

Université de Limoges
Faculté de Médecine

Année 2017

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'état de docteur en Médecine

présentée et soutenue publiquement

le 10 novembre 2017

par

Sonia DAL COL

née le 29 juillet 1989, à Limoges

**Perceptions et ressentis des jeunes filles concernées par la
vaccination anti-HPV**

Etude qualitative en Haute-Vienne en 2016

Examineurs de la thèse :

M^{me} le Professeur DUMOITIER

M. le Professeur BUCHON Daniel

M^{me} le Professeur ALAIN Sophie

M. le Docteur HANTZ Sébastien

M^{me} le Docteur RUDELLE Karen

Président

Juge

Juge

Juge

Directeur de thèse



Université de Limoges
Faculté de Médecine

Année 2017

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'état de docteur en Médecine

présentée et soutenue publiquement

le 10 novembre 2017

par

Sonia DAL COL

née le 29 juillet 1989, à Limoges

**Perceptions et ressentis des jeunes filles concernées par la
vaccination anti-HPV**

Etude qualitative en Haute-Vienne en 2016

Examineurs de la thèse :

M^{me} le Professeur DUMOITIER

M. le Professeur BUCHON Daniel

M^{me} le Professeur ALAIN Sophie

M. le Docteur HANTZ Sébastien

M^{me} le Docteur RUDELLE Karen

Président

Juge

Juge

Juge

Directeur de thèse



Le 1^{er} septembre 2016

DOYEN DE LA FACULTE : Monsieur le Professeur Denis VALLEIX

ASSESEURS : Monsieur le Professeur Jean-Jacques MOREAU
Monsieur le Professeur Philippe BERTIN
Madame le Professeur Marie-Cécile PLOY

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS :

ABOYANS Victor (CS)	CARDIOLOGIE
ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
ALAIN Sophie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
ARCHAMBEAUD Françoise (CS)	MEDECINE INTERNE
AUBARD Yves (C.S.)	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
AUBRY Karine (C.S.)	O.R.L.
BEDANE Christophe (CS)	DERMATOLOGIE-VENEREOLOGIE
BERTIN Philippe (CS)	THERAPEUTIQUE
BESSEDE Jean-Pierre (SUR du 12-11-2016 au 31-08-2018)	O.R.L.
BORDESSOULE Dominique (SUR du 21-11-2016 au 31-08-2018)	HEMATOLOGIE
CAIRE François	NEUROCHIRURGIE
CHARISSOUX Jean-Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE

CLAVERE Pierre (CS)	RADIOTHERAPIE
CLEMENT Jean-Pierre (CS)	PSYCHIATRIE D'ADULTES
COGNE Michel (CS)	IMMUNOLOGIE
CORNU Elisabeth (C.S.)	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO- VASCULAIRE
COURATIER Philippe (C.S.)	NEUROLOGIE
DANTOINE Thierry (CS)	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT
DARDE Marie-Laure (C.S.)	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
DAVIET Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
DESCAZEAUD Aurélien (C.S.)	UROLOGIE
DES GUETZ Gaëtan	CANCEROLOGIE
DESSPORT Jean-Claude	NUTRITION
DRUET-CABANAC Michel (CS)	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL
DUMAS Jean-Philippe (SUR. 31.08.2018)	UROLOGIE
DURAND-FONTANIER Sylvaine	ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE)
ESSIG Marie (CS)	NEPHROLOGIE
FAUCHAIS Anne-Laure (CS)	MEDECINE INTERNE
FAUCHER Jean-François	MALADIES INFECTIEUSES
FEUILLARD Jean (CS)	HEMATOLOGIE
FOURCADE Laurent (CS)	CHIRURGIE INFANTILE
GAINANT Alain (SUR. 31.08.2017)	CHIRURGIE DIGESTIVE
GUIGONIS Vincent	PEDIATRIE



JACCARD Arnaud (C.S.)	HEMATOLOGIE
JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile	IMMUNOLOGIE
LABROUSSE François (CS)	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
LACROIX Philippe	MEDECINE VASCULAIRE
LAROCHE Marie-Laure	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
LIENHARDT-ROUSSIE Anne (CS)	PEDIATRIE
LOUSTAUD-RATTI Véronique	HEPATOLOGIE
MABIT Christian (C.S. CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE)	ANATOMIE
MAGY Laurent	NEUROLOGIE
MARIN Benoît	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
MARQUET Pierre (CS)	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
MATHONNET Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE
MELLONI Boris (CS)	PNEUMOLOGIE
MOHTY Dania	CARDIOLOGIE
MONTEIL Jacques (CS)	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
MOREAU Jean-Jacques (C.S.)	NEUROCHIRURGIE
MOUNAYER Charbel (C.S.)	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
NATHAN-DENIZOT Nathalie (CS)	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
NUBUKPO Philippe	ADDICTOLOGIE
PARAF François (CS)	MEDECINE LEGALE et DROIT de la SANTE
PLOY Marie-Cécile (CS)	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE



PREUX Pierre-Marie	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
ROBERT Pierre-Yves (C.S.)	OPHTALMOLOGIE
SALLE Jean-Yves (C.S.)	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
SAUTEREAU Denis (CS)	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
STURTZ Franck (CS)	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES
TREVES Richard (SUR. 31.08.2018)	RHUMATOLOGIE
TUBIANA-MATHIEU Nicole (SUR. 31.08.2018)	CANCEROLOGIE
VALLEIX Denis (CS)	ANATOMIE CHIRURGIE GENERALE
VERGNENEGRE Alain (CS) (faisant fonction de C.S. en CANCEROLOGIE)	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE et PREVENTION
VERGNE-SALLE Pascale	THERAPEUTIQUE
VIGNON Philippe	REANIMATION
VINCENT François (CS)	PHYSIOLOGIE
WEINBRECK Pierre (C.S)	MALADIES INFECTIEUSES
YARDIN Catherine (C.S)	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE

PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES à MI-TEMPS DES DISCIPLINES MEDICALES

BRIE Joël	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE et STOMATOLOGIE
------------------	--



MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AJZENBERG Daniel	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
BARRAUD Olivier	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
BOURTHOUMIEU Sylvie	CYTOLOGIE et HISTOLOGIE
BOUTEILLE Bernard	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
CHABLE Hélène	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
DURAND Karine	BIOLOGIE CELLULAIRE
ESCLAIRE Françoise	BIOLOGIE CELLULAIRE
HANTZ Sébastien	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
JESUS Pierre	NUTRITION
LE GUYADER Alexandre	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO- VASCULAIRE
LIA Anne-Sophie	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
MURAT Jean-Benjamin	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
QUELVEN-BERTIN Isabelle	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
RIZZO David	HEMATOLOGIE
TCHALLA Achille	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
TERRO Faraj	BIOLOGIE CELLULAIRE
WOILLARD Jean-Baptiste	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

P.R.A.G

GAUTIER Sylvie	ANGLAIS
-----------------------	---------



PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

BUCHON Daniel

DUMOITIER Nathalie

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS DE MEDECINE GENERALE

MENARD Dominique

PREVOST Martine

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS DE MEDECINE GENERALE

HOUDARD Gaëtan

PAUTOUT-GUILLAUME Marie-Paule

PROFESSEURS EMERITES

ADENIS Jean-Paul du 01.09.2015 au 31.08.2017

ALDIGIER Jean-Claude du 01.09.2016 au 31.08.2018

MERLE Louis du 01.09.2015 au 31.08.2017

MOULIES Dominique du 01.09.2015 au 31.08.2017

VALLAT Jean-Michel du 01.09.2014 au 31.08.2017

VIROT Patrice du 01.09.2016 au 31.08.2018



ASSISTANTS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

CHARISSOUX Aurélie	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
CHARPENTIER Mathieu	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
CHUFFART Etienne	ANATOMIE
COUDERC Sylvain	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
DUCHESNE Mathilde	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
FAYE Pierre-Antoine	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
FREDON Fabien	ANATOMIE
GAUTHIER François	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
KASPAR Claire	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
LARRADET Matthieu	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE
LEGRAS Claire	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
MARQUET Valentine	HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE et CYTOGENETIQUE
OLOMBEL Guillaume	IMMUNOLOGIE

CHEFS DE CLINIQUE - ASSISTANTS DES HOPITAUX

ARDOUIN Elodie	RHUMATOLOGIE
ASSIKAR Safaë	DERMATO-VERNEREOLOGIE
BAUDONNET Romain	OPHTALMOLOGIE
BIANCHI Laurent	GASTROENTEROLOGIE (A compter du 12 novembre 2015)
BIDAUT-GARNIER Mélanie	OPHTALMOLOGIE (A compter du 11 mai 2016)
BLOSSIER Jean-David	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
BOUSQUET Pauline	PEDIATRIE (A compter du 09 janvier 2017)



CASSON-MASSELIN Mathilde	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
CHAMPIGNY Marie-Alexandrine	PEDIATRIE
CHATAINIER Pauline	NEUROLOGIE
CHRISTOU Niki	CHIRURGIE DIGESTIVE
COMPAGNAT Maxence	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
CROSSE Julien	PEDIATRIE
DANTHU Clément	MALADIES INFECTIEUSES
DARNIS Natacha	PEDOPSYCHIATRIE
DELUCHE Elise	CANCEROLOGIE
DIJOUX Pierrick	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
EVENO Claire	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
GARDIC Solène	UROLOGIE
GONZALEZ Céline	REANIMATION
HOUMAÏDA Hassane	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE (A compter du 02 novembre 2015)
KENNEL Céline	HEMATOLOGIE
LACHATRE Denis	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
LAFON Thomas	MEDECINE d'URGENCE
LATHIERE Thomas	OPHTALMOLOGIE
LAVIGNE Benjamin	PSYCHIATRIE d'ADULTES
LE BIVIC Louis	CARDIOLOGIE
LE COUSTUMIER Eve	MEDECINE INTERNE A
LEGROS Emilie	PSYCHIATRIE d'ADULTES
LEPETIT Hugo	GASTROENTEROLOGIE
MARGUERITTE François	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
MARTINS Elie	CARDIOLOGIE



MESNARD Chrystelle	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
PAPON Arnaud	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
PETITALOT Vincent	CARDIOLOGIE
RAMIN Lionel	ORL
ROUSSELLET Olivier	NEUROLOGIE
SAINT PAUL Aude	PNEUMOLOGIE
SALLE Henri	NEUROCHIRURGIE
SCOMPARIN Aurélie	O.R.L. (SURNOMBRE du 01-11-2016 au 20-02 2017 inclus)
TAÏBI Abdelkader	ANATOMIE
USSEGLIO-GROSSO Julie	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE et STOMATOLOGIE
VAYSSE VIC Mathieu	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
VITAL Pauline	MEDECINE INTERNE B

CHEF DE CLINIQUE – MEDECINE GENERALE

RUDELLE Karen

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

BALLOUHEY Quentin	CHIRURGIE INFANTILE (du 1 ^{er} mai 2015 au 30 avril 2019)
CROS Jérôme	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION (du 1 ^{er} mai 2014 au 31 octobre 2018)
LERAT Justine	O.R.L. (du 1 ^{er} mai 2016 au 31 octobre 2020)
MATHIEU Pierre-Alain	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE (du 1 ^{er} mai 2016 au 31 octobre 2020)



Rien n'est jamais perdu tant qu'il reste quelque chose à trouver
Pierre Dac



Remerciements

A Madame le Professeur Nathalie DUMOITIER

Professeur des Universités de Médecine Générale,
Médecin Généraliste à Limoges.

Vous me faites l'honneur de présider ce jury et je vous en remercie. Merci d'avoir accepté de codiriger cette thèse. Merci pour votre disponibilité, votre aide précieuse et pour tous les conseils que vous m'avez prodigués. Veuillez trouver dans ce travail l'expression de ma reconnaissance et de ma profonde considération. Merci pour votre pédagogie tout au long du DES de Médecine Générale.

A Monsieur le Professeur Daniel BUCHON

Professeur des Universités de Médecine Générale,
Médecin Généraliste à Bugeat.

Vous avez accepté de juger ce travail et je vous en remercie. Merci pour l'enseignement que vous m'avez apporté au cours du DES de Médecine Générale. Veuillez trouver ici le témoignage de ma gratitude et de mon profond respect.

A Madame le Professeur Sophie ALAIN

Professeur des Universités de Bactériologie-Virologie,
Médecin des Hôpitaux.

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Je vous remercie de l'intérêt que vous avez porté au sujet. Soyez assurée de l'expression de ma profonde gratitude.

A Monsieur le Docteur Sébastien HANTZ

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier de Bactériologie-Virologie,
Médecin des Hôpitaux.

Vous avez accepté avec gentillesse de bien vouloir siéger dans ce jury. Vous avez mes remerciements les plus sincères.



A Madame le Docteur Karen RUDELLE

Chef de Clinique de Médecine Générale,
Médecin Généraliste à Saint-Yrieix la Perche,
Directrice de thèse.

Je te suis extrêmement reconnaissante de m'avoir accompagnée tout au long de ce travail. Merci d'avoir accepté de diriger mes recherches. Merci pour ta disponibilité et ton implication au cours de ces deux dernières années. Tu as toujours été là si j'avais besoin et je te remercie sincèrement.

A toutes les personnes qui ont rendu ce travail possible

Merci au Docteur Isabelle DOLADILLE, Médecin de l'Inspection académique et à Monsieur Laurent LE MERCIER, Inspecteur d'Académie.

Merci au comité d'éthique du CHU de Limoges, et particulièrement au Docteur Gérard TERRIER, pour m'avoir permis de présenter mon sujet et pour avoir autorisé mon travail de thèse.

Merci aux chefs d'établissement qui ont accepté la réalisation de cette étude au sein de leurs collègues :

Merci à Madame Catherine DARDANNE, Principale du collège Jean-Baptiste Camille Corot à Aix-sur-Vienne.

Merci à Monsieur Philippe CANCE, Principal du collège Pierre Desproges à Châlus.

Merci à Monsieur Patrice ARNAUD, Principal du collège Jean Monnet à Châteauneuf-la-Forêt.

Merci à Monsieur Hervé GAUDILLERE, Principal du collège Guy de Maupassant à Limoges.

Merci à Monsieur Jean-Philippe LAROUDIE, Principal du collège Fernand Lagrange à Pierre-Buffière.

Merci à Monsieur Olivier GUIMBAUD, Principal du collège Bernard Palissy à Saint-Léonard de Noblat.

Merci à Madame Claire CANOZ, Provisseuse et Monsieur Lionel LAMBERT, Principal du collège Jean-Baptiste Darnet à Saint-Yrieix la Perche.



Merci aux infirmières scolaires qui ont participé au projet, pour leur aide et leur disponibilité :

Merci à Madame Valérie JACOBEE, infirmière scolaire à Aix-sur-Vienne.

Merci à Madame Laurence NICOL, infirmière scolaire à Châlus.

Merci à Madame Sarah BECQUET, infirmière scolaire à Limoges.

Merci à Madame Angelina BOYER, infirmière scolaire à Pierre-Bufferre.

Merci à tous les parents qui ont répondu à la demande d'autorisation parentale, à toutes les jeunes filles qui ont bien voulu participer à cette étude et aux 34 jeunes filles que j'ai rencontrées lors des entretiens et avec qui j'ai beaucoup apprécié discuter.

A toutes les personnes rencontrées durant mes études

Merci aux équipes paramédicales et médicales de Médecine Interne B, d'Ophtalmologie, de Cardiologie, de Rhumatologie, de Chirurgie digestive, de Neurologie, de Gynécologie, de SSR, de l'URCC, de Pédiatrie Onco-hématologique, et enfin de Médecine Interne A pour votre accueil et votre pédagogie lors de mon apprentissage d'externe.

Merci à toute l'équipe des Urgences d'USSEL, et tout particulièrement au chef de service, le Docteur Daniel ROUBY, pour son professionnalisme et sa pédagogie. Je n'oublierai jamais ce service d'urgences.

Merci à toute l'équipe du centre hospitalier Jacques BOUTARD, à Saint-Yrieix la Perche et notamment aux équipes des services de Médecine Gériatrique et de Médecine Polyvalente.

Merci à mes maîtres de stage en libéral, pour la formation que vous m'avez donnée. Vous m'avez confortée dans mon idée de faire de la Médecine Générale et je vous en remercie.

Merci à mon père, le Docteur Michel DAL COL, mon premier maître de stage.

Merci au Docteur Martine LABACH à Arnac-Pompadour, au Docteur Anne-Marie CHAPUT à Limoges, au Docteur Jean-Claude ETILE à Royère-de-Vassivière, au Docteur Delphine LARROQUE à Guéret, au Docteur Michèle LAJOIX à Limoges, au Docteur Martine PREVOST à Limoges et au Docteur Didier BOUILHAC à Seilhac.



Merci à ma tutrice, le Docteur Martine LABACH, pour les nombreux rendez-vous de travail autour du portfolio dans le cadre du DES de Médecine Générale.

Merci tout particulièrement au Docteur Michèle LAJOIX, avec qui j'ai travaillé à la PMI pendant 6 mois. Vous m'avez appris beaucoup de choses et j'ai adoré les moments passés avec vous auprès des enfants. Merci également à Stéphanie RANOUIL, puéricultrice, pour sa gentillesse et son dévouement envers les enfants.

A ma famille

A mon Thomas. Tu me combles de bonheur à chaque instant de notre vie à deux. Je vis un rêve éveillé depuis que je t'ai rencontré. Le bonheur pour moi, c'est d'être avec toi, enlacée dans tes bras. Je t'aime.

A mes parents. Si je suis ici aujourd'hui, c'est grâce à vous. Ce travail représente l'aboutissement de mes études et votre contribution y est immense. Merci pour votre amour inconditionnel, votre présence et votre soutien de toujours.

Merci Papa, tu m'as transmis l'amour de la Médecine depuis ma plus tendre enfance. Tu m'as fait partager ta passion et m'as appris tant de choses. Tu es le meilleur médecin généraliste à mes yeux, et je suis très fière de toi. Je n'aurais pu rêver meilleur père que toi.

Merci Maman, tu as inculqué en moi le goût des études. Tu as passé des heures à rester à mes côtés alors que je devais travailler. Tu es une mère exemplaire. Ta tendresse, ta bienveillance et ton attention de tous les instants ont fait de moi la jeune femme que je suis devenue aujourd'hui.

A ma petite sœur. Tu sais que le jour où tu es née, je commençais tout juste à imaginer le bonheur que c'était d'avoir une petite sœur comme toi. Nous avons tout partagé pendant de nombreuses années et j'en suis si heureuse. Tu es devenue une magnifique jeune femme, épanouie, et douée dans tout ce que tu entreprends. Ton métier de sage-femme te va à merveille et l'amour te rend encore plus belle depuis quelques temps. Tes yeux pétillent et s'illuminent quand tu regardes Clément...je suis tellement contente de voir l'amour qui vous unit. Si tu savais comme je t'aime et je suis fière de toi !!!

Clément, je compte sur toi pour prendre soin de ma petite sœur. Sache que je t'apprécie énormément.

A mon grand frère. Tu as été un exemple pour moi pendant tant d'années. J'ai tracé ma route en suivant tes pas et le chemin que tu m'as montré. Je t'admire, tu as tout réussi et j'en suis très fière. Je vous aime énormément, Alyona et toi. Je vous souhaite tout le bonheur du monde.



A mes grands-parents maternels. Merci pour votre amour et votre tendresse. Merci pour tous les bons moments passés auprès de vous et notamment les vacances à Chamiers, quand nous ne voulions plus repartir ! Papi, ta puce a fini ses études...je te remercie, tu as toujours cru en moi ! Mamie, même si tu ne peux pas être physiquement présente aujourd'hui, je sais que tu penses à moi.

A mes grands-parents paternels. Je sais que de là où vous êtes, vous avez toujours veillé sur moi. Papi, je suis certaine que tu savais que je deviendrai médecin...

A ma marraine et mes cousins Loïc et Leny. Nous avons passé de si bons moments tous ensemble quand j'étais plus jeune. Merci d'être là aujourd'hui, votre présence représente beaucoup à mes yeux.

A Marie, ma cousine. Au moment où je rédige ces remerciements, je ne sais pas encore si tu pourras être là le jour de la soutenance. En tout cas, félicitations pour l'obtention du concours l'année dernière, je suis sûre que tu feras un excellent médecin !

A Béatrice, Éric, Noé, Roméo, Magali et Anaëlle et aux vacances mémorables passées avec vous à Royan. Il me tarde de vous revoir !

A Pierre et Françoise, mes futurs beaux-parents. Vous m'avez accueillie dans votre famille avec beaucoup d'affection et de générosité et je vous en remercie. Je tiens beaucoup à vous.

A Marie, ma future belle-sœur. Sache que je t'apprécie énormément. Merci de me faire l'honneur d'être mon témoin l'année prochaine.

A Jean-Noël et Jeannette. Vous êtes d'une très grande gentillesse et j'ai beaucoup d'affection pour vous. Je regrette que vous ne puissiez être là aujourd'hui. Merci pour votre aide au cours de l'année 2017.

A Madame Dauvergne. Nous avons fait connaissance alors que je n'avais que 8 mois. Vous avez toujours été là en cas de besoin. Vous faites partie de la famille. C'est dommage que vous n'ayez pas pu être présente ce soir, mais je compte sur vous et Monsieur Dauvergne l'année prochaine.



A mes amis de fac

A mes deux complices de toujours sur les bancs de la fac, Aurore et Zora. On en a fait du chemin les filles depuis la deuxième année !!! Toujours présentes en cours...ou presque ! Je suis vraiment contente d'avoir partagé toutes ces années à vos côtés.

Aurore, c'était trop chouette de pouvoir travailler ensemble pendant l'internat (ah les urgences d'Ussel...la médecine à Saint-Yrieix)...quels souvenirs ! Nous nous sommes toujours entraînées en cas de besoin et je t'en remercie. Ton amitié compte beaucoup pour moi. J'espère sincèrement que vous resterez dans la région avec Cédric. Je vous embrasse affectueusement tous les deux et vous souhaite pleins de bonnes choses pour la vie future.

Ma chère Zora...nous nous connaissons depuis le lycée mais nous ne sommes devenues amies qu'à la fac...mieux vaut tard que jamais ! Ton amitié m'est précieuse. Je suis heureuse de savoir que tu t'épanouis en Néphrologie. Nous nous sommes de ce fait moins côtoyées pendant l'internat mais nous avons toujours su trouver des moments pour nous réunir avec Aurore. J'espère de tout cœur que ça va continuer comme ça ! Je te souhaite le meilleur aussi bien au niveau personnel que professionnel.

A Guillaume et Aurélie. Des kilomètres vont bientôt nous séparer mais j'espère que cela n'altérera en rien notre amitié. Merci pour les moments de complicité partagés pendant l'externat, nous avons bien rigolé. Merci pour les soirées « danse », où vous étiez souvent les premiers sur la piste ! Cupidon Alabama...tu sais que je te remercierai tous les jours de ma vie...

A Anaïs, Médéric et Lily. J'adore les moments passés ensemble autour d'un simple apéro, d'un repas, ou lors d'une séance de sport...J'espère que ce n'est que le début d'une très longue amitié. Je vous embrasse tous les trois très affectueusement.

A Tatiana. Merci pour ton amitié. La distance ne nous a pas empêchées de rester en contact et j'en suis très heureuse. Merci pour ces après-midis où nous bossions l'ECN en 6^{ème} année, autour d'un thé. J'ai l'impression que c'est déjà très loin mais je m'en souviens comme si c'était hier...je te souhaite de t'épanouir dans la spécialité que tu as choisie, la psychiatrie et je te souhaite les plus belles choses sur le plan personnel !

Merci à Lucie et Daniella. Nous nous sommes rencontrées au fil des études et je vous apprécie beaucoup.



A mes amies

Anne, tu es pour moi un excellent médecin et ils ont de la chance de t'avoir à Saint-Yrieix. Tu m'as appris beaucoup de choses lorsque j'ai eu le privilège de travailler avec toi et je t'en remercie. Sache que je t'admire et que je suis ravie de t'avoir comme amie.

Emilie, j'ai été ravie de te rencontrer et de t'avoir pour co-interne. Il y a eu quelques moments difficiles durant notre stage mais nous nous sommes toujours soutenues. Tu es quelqu'un d'adorable, et je te souhaite à toi et Philippe, tout le bonheur que vous méritez.

Margaux, je garde de très bons souvenirs du stage avec toi à Saint-Yrieix...qu'est-ce qu'on a rigolé lors du bizutage de fin de stage ! J'ai toujours les photos !!! Bonne continuation à Fred et toi, quel que soit votre lieu d'atterrissage ;)

A mes amis américains

A Antoine et Martine. Votre bonne humeur et votre joie de vivre font plaisir à voir. Vous êtes toujours à fond, les premiers à rigoler et à faire la fête quand on se voit et j'adore ça !

A Pascal et Sylvie. Depuis que nous nous sommes rencontrés, quelque part sur la côte Ouest américaine, nous sommes restés en contact. D'abord, en Corse, j'ai eu la chance de partir avec vous et Matthieu...et j'ai passé de super vacances. Ensuite, nous nous sommes revus pour les anniversaires, en vacances...et aujourd'hui, vous êtes là pour ma soutenance de thèse. Je vous remercie de tout cœur pour votre présence qui me touche énormément.

A mes relecteurs

Merci Papa, Maman, Papi et Pierre. Les quelques fautes d'orthographe n'avaient qu'à bien se tenir !

Merci Papa, Merci Maman pour les formules déstressantes : « Ne t'inquiète pas, ce n'est qu'une formalité...mais ça apporte un certain bonus. »



Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Abréviations

ADN : Acide désoxyribonucléique

AMM : Autorisation de mise sur le marché

ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

CDAG : Centre de dépistage anonyme et gratuit

CEGIDD : Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic

CIN : Cervical intra-epithelial neoplasia

CMU-C : Couverture maladie universelle complémentaire

CNAMTS : Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés

DPC : Développement professionnel continu

FCU : Frottis cervico-utérin

HAS : Haute autorité de santé

HCSP : Haut conseil de santé publique

HPV : Human papillomavirus

HSH : Homosexuels masculins

INSEE : Institut National de la statistique et des études économiques

IST : Infections sexuellement transmissibles

MST : Maladies sexuellement transmissibles

OMS : Organisation mondiale de la santé

ORL : Oto-rhino-laryngologie

ROSP : Rémunération sur objectifs de santé publique

SEP : Sclérose en plaque

SVT : Science de la vie et de la terre



Table des matières

Introduction	27
I. Les papillomavirus humains	28
I.1. Le virus et sa physiopathologie	28
I.2. Le dépistage	29
I.3. Prévention par la vaccination	30
I.3.1. Schéma vaccinal féminin	31
I.3.2. Schéma vaccinal masculin	33
I.3.3. Effets indésirables	33
I.3.4. Contre-indications.....	34
I.3.5. Gardasil 9® = commercialisation prévue en 2017.....	34
I.4. Etat des lieux sur la vaccination en France et à l'étranger.....	35
I.4.1. Réticences à la vaccination	35
I.4.2. Grande concertation nationale française	36
I.4.3. Etudes et constatations	38
I.4.3.1 Données d'efficacité.....	38
I.4.3.2 Données de tolérance	39
II. Matériel et méthode.....	41
II.1. Objectifs.....	41
II.2. Bibliographie	41
II.3. Choix de la méthode	41
II.3.1. Méthode qualitative	42
II.3.2. Entretiens individuels semi-dirigés.....	42
II.4. Recueils de données	43
II.4.1. Le guide d'entretien	43
II.4.2. Population étudiée et recrutement.....	43
II.4.3. Fiche de recueil des données sociodémographiques	46
II.4.4. Le déroulement de l'entretien individuel.....	46
II.5. Analyse du contenu	47
II.5.1. La retranscription.....	47
II.5.2. Le codage (Logiciel N'Vivo)	47
III. Résultats	49
III.1. Résultats descriptifs des fiches de recueil sociodémographique	49
III.1.1. Age.....	49
III.1.2. Fratrie.....	50
III.1.3. Profession des parents.....	50
III.1.4. Lieu d'habitation	51
III.1.5. Suivi médical	51
III.1.6. Vaccinations	51
III.2. Résultats qualitatifs du codage axial	51
III.2.1. Discussion en rapport avec la sexualité.....	52
III.2.2. Connaissances de maladies sexuelles et/ou gynécologiques.....	53
III.2.3. Ressenti vis-à-vis des maladies.....	54
III.2.4. Moyens de protection	56
III.2.5. Fausses croyances.....	57
III.2.6. Sources d'information quant à la vaccination.....	58



III.2.7. Connaissances liées à la vaccination anti-HPV	60
III.2.8. Connaissance du statut vaccinal	62
III.2.9. Ressenti positif vis-à-vis du vaccin	63
III.2.10. Freins à la vaccination	64
III.2.11. Ressources quant à la vaccination anti-HPV	65
IV. Discussion	67
IV.1. Résultats qualitatifs du codage matriciel	67
IV.1.1. Discussion en rapport avec la sexualité	67
IV.1.2. Connaissances de maladies sexuelles et/ou gynécologiques	68
IV.1.3. Ressenti vis-à-vis des maladies	68
IV.1.4. Moyens de protection	69
IV.1.5. Fausses croyances	69
IV.1.6. Sources d'information quant à la vaccination	70
IV.1.7. Connaissances liées à la vaccination anti-HPV	70
IV.1.8. Connaissance du statut vaccinal	71
IV.1.9. Ressenti positif vis-à-vis du vaccin	71
IV.1.10. Freins à la vaccination	72
IV.1.11. Ressources quant à la vaccination anti-HPV	72
IV.2. Discussion de la méthode	73
IV.2.1. Forces de l'étude	73
IV.2.2. Limites et biais de l'étude	74
IV.3. Discussion des résultats	75
IV.3.1. Manque de connaissances chez la jeune fille	75
IV.3.2. Rôle essentiel du médecin traitant	77
IV.3.3. Rôle des parents	78
IV.3.4. Comment améliorer la couverture vaccinale chez les jeunes filles ?	80
Conclusion	82
Références bibliographiques	83
Annexes	88
Serment d'Hippocrate	100



Table des illustrations

Figure 1 : Evolution des cancers invasifs dans le temps.....	29
Figure 2 : Calendrier vaccinal 2017	30
Figure 3 : Carte des collèges choisis en Haute-Vienne.....	44



Table des tableaux

Tableau 1 : Analyse du nombre de réponses positives et négatives suite au retour des autorisations parentales	49
Tableau 2 : Profession des parents	50



Introduction

Le cancer en France représente la première cause de mortalité [1]. Le cancer du col de l'utérus était, en 2012, le 11^e cancer chez la femme en France métropolitaine avec 3 028 cas estimés, et le 10^e le plus meurtrier avec 1 102 décès estimés [2], [3].

En 2015, le nombre de nouveaux cas a été estimé à 2797 et il y a eu 1092 décès [4]. C'est le premier cancer à être reconnu par l'Organisation mondiale de la santé comme étant attribuable, dans près de 100 % des cas, à une infection virale par un ou plusieurs papillomavirus humains (HPV) [5]. La prévention du cancer du col de l'utérus repose sur la vaccination (prévention primaire) et le dépistage (prévention secondaire). Le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus, par frottis cervico-utérin (ou à l'avenir par recherche du virus HPV), est inscrit dans le Plan cancer 2014-2019 [5].

L'objectif du Plan cancer 2014-2019 est de réduire l'incidence et le nombre de décès par cancer du col de l'utérus de 30% à 10 ans [4].

En France, la couverture vaccinale, en prévention primaire, reste très insuffisante, notamment par rapport à des pays comme l'Australie ou le Royaume-Uni. Il s'agit d'un véritable problème de santé publique, qui concerne une population féminine jeune et d'âges spécifiques, en lien avec le calendrier vaccinal [6].

Le but de cette étude qualitative est d'évaluer, chez les jeunes filles concernées, leurs perceptions vis-à-vis de la vaccination contre le cancer du col de l'utérus, afin d'engager la discussion et de trouver des moyens de promouvoir cette vaccination.

I. Les papillomavirus humains

I.1. Le virus et sa physiopathologie

Le papillomavirus est un virus à ADN qui infecte les kératinocytes de la peau et des muqueuses. Il existe plus de 150 types de papillomavirus, dont environ 40 peuvent infecter les organes génitaux des hommes et des femmes. Leur prévalence diffère selon les localisations anatomiques et les régions du monde. Une quinzaine d'HPV (dits « à haut risque oncogène ») est associée à des cancers [6], [7], [8].

Les principaux cancers liés à des infections persistantes d'HPV oncogènes sont le cancer du col de l'utérus mais également celui du vagin, de la vulve, du canal anal et certains cancers de la sphère ORL [8]. En France comme dans beaucoup d'autres pays, les génotypes HPV 16 et 18 sont les HPV oncogènes les plus fréquemment impliqués dans le cancer du col de l'utérus (environ 70%). Les HPV 6 et 11 sont responsables de la grande majorité des condylomes ou verrues génitales [2], [9].

L'infection est fréquente : on estime que plus de 70% des hommes et femmes sexuellement actifs rencontreront un papillomavirus au moins une fois dans leur vie. Il s'agit souvent d'une infection par plusieurs types d'HPV à la fois. Ils peuvent être transmis lors de rapports sexuels oraux, vaginaux, anaux. La plupart des infections à HPV ne donnent aucune lésion [2], [10].

Dans 90 % des cas, l'infection est asymptomatique, transitoire et s'élimine naturellement grâce à un système immunitaire compétent en une à deux années après la contamination sexuelle. Elle peut engendrer des lésions bénignes, comme les condylomes ou des lésions type de bas grade qui régressent spontanément le plus souvent [10], [11].

Dans un faible pourcentage de cas (environ 10%) impliquant les HPV à haut risque, l'infection persiste et est à l'origine de lésions précancéreuses. Ces lésions précancéreuses peuvent également régresser spontanément mais aussi évoluer en plusieurs décennies vers le cancer invasif. Le lien de causalité entre cancers/lésions précancéreuses du col de l'utérus et certains génotypes de papillomavirus à haut risque oncogène est établi [2], [7], [11].

Les méthodes de prévention habituellement efficaces pour les IST, comme le préservatif, ne protègent que partiellement contre l'infection par les HPV selon des études conduites dans des populations spécifiques [2], [10], [12].



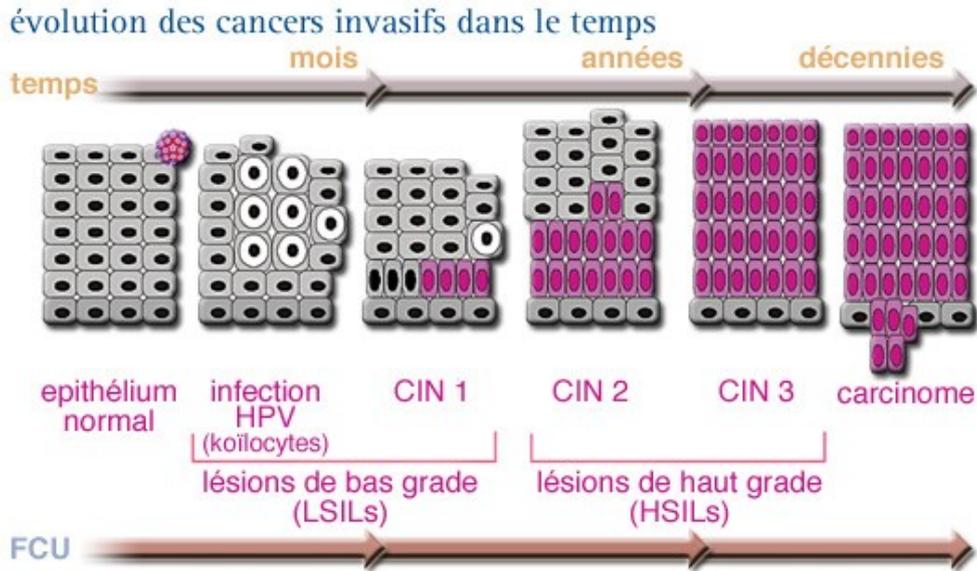


Figure 1 : Evolution des cancers invasifs dans le temps

Les facteurs de risque d'infection par l'HPV sont : l'âge précoce des premiers rapports, le nombre important de partenaires sexuels, la multiparité et les autres infections sexuellement transmissibles [13].

Le tabagisme et l'immunodépression acquise sont des facteurs favorisant la persistance de cette infection [14].

I.2. Le dépistage

Le dépistage du cancer du col utérin repose sur un test cytologique, le frottis cervico-utérin (FCU) [15]. Il est recommandé chez les femmes âgées de 25 à 65 ans, qu'elles soient ou non vaccinées, selon un rythme triennal, après deux frottis négatifs à un an d'intervalle. Tout frottis anormal doit être suivi d'investigations diagnostiques en fonction du résultat de la cytologie [2], [12].

Le Plan cancer 2014-2019 a prévu une généralisation de ce dépistage organisé à tout le territoire français qui devrait être mise en œuvre à partir de 2017. Il s'agira d'inviter les femmes qui ne le font pas spontanément, à faire pratiquer un frottis cervico-utérin (FCU) tous les trois ans [4], [6].

I.3. Prévention par la vaccination

Le premier vaccin, Gardasil®, a été mis sur le marché en 2006. C'est un vaccin quadrivalent qui protège contre les HPV de génotypes 16 et 18, potentiellement cancérogènes. Il protège également contre les HPV de type 6 et 11, non cancérogènes mais à l'origine du développement de lésions bénignes de type condylomes [16], [17].

Le second Cervarix®, mis sur le marché en 2007, est bivalent et protège contre les HPV de génotypes 16 et 18 [6]. Il ne contient que deux génotypes mais a une plus grande capacité que Gardasil® à induire une protection croisée vis-à-vis des HPV oncogènes autres que les HPV 16 et 18, du fait d'un adjuvant vaccinal spécifique [16], [18].

Cependant, aucune étude clinique n'a comparé Gardasil® et Cervarix® dans la prévention des lésions précancéreuses [16], [19].

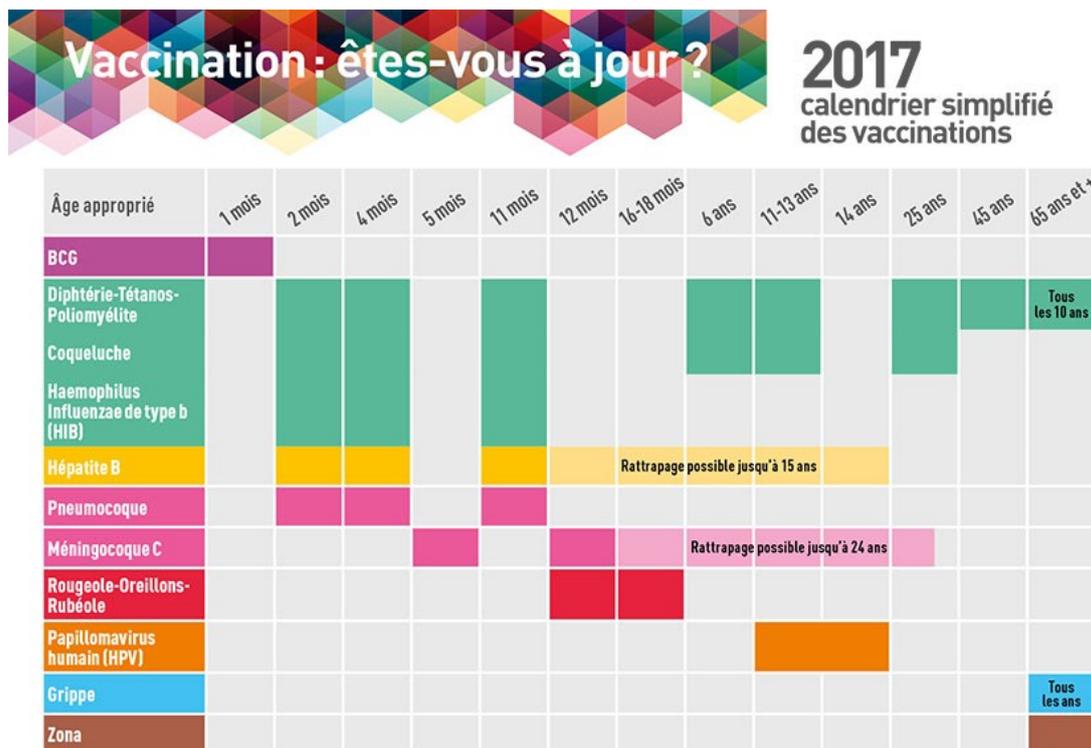


Figure 2 : Calendrier vaccinal 2017



En France, la dose de vaccin HPV est au prix d'environ 110-120 euros avec un remboursement à 65% par la sécurité sociale. Pour les personnes qui bénéficient de la CMUc, la prise en charge est à 100%, sans avance de frais [20].

Jusqu'en 2017, ces deux vaccins étaient les seuls disponibles. Un troisième doit être commercialisé au cours de l'année.

I.3.1. Schéma vaccinal féminin

La vaccination des adolescentes et jeunes femmes contre les infections par les papillomavirus humains a été recommandée par le Haut conseil de la santé publique (HCSP) en mars 2007 en prévention du cancer du col de l'utérus [21].

La vaccination contre le cancer du col de l'utérus, de la vulve et du vagin est recommandée chez les jeunes filles de 11 à 14 ans. Un rattrapage est proposé aux femmes âgées de 15 à 19 ans [6], [21].

Dans le cas du Gardasil®, en mars 2014, le HCSP recommande que [22] :

- les jeunes filles âgées de 11 à 13 ans révolus à la première dose, soient vaccinées selon un schéma à deux doses espacées de six mois ;
- pour les jeunes filles âgées de 14 à 19 ans révolus, le schéma à trois doses soit maintenu (0,2 et 6 mois) ;
- pour les jeunes filles âgées de 11 à 13 ans révolus à la première dose, si la deuxième dose de vaccin est administrée moins de six mois après la première dose, une troisième dose devra toujours être administrée.



Pour les filles de 14 à 19 ans, la deuxième dose doit être administrée au moins un mois après la première dose, et la troisième dose doit être administrée au moins trois mois après la deuxième dose. Les trois doses doivent être administrées en moins d'un an.

Si un retard est intervenu dans le schéma vaccinal indiqué, il n'est pas nécessaire de le recommencer, il suffit de le compléter en administrant les doses manquantes.

Les jeunes filles doivent recevoir toutes leurs doses avec le même vaccin.

Dans le cas du Cervarix®, en février 2014, le HCSP recommande que [23] :

- les jeunes filles âgées de 11 à 14 ans révolus, pour lesquelles le vaccin Cervarix® a été choisi pour la vaccination HPV, soient vaccinées selon un schéma à deux doses espacées de six mois ;
- pour les jeunes filles âgées de 15 à 19 ans révolus le schéma à trois doses soit maintenu ;
- pour les jeunes filles âgées de 11 à 14 ans révolus, ayant déjà initié leur vaccination avec le vaccin Cervarix® et ayant reçu deux doses dans un délai inférieur à cinq mois, une troisième dose de vaccin Cervarix® soit administrée cinq mois après la deuxième dose. Si les deux premières doses ont été administrées avec un délai supérieur ou égal à cinq mois, ces jeunes filles sont considérées comme complètement vaccinées.

Les données scientifiques montrent que la réponse immunitaire est meilleure lorsque le vaccin est administré avant 14 ans plutôt qu'après. C'est la raison pour laquelle l'âge a été abaissé dans le calendrier vaccinal 2013. Il est par ailleurs nécessaire de vacciner les jeunes filles avant qu'elles ne soient infectées [6].

La co-administration est dans ce contexte possible avec le rappel vaccinal diphtérie-tétanos-poliomyélite-coqueluche [24].



I.3.2. Schéma vaccinal masculin

Depuis février 2016, le HCSP a élargi les recommandations vaccinales : la protection des hommes homosexuels (HSH) apparaît justifiée. En effet, ils sont exposés à un risque plus important de cancer anal et ne bénéficient pas de la protection indirecte de la vaccination des filles [25].

Le bénéfice de cette vaccination est d'autant plus important que le début de l'activité sexuelle est récent et que le nombre de partenaires est faible.

Par contre, il existe une difficulté à atteindre ces personnes avant qu'elles ne soient infectées [26].

Le HCSP recommande qu'un accès au vaccin soit mis en place dans les centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CEGIDD) ainsi que dans les centres publics de vaccination. Cette possibilité d'accès doit par conséquent être relayée par des campagnes d'information adaptées. [25]

Par ailleurs, la vaccination anti-HPV est recommandée aux personnes immunodéprimées des deux sexes [27].

I.3.3. Effets indésirables

Les effets secondaires les plus fréquemment observés sont [6], [28], [29] :

- des réactions locales au point d'injection : rougeur, prurit, douleur ;
- parfois de la fièvre, des douleurs aux extrémités, des nausées ;
- plus rarement des malaises bénins.

Les effets indésirables sont en général d'intensité légère à modérée. La prévalence des manifestations dysimmunitaires reste inférieure à celle de la population non vaccinée.



I.3.4. Contre-indications

L'administration du vaccin doit être différée chez les personnes souffrant d'une maladie fébrile aiguë sévère. S'il existe une hypersensibilité aux substances actives ou à l'un des excipients du vaccin ou si le sujet a présenté des symptômes indiquant une hypersensibilité après l'administration d'une dose de vaccin, il ne doit pas recevoir d'autres doses [30].

I.3.5. Gardasil 9® = commercialisation prévue en 2017

Le vaccin Gardasil 9® contient cinq génotypes d'HPV à haut risque (31, 33, 45, 52, 58), additionnels par rapport au vaccin quadrivalent Gardasil®. Il couvre donc un spectre plus large d'HPV oncogènes que les précédents vaccins [31], [32].

Il est indiqué pour l'immunisation active des personnes à partir de l'âge de 9 ans contre les maladies liées aux papillomavirus humains.

Ce vaccin a obtenu le 10 juin 2015 l'autorisation européenne de mise sur le marché chez les filles et les garçons selon un schéma à 3 doses à partir de l'âge de 9 ans, puis le 4 avril 2016, selon un schéma à 2 doses chez ceux âgés de 9 à 14 ans.

L'efficacité du Gardasil 9® a été évaluée par des études cliniques comparant les résultats observés en prévention des infections et maladies dues aux HPV 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58 à ceux obtenus chez des populations vaccinées avec Gardasil® [33].

Gardasil 9® a montré une immunogénicité non inférieure à celle de Gardasil® pour les HPV de type 6, 11, 16 et 18 et a montré une efficacité dans l'ensemble des lésions précancéreuses et cancers du col de l'utérus, de la vulve, du vagin et de l'anus, et des verrues génitales [33].



Le HCSP recommande Gardasil 9® dans les situations suivantes depuis Février 2017 [33]:

- chez les jeunes filles non vaccinées antérieurement, que la vaccination soit initiée par Gardasil 9® selon le schéma à 2 doses chez celles âgées de 11 à 14 ans révolus ; à 3 doses chez celles âgées de 15 à 19 ans révolus ;
- chez les homosexuels masculins (HSH), que la vaccination soit initiée par Gardasil 9® jusqu'à l'âge de 26 ans (3 doses) ;
- chez les personnes immunodéprimées, que la vaccination soit initiée par Gardasil 9®.

I.4. Etat des lieux sur la vaccination en France et à l'étranger

Trois pays (Australie, Portugal, Royaume-Uni) ont atteint un taux de couverture vaccinale d'environ 80% après mise en place de la vaccination dans les structures de soins publiques ou en milieu scolaire. Le Danemark a dépassé un taux de 80% [6].

En France, depuis sa recommandation en 2007, la vaccination des jeunes filles par le vaccin HPV est très insuffisamment mise en œuvre. Au 31 décembre 2015, moins de 15 % de jeunes filles (échantillon généraliste des bénéficiaires) avaient reçu le schéma complet de vaccination à l'âge de 16 ans, cette proportion étant en baisse constante depuis 2011. Les couvertures HPV en France sont parmi les plus basses des pays de l'Union européenne [20].

Dans notre pays, il n'y a pas de recommandation vaccinale pour les jeunes garçons.

L'utilisation du vaccin anti-HPV pour vacciner les jeunes garçons est recommandée notamment dans quatre pays : les Etats-Unis, l'Australie, le Canada et l'Autriche [34]. L'Autriche est le seul pays d'Europe à recommander le vaccin chez le garçon depuis 2008 [25].

I.4.1. Réticences à la vaccination

L'opposition à la vaccination a toujours existé, mais concerne une minorité d'individus. Depuis un certain nombre d'années, pourtant, on peut observer une réticence grandissante liée à la crainte d'effets secondaires et à une remise en question de l'utilité de certains vaccins. En France, ce phénomène est particulièrement visible depuis la campagne de vaccination contre l'hépatite B [35], [36].



La réticence à la vaccination est un problème mondial à la fois complexe et d'évolution rapide qui nécessite une surveillance continue.

L'OMS définit ainsi la réticence à la vaccination : « Par hésitation à l'égard des vaccins, on entend le retard dans l'acceptation ou le refus des vaccins malgré la disponibilité de services de vaccination. C'est un phénomène complexe, spécifique au contexte et variant selon le moment, le lieu et les vaccins. Il inclut certains facteurs comme la sous-estimation du danger, la commodité et la confiance» [37].

Plusieurs facteurs sont à prendre en compte pour expliquer ces réticences : un profond manque de connaissance, et parallèlement, un profond manque d'information. En effet, les patients ont essentiellement accès à des informations soit erronées soit à caractère polémique ; les données scientifiques sont difficilement accessibles au grand public, soit du fait d'une mauvaise lisibilité, soit du fait d'un caractère beaucoup trop institutionnel [38].

Un débat s'est notamment installé depuis quelques années : les adjuvants vaccinaux sont devenus une préoccupation pour le public et les médias, notamment depuis la campagne de vaccination contre la grippe H1N1 en 2009. Les plus utilisés sont les sels d'aluminium et ils sont indispensables à l'efficacité de très nombreux vaccins, mais le rôle éventuel que jouerait l'aluminium dans le développement de troubles neurologiques dégénératifs ou de maladies auto-immunes est à la source d'interrogations [39].

L'académie de médecine, au terme de son rapport en 2012, conclut que les adjuvants sont nécessaires pour stimuler l'activité innée et qu'en aucun cas les taux d'aluminium utilisés dans les vaccins ne sont supérieurs aux taux constatés dans l'alimentation. Il s'agit d'un produit neurotoxique lors d'une forte ingestion et en cas de consommation chronique à des dosages élevés [9], [40].

I.4.2. Grande concertation nationale française

Le 12 janvier 2016, Marisol TOURAINE, ministre des Affaires sociales et de la Santé, a présenté un plan d'action pour la rénovation de la politique vaccinale. Un des quatre axes de ce plan était d'organiser une grande conférence citoyenne sur la vaccination.

Cette initiative permettait d'ouvrir le débat à tous les publics et d'associer chaque participant à la prise de décision.



L'objectif était tout d'abord d'identifier les questions que se posent le grand public, les usagers, les parents, les professionnels de santé et chaque citoyen. Ensuite, les échanges devaient permettre de construire des propositions concrètes, applicables par les pouvoirs publics, respectant l'intérêt de chacun et favorables à la santé de tous.

Il ressort 6 axes principaux de cette concertation [41] :

- trouver des réponses à l'exigence de transparence des citoyens,
- s'engager dans un effort d'information et de communication,
- simplifier le parcours vaccinal,
- compléter la formation des professionnels de santé,
- accompagner les questionnements de la société avec la recherche,
- élargir à titre temporaire et sous certaines conditions le caractère obligatoire de la vaccination.

Le comité d'orientation propose donc de promouvoir une réelle pédagogie de transparence auprès des principaux acteurs concernés ainsi qu'auprès du grand public. La transparence est suggérée sur des points comme les effets indésirables et les événements secondaires. Le comité propose que l'accès aux données brutes des essais cliniques soit facilité et accompagné d'une communication pour en faciliter la compréhension.

Dans un but d'information, il est envisagé la création d'un site internet référent unique, doté d'un espace participatif. L'évaluation de l'état vaccinal par l'étude du calendrier vaccinal est proposée le jour de la journée de formation citoyenne et enfin le comité d'orientation conseille de recourir davantage à l'école comme lieu de vaccination. Cela va même jusqu'à ce que la vaccination fasse l'objet d'un statut de grande cause nationale.

Pour simplifier le parcours vaccinal, cinq points sont mis en avant :

- autoriser la vaccination antigrippale aux pharmaciens, sur la base du volontariat,
- valoriser l'acte en médecine générale par l'intermédiaire du ROSP (Rémunération des médecins libéraux sur objectifs de santé publique),
- réduire la peur par la prévention de la douleur post injection (crème, patch...),
- mettre en place un carnet de vaccination électronique,
- gérer la bonne disponibilité des vaccins.



Le comité recommande ensuite de renforcer le temps d'enseignement sur la vaccination au cours de la formation initiale des étudiants en médecine. Il faudrait également inscrire la vaccination comme thème prioritaire pour tous les professionnels de santé impliqués dans la décision et la pratique de l'acte vaccinal, notamment grâce au développement professionnel continu (DPC).

L'avant-dernier point met un accent sur la recherche pour accompagner les questionnements de la société.

Enfin, il est proposé d'élargir à titre temporaire et sous certaines conditions, le caractère obligatoire de la vaccination. En effet, la prise en charge intégrale de l'achat des vaccins par les régimes obligatoires de l'assurance maladie devrait être assurée. En parallèle, le statut obligatoire de certains vaccins impose un régime d'indemnisation des effets indésirables.

Dans ce contexte, en juillet 2017, Agnès Buzyn, actuelle ministre des Solidarités et de la Santé, a annoncé que les onze vaccins concernant la petite enfance deviendront obligatoires à partir du 1^{er} janvier 2018. Pour relancer la couverture vaccinale, les autorités vont supprimer la distinction entre vaccins obligatoires et recommandés, source de confusion. Cela ne concerne par contre pas la vaccination anti-HPV.

Dans le cadre de la vaccination anti-HPV, le comité suggère que le futur comité technique des vaccinations de la Haute Autorité de Santé (HAS) réexamine les indications pour étendre la vaccination aux jeunes garçons.

I.4.3. Etudes et constatations

I.4.3.1 Données d'efficacité

L'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) met en évidence le fait que plusieurs études australiennes ont montré une diminution des lésions précancéreuses de haut grade chez les jeunes filles depuis 2007 [42].

En effet, une étude australienne a été menée entre 2007 et 2011 sur une cohorte d'environ 39000 jeunes filles âgées de 12 à 17 ans en 2007, qui ont eu un premier test de dépistage entre 2007 et 2011. Le taux de détection de lésions histologiques de haut grade était significativement plus bas chez les femmes vaccinées par rapport aux non vaccinées HR 0.72 (IC95% : 0.58-0.91) et HR 0.75 (IC95% : 0.65-0.87), respectivement. Cette étude montre aussi une efficacité de la vaccination sur la réduction des lésions précancéreuses (néoplasies intra-épithéliales, grade 3/Adénocarcinome in situ) estimée à 47.5% (IC95% : 22.7-64.4) dans le cadre d'un schéma vaccinal complet [43].



L'estimation de l'efficacité vaccinale chez les jeunes filles a été mise en évidence dans une autre étude australienne [44]. Il s'agissait d'une étude en deux phases chez des jeunes femmes de 18 à 24 ans : une phase pré-vaccinale entre 2005 et 2007 et une phase post-vaccinale entre 2010 et 2011. Cela a montré une réduction significative de la prévalence des HPV vaccinaux dans le groupe post-vaccinal par rapport au groupe pré-vaccinal (6.7% vs 28.7%, $p < 0.001$).

Aux Etats-Unis, une étude a eu lieu chez des femmes de 14 à 59 ans, en deux phases : de 2003 à 2006 et de 2007 à 2010 [45]. Il s'agissait d'analyser la prévalence de génotypes d'HPV grâce à des auto-prélèvements cervico-vaginaux. Chez les jeunes filles de 14 à 19 ans, la prévalence des HPV vaccinaux diminue de 11.5% (IC 95% 9.2-14.4) à 5.1% (IC95% 3.8-6.6) entre les deux périodes, ce qui représente une diminution de 56% (IC95% 38-69).

Dans une étude française publiée en 2016, les chercheurs ont réalisé un génotypage HPV chez des jeunes filles âgées de 18 à 25 ans consultant dans des Centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG), à qui un test de détection de l'infection à Chlamydia Trachomatis était proposé. Ils ont comparé les prévalences d'infection par les HPV oncogènes chez des jeunes filles vaccinées et non vaccinées (statut vaccinal documenté ou déclaratif). La prévalence des HPV oncogènes était de 31,5 % chez les vaccinées et de 41,9 % chez les non vaccinées ($p < 0,0001$). La prévalence des HPV 16 et 18 était de 0,1 % chez les jeunes filles vaccinées contre 11,6 % chez les non vaccinées ($p < 0,0001$).

I.4.3.2 Données de tolérance

Depuis la commercialisation de Gardasil® et jusqu'en septembre 2013, le suivi national de pharmacovigilance a recensé 503 effets indésirables graves notifiés à l'ANSM, dont 127 cas de maladies auto-immunes (incluant 17 scléroses en plaques (SEP)). Le rapport du bénéfice/risque de ce vaccin, au regard de l'ensemble de ces données d'efficacité et de sécurité reste favorable [6].

Les résultats de l'étude réalisée conjointement par l'ANSM et l'Assurance Maladie, portant sur une cohorte de 2,2 millions de jeunes filles âgées de 13 à 16 ans, entre janvier 2008 et décembre 2012, montrent que la vaccination contre les infections à papillomavirus humains (HPV) par Gardasil