source documentation	6	9
<input type="radio"/> Utilisation des données épidémiologiques	6	10
<input type="radio"/> 5 - BLOCAGES - FREINAGES	0	0
<input type="radio"/> Accessibilité de l'information	1	3
<input type="radio"/> Craintes du soignant	2	2
<input type="radio"/> Distinction du sexe dans l'abord de la vaccination	4	5
<input type="radio"/> Faible fréquence de consultation des adolescents	5	7
<input type="radio"/> Fausse croyance	5	7
<input type="radio"/> Influence des autres étudiants	1	1
<input type="radio"/> Méconnaissance	4	11
<input type="radio"/> Obstacle à la vaccination	9	21
<input type="radio"/> Stigmatisation associée aux IST	1	1
<input type="radio"/> Taux de couverture vaccinale	2	2
<input type="radio"/> 6 - REACTIONS - REPERCUSSIONS	0	0
<input type="radio"/> Reaction des parents à l'information	7	20
<input type="radio"/> Réaction des jeunes	7	15
<input type="radio"/> Vécu du parent avec HPV	1	1

⊕ Nom	↕ Fichiers	Références
○ 7 - SPECIFICITE DES SOIGNANTS	0	0
○ Action pluriprofessionnelle	3	5
○ Assurance vis à vis connaissance	7	7
○ Attitude du soignant	5	17
○ Expérience propre du soignant avec le vaccin HPV	3	5
○ Formation continue des professionnels de santé	10	17
○ Formation initiale des professionnels de santé	8	9
○ Pratique professionnelle	1	1
○ Prise en charge multidisciplinaire	2	3
○ Rôle des associations de santé	1	1
○ Rôle des centres de planification familiale	1	1
○ Rôle des infirmières scolaires	2	2
○ Rôle des travailleurs sociaux	1	1
○ Rôle du médecin dans l'éducation sexuelle	10	37
○ Rôle du pharmacien	1	1
○ Rôle du pédiatre	1	1
○ Suivi longitudinal des patients	3	7
○ 8 - SUJET SOCIÉTAL	0	0
○ Amélioration de l'état de santé de la population	1	2
○ Autonomisation des jeunes dans les décisions de santé	2	3
○ Comparaison aux programmes de prévention étrangers	1	1
○ Confidentialité des soins	1	1
○ Coût des interventions préventives	1	1
○ Disparités géographiques dans l'accès aux soins	3	6
○ Education à la santé en ligne	1	1
○ Egalité d'accès aux soins	2	3
○ Emancipation du jeune adulte	2	2
○ Evaluation des programmes de prévention	1	1
○ Impact de la culture sur la prévention	1	1
○ Impact des croyances religieuses	1	1
○ Impact des politiques scolaires	1	1
○ Impact économique des lésions HPV induites	1	1
○ Intégration dans le cursus scolaire	1	1
○ Lutte contre les discriminations	1	1
○ Politiques de santé publique	1	1
○ Recrudescence des IST	3	4
○ Rôle des parents dans l'éducation sexuelle	3	4
○ Rôle des écoles dans la prévention	4	4
○ Sensibilisation communautaire	1	1
○ Sujet sociétal	2	2
○ Vaccination en milieu scolaire	3	3

Annexe 2 – Attestation de déclaration au DPO



RÉCÉPISSÉ ATTESTATION DE DÉCLARATION

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

Responsable administrative Yasmine GUEMRA

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis au délégué à la protection des données un dossier de déclaration formellement complet. 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 : 130 029 754 00012
Adresse : 42 Rue Paul Duez 590000 - LILLE	Code NAF : 8542Z Tél. : +33 (0) 3 62 26 90 00

Traitement déclaré

Intitulé : Méthodes des soignants dans la prévention du papillomavirus chez les adolescents en France - thèse qualitative
Référence Registre DPO : 2024-154
Responsable (s) scientifique : Mme Thérèse DUMINIL – M. Charles CHARAN Interlocuteur (s) : M. Jean-Baptiste DUPONCHELLE

Fait à Lille,

Le 13 septembre 2024

Jean-Luc TESSIER

Délégué à la Protection des Données

Annexe 3 – Mon espace santé



- Accueil
- Profil médical
- Vaccinations**
- Documents
- Messagerie
- Agenda
- Catalogue de services



Vaccinations

Je peux voir mes vaccinations à venir et renseigner celles déjà réalisées. Je retrouve également les vaccinations ajoutées par mes professionnels de santé.



Je n'ai aucune vaccination recommandée ou obligatoire à réaliser prochainement.

[Voir les vaccins à réaliser](#)

Déjà réalisées

Je peux télécharger et partager l'historique des mes vaccinations réalisées sous un format proche du carnet de santé papier.

[Télécharger la synthèse des vaccinations](#)

Toutes les vaccinations ▼

✓ **COVID-19**
21 octobre 2023
Pfizer Comirnaty-30 XBB1.5 adulte (+12ans)
Recommandée

[Voir les détails](#)

Annexe 4 – Communication prévention HPV Santé Publique

France 2024

<https://www.youtube.com/watch?v=sURyCh-5nok&t=20s>


<https://www.youtube.com/watch?v=TImvjoYgsKE>


<https://vaccination-hpv.e-cancer.fr/>

<https://preventionenfant.e-cancer.fr/>

<https://www.calameo.com/editions-speciales->

<playbac/read/006453996e3f4c6785a55>


 **RÉPUBLIQUE FRANÇAISE**
*Liberté
Égalité
Fraternité*

 **INSTITUT NATIONAL DU CANCER**

EDITION 2024

TOUT SAVOIR SUR LA VACCINATION CONTRE LES HPV

Pour la seconde année consécutive, la vaccination contre les HPV, ou papillomavirus humains, est proposée à tous les élèves de 5^e. Découvrez tout ce qu'il faut savoir sur ces virus qui peuvent provoquer des cancers et sur la vaccination qui nous en protège.



CHIFFRES CLÉS


80 %
des femmes et des hommes seront infectés par des HPV à un moment de leur vie.
Source : Institut national du cancer

6 400
C'est le nombre de nouveaux cas de cancers causés par des HPV chaque année en France.
Source : Institut national du cancer

LE SAIS-TU ?

Les papillomavirus humains sont désignés sous le sigle HPV qui signifie « Human Papillomavirus » en anglais, traduit par « Papillomavirus Humains » en français.

Le tout premier virus a été découvert à la fin du 19^e siècle : il s'agit du virus de la feuille du tabac. Aujourd'hui, on sait qu'il y a plus de virus que d'étoiles dans l'univers !



Comprendre les HPV P. 2-3

Le rôle essentiel de la vaccination P. 4-5

Et en pratique ? P. 6-7

Jeu et test P. 8

 **RÉPUBLIQUE FRANÇAISE**
*Liberté
Égalité
Fraternité*

 **INSTITUT NATIONAL DU CANCER**

LA VACCINATION CONTRE LES HPV OU PAPILLOMAVIRUS HUMAINS



Ce vaccin est très important pour protéger mon enfant contre les HPV.

Pour les filles et les garçons dès 11 ans
Ce vaccin n'est pas obligatoire mais il est fortement conseillé.



Bibliographie

1. Questions-Réponses sur l'infection à papillomavirus humains (HPV), cause de cancer du col de l'utérus, et le dépistage [Internet]. Haute Aut. Santé [cité 2024 oct 2]; Available from: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3146343/fr/questions-reponses-sur-l-infection-a-papillomavirus-humains-hpv-cause-de-cancer-du-col-de-l-uterus-et-le-depistage
2. Les arguments clés sur la vaccination contre les cancers liés aux papillomavirus humains (HPV) - Le point sur [Internet]. [cité 2024 oct 2]; Available from: <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Le-point-sur/Arguments-cles-sur-la-vaccination-contre-les-cancers-HPV>
3. Soudeyns C, Speybroeck N, Brisson M, Mossong J, Latsuzbaia A. HPV vaccination and sexual behaviour in healthcare seeking young women in Luxembourg. *PeerJ* 2020;8:e8516.
4. 23-cervix-uteri-fact-sheet.pdf [Internet]. [cité 2024 oct 7]; Available from: <https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/cancers/23-cervix-uteri-fact-sheet.pdf>
5. Couverture vaccinale [Internet]. [cité 2024 oct 2]; Available from: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/immunization-coverage>
6. Stratégie mondiale en vue d'accélérer l'élimination du cancer du col de l'utérus en tant que problème de santé publique [Internet]. [cité 2024 oct 7]; Available from: <https://www.who.int/fr/publications/i/item/9789240014107>
7. Papillomavirus humain et cancer [Internet]. [cité 2024 oct 2]; Available from: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/human-papilloma-virus-and-cancer>
8. Patel C, Brotherton JM, Pillsbury A, Jayasinghe S, Donovan B, Macartney K, et al. The impact of 10 years of human papillomavirus (HPV) vaccination in Australia: what additional disease burden will a nonavalent vaccine prevent? *Eurosurveillance* 2018;23(41):1700737.
9. Hall MT, Simms KT, Lew JB, Smith MA, Brotherton JM, Saville M, et al. The projected timeframe until cervical cancer elimination in Australia: a modelling study. *Lancet Public Health* 2019;4(1):e19-27.
10. Heard I, Tondeur L, Arowas L, Demazoin M, Falguières M, Parent Du Chatelet I, et al. Effectiveness of HPV vaccination on prevalence of vaccine genotypes in young sexually active women in France. *J Infect Dis* 2016;jiw639.
11. Les vaccins recommandés [Internet]. [cité 2024 oct 2]; Available from: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/vaccination/vaccins-recommandes>
12. Proposition d'une extension de la Vaccination contre le Papillomavirus (HPV) pour les hommes et les femmes jusqu'à 26 ans : Un moyen d'accélérer l'élimination des cancers HPV induits – Académie nationale de médecine | Une institution dans son temps [Internet]. [cité 2024 oct 2]; Available from: <https://www.academie-medecine.fr/1000053001/>
13. Lei J, Ploner A, Elfström KM, Wang J, Roth A, Fang F, et al. HPV Vaccination and the Risk of Invasive Cervical Cancer. *N Engl J Med* 2020;383(14):1340-8.
14. Le Plan cancer 2014-2019 - Les Plans cancer [Internet]. [cité 2024 oct 2]; Available from: <https://www.e-cancer.fr/Institut-national-du-cancer/Strategie-de-lutte-contre-les-cancers-en-France/Les-Plans-cancer/Le-Plan-cancer-2014-2019>
15. Article - Bulletin épidémiologique hebdomadaire [Internet]. [cité 2024 oct 2]; Available from: https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/22-23/2019_22-23_3.html
16. La stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030 - Stratégie de lutte contre les cancers en France [Internet]. [cité 2024 oct 2]; Available from: <https://www.e-cancer.fr/Institut-national-du-cancer/Strategie-de-lutte-contre-les-cancers-en-France/La-strategie-decennale-de-lutte-contre-les-cancers-2021-2030>
17. DGS_Céline.M, DGS_Céline.M. Deuxième campagne nationale de vaccination des enfants dès l'âge de 11

ans contre les infections à papillomavirus humains (HPV) : Sensibiliser les parents et amplifier la dynamique pour renforcer la progression du nombre de jeunes protégés. [Internet]. Ministère Santé Accès Aux Soins [cité 2024 oct 2]; Available from: <https://sante.gouv.fr/actualites/presse/communiques-de-presse/article/deuxieme-campagne-nationale-de-vaccination-des-enfants-des-l-age-de-11-ans>

18. Frappé P. Initiation à la recherche. 2ème édition. GM Santé / CNGE productions; 2018.
19. Revue Médicale de l'Assurance Maladie n°2 de 2001 | L'Assurance Maladie [Internet]. 2001 [cité 2024 oct 3]; Available from: <https://www.assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/2001-numero-2-revue-medicale-assurance-maladie>
20. Falcaro M, Soldan K, Ndlela B, Sasieni P. Effect of the HPV vaccination programme on incidence of cervical cancer and grade 3 cervical intraepithelial neoplasia by socioeconomic deprivation in England: population based observational study. *BMJ* 2024;385:e077341.
21. Dossier thématique - Quelle est l'efficacité des vaccins HPV ? [Internet]. ANSM [cité 2024 oct 9]; Available from: <https://ansm.sante.fr/dossiers-thematiques/vaccins-contre-les-infections-a-papillomavirus-humains-hpv/quelle-est-lefficacite-des-vaccins-hpv>
22. Cancer du col de l'utérus : avec la vaccination, la Région européenne de l'OMS peut envisager une élimination du PVH [Internet]. [cité 2024 oct 9]; Available from: <https://www.who.int/europe/fr/news/item/29-04-2022-hpv-vaccination-brings-the-who-european-region-closer-to-a-cervical-cancer-free-future>
23. Brohman I, Blank G, Mitchell H, Dubé E, Bettinger JA. Opportunities for HPV vaccine education in school-based immunization programs in British Columbia, Canada: A qualitative study. *Hum Vaccines Immunother* 20(1):2326779.
24. La Santé en action n°440. 2017;(440).
25. Canadian Public Health Association. Exemples de mise en application de la littératie en santé, Ottawa (Ontario), 2014. [Internet]. [cité 2024 oct 3]; Available from: https://www.cpha.ca/sites/default/files/uploads/resources/healthlit/examples_f.pdf
26. À la santé du numérique : la technologie au service de la prévention [Internet]. Inst. Montaigne [cité 2024 oct 3]; Available from: <https://www.institutmontaigne.org/expressions/la-sante-du-numerique-la-technologie-au-service-de-la-prevention>
27. DREES. Une personne sur dix éprouve des difficultés de compréhension de l'information médicale. Mai 2023 [Internet]. [cité 2024 oct 3]; Available from: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2023-06/ER1269EMB.pdf>
28. International Report on the Methodology, Results and Recommendations of the European Health Literacy Population Survey 2019-2021 [Internet]. [cité 2024 oct 3]; Available from: <https://m-pohl.net/sites/m-pohl.net/files/inline-files/HLS19%20International%20Report.pdf>
29. Soutenir et encourager l'engagement des usagers.
30. Arcom-etude-Les-Francais-et-information.pdf [Internet]. [cité 2024 oct 4]; Available from: <https://www.arcom.fr/sites/default/files/2024-03/Arcom-etude-Les-Francais-et-information.pdf>
31. Quelles sont les opinions exprimées par les adolescentes en âge d'être vaccinées sur la vaccination HPV sur les forum internet ? [Internet]. [cité 2024 oct 3]; Available from: https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2018/2018LILUM009.pdf
32. Quelles sont les questionnements sur la vaccination contre les HPV exprimés par les jeunes filles en âge d'être vaccinées sur les forum internet ? [Internet]. [cité 2024 oct 3]; Available from: https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2018/2018LILUM008.pdf
33. Loft LH, Pedersen EA, Jacobsen SU, Søborg B, Bigaard J. Using Facebook to increase coverage of HPV vaccination among Danish girls: An assessment of a Danish social media campaign. *Vaccine* 2020;38(31):4901-8.
34. Buller DB, Pagoto S, Henry K, Berteletti J, Walkosz BJ, Bibeau J, et al. Human Papillomavirus Vaccination and Social Media: Results in a Trial With Mothers of Daughters Aged 14–17. *Front Digit Health*

2021;3:683034.

35. Boatman D, Jarrett Z, Starkey A, Conn ME, Kennedy-Rea S. HPV vaccine misinformation on social media: A multi-method qualitative analysis of comments across three platforms. *PEC Innov* 2024;5:100329.
36. Evaluation des connaissances et des réticences des parents vis-à-vis du vaccin contre le méningocoque : étude qualitative réalisée au sein du service de pédiatrie du centre hospitalier de Calais [Internet]. [cité 2024 oct 7]; Available from: https://pepите-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2017/2017LIL2M307.pdf
37. Influenceurs en santé : les clés pour travailler avec eux [Internet]. Fédération Natl. Inf. Médicale [cité 2024 oct 3]; Available from: <https://www.lafnim.com/actualite/influenceurs-en-sante-les-cles-pour-travailler-avec-eux/318.htm>
38. LOI n° 2023-451 du 9 juin 2023 visant à encadrer l'influence commerciale et à lutter contre les dérives des influenceurs sur les réseaux sociaux (1). 2023.
39. Health site [Internet]. [cité 2024 oct 4]; Available from: <https://health.youtube/features-application/>
40. Candidature aux fonctionnalités YouTube Health [France] – Google [Internet]. [cité 2024 oct 4]; Available from: <https://services.google.com/fb/forms/youtubehhealthapp-fr/>
41. Vaccination [Internet]. Dépistage Cancers - Auvergne Rhône Alpes [cité 2024 oct 4]; Available from: <https://www.depistagecanceraura.fr/vaccination-virus-hpv/>
42. l'Isère D de. Un influenceur contre le HPV [Internet]. 2020 [cité 2024 oct 4]; Available from: <http://iseremag.fr/actualites/2020-fevrier-mars/un-influenceur-contre-le-hpv>
43. Atteint d'un cancer, cet animateur radio alerte sur l'importance de la vaccination contre le papillomavirus [Internet]. Le HuffPost2024 [cité 2024 oct 4]; Available from: https://www.huffingtonpost.fr/medias/article/maxime-deschaeck-atteint-d-un-cancer-a-cause-du-papillomavirus-alerte-sur-l-importance-de-vacciner-les-garcons_230079.html
44. Gualano M, Olivero E, Voglino G, Corezzi M, Rossello P, Vicentini C, et al. Knowledge, attitudes and beliefs towards compulsory vaccination: a systematic review. *Hum Vaccines Immunother* 2019;15(4):918-31.
45. 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. Antoine Crapet. [Internet]. [cité 2024 oct 4]; Available from: https://pepите-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2020/2020LILUM528.pdf
46. Opinions des patientes en âge d'être vaccinées à propos d'une hypothétique obligation du vaccin contre les papillomavirus humains : étude qualitative par entretien compréhensif. Margot Deplanque [Internet]. [cité 2024 oct 4]; Available from: https://pepите-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2020/2020LILUM529.pdf
47. Recommandation sur l'élargissement de la vaccination contre les papillomavirus aux garçons [Internet]. Haute Aut. Santé [cité 2024 oct 4]; Available from: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3116022/fr/recommandation-sur-l-elandissement-de-la-vaccination-contre-les-papillomavirus-aux-garcons
48. Derhy S, Gaillot J, Rousseau S, Piel C, Thorrington D, Zanetti L, et al. Extension de la vaccination contre les HPV aux garçons : enquête auprès de familles et de médecins généralistes. *Bull Cancer (Paris)* 2022;109(4):445-56.
49. Shapiro GK, Guichon J, Kelaher M. Canadian school-based HPV vaccine programs and policy considerations. *Vaccine* 2017;35(42):5700-7.
50. Dubé E, Gagnon D, Clément P, Bettinger JA, Comeau JL, Deeks S, et al. Challenges and opportunities of school-based HPV vaccination in Canada. *Hum Vaccines Immunother* 2019;15(7-8):1650-5.
51. SEV_2017_DP_Nouvelle-Aquitaine.pdf [Internet]. [cité 2024 oct 4]; Available from: https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-04/SEV_2017_DP_Nouvelle-Aquitaine.pdf
52. Comboroure JC, Mueller JE. Perception de la vaccination et rôle du pharmacien d'officine : une enquête

auprès des étudiants en dernière année de pharmacie en France. *Ann Pharm Fr* 2014;72(2):122-31.

53. Vaccinations : attitudes et pratiques des médecins généralistes | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 2024 oct 4]; Available from: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/vaccinations-attitudes-et-pratiques-des-medecins-generalistes>
54. Lancement de « Mon espace santé » ! [Internet]. [cité 2024 oct 4]; Available from: <https://www.securite-sociale.fr/home/dossiers/actualites/list-actualites/lancement-de-mon-espace-sante-.html>
55. Mon espace santé, un carnet santé numérique et sécurisé [Internet]. [cité 2024 oct 4]; Available from: <https://www.ameli.fr/assure/sante/mon-espace-sante/mon-espace-sante-carnet-sante-numerique>
56. Mon espace santé a 1 an ! [Internet]. Agence Numér. En Santé [cité 2024 oct 4]; Available from: <https://esante.gouv.fr/actualites/mon-espace-sante-1>
57. DICOM_Raphaelle.B, DICOM_Raphaelle.B. 2 ans de Mon espace santé : le carnet de santé numérique déjà activé par 11 millions de Français a franchi un cap auprès des professionnels de santé et des patients [Internet]. Ministère Santé Accès Aux Soins [cité 2024 oct 4]; Available from: <https://sante.gouv.fr/actualites/presse/communiques-de-presse/article/2-ans-de-mon-espace-sante-le-carnet-de-sante-numerique-deja-active-par-11>
58. Connaissances en matière de santé [Internet]. [cité 2024 oct 15]; Available from: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/health-literacy>
59. Potvin L, Moquet MJ, Jones CM. Réduire les inégalités sociales en santé. Saint-Denis: INPES; 2010.
60. DeWalt DA, Malone RM, Bryant ME, Kosnar MC, Corr KE, Rothman RL, et al. A heart failure self-management program for patients of all literacy levels: A randomized, controlled trial [ISRCTN11535170]. *BMC Health Serv Res* 2006;6(1):30.
61. Atallah D, El Feghaly C, El Feghaly M, Arab W, Khaddage A, Akiki M, et al. Does Social and Religious Background Matter? A Study of the Psychosocial Impact of Human Papillomavirus on Lebanese Women. *J Low Genit Tract Dis* 2022;26(1):8.
62. La société numérique française: définir et mesurer l'éloignement numérique [Internet]. 2023 [cité 2024 oct 3]; Available from: <https://www.credoc.fr/publications/la-societe-numerique-francaise-definir-et-mesurer-leloignement-numerique>
63. Rousseau S. ÉVALUATION COÛT-EFFICACITÉ DE LA VACCINATION CONTRE LES PAPILOMAVIRUS HUMAINS DANS LE CADRE DU DÉPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS EN France / COST-EFFECTIVENESS ANALYSIS OF HUMAN PAPILOMAVIRUS VACCINATION IN THE CONTEXT OF ORGANIZED CERVICAL CANCER SCREENING IN FRANCE.
64. Arora S, Tuffaha H. Cost-effectiveness analysis of human papillomavirus vaccines for the prevention of cervical cancer in India. *Asia Pac J Clin Oncol* 2024;20(1):55-62.
65. Song Y, Choi W, Shim E. Cost-Effectiveness of Human Papillomavirus Vaccination in the UK: Two Versus Single-Dose of Nonavalent HPV Vaccination. *Am J Prev Med* 2024;67(2):231-40.
66. Prem K, Choi YH, Bénard É, Burger EA, Hadley L, Laprise JF, et al. Global impact and cost-effectiveness of one-dose versus two-dose human papillomavirus vaccination schedules: a comparative modelling analysis. *BMC Med* 2023;21(1):313.

AUTEUR : Nom : **DUPONCHELLE**

Prénom : **Jean-Baptiste**

Date de soutenance : **7 novembre 2024**

Titre de la thèse : **Méthode d'approche des soignants pour la prévention du papillomavirus auprès des adolescents en France.**

Thèse - Médecine - Lille - 2024

Cadre de classement : *Médecine Générale*

DES + FST/option : *Médecine Générale*

Mots-clés : vaccination HPV ; Gardasil 9 ; adolescents ; médecine générale

Introduction : La couverture vaccinale contre le HPV en 2022 dans le monde était de 27% pour une première dose, avec de grandes disparités selon les pays. L'objectif de cette étude était de déterminer les méthodes d'approche des soignants pour la prévention de l'infection à HPV chez les adolescents en France.

Matériel et Méthodes : Etude qualitative, utilisant la technique des entretiens individuels dirigés auprès de 10 médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais. L'analyse des données à l'aide du logiciel Nvivo14® a été hiérarchisée par une analyse thématique afin d'obtenir un arbre de codage.

Résultats : Chaque consultation avec un adolescent est une occasion d'aborder la vaccination contre le papillomavirus. Les parents ont un rôle crucial dans la prise de décision. La défiance vaccinale n'entrave pas la prévention HPV mais bien la méconnaissance et la désinformation au sujet du vaccin. Le caractère recommandé et non obligatoire du vaccin semble être prédominant lors du refus vaccinal. La campagne de vaccination au collège en place depuis la rentrée 2023 a permis à certaines populations d'être informées, de réaliser la vaccination en milieu scolaire ou de revenir vers le médecin traitant.

Conclusion : S'agissant d'un public adolescent, toute occasion doit être saisie pour effectuer la prévention HPV. L'amélioration de la couverture vaccinale ne sera pas efficace sans un travail de réduction des inégalités d'accès aux soins, notamment via une communication multimodale adaptée à chacun. La campagne de vaccination au collège, semble apporter une amélioration substantielle à la couverture vaccinale des adolescents.

Composition du Jury :

Présidente : Madame la Professeure Sophie CATTEAU-JONARD

Asseseurs : Madame le Docteur Sabine BAYEN

Directeurs de thèse : Madame le Docteur Thérèse DUMINIL

Monsieur le Docteur Charles CHARANI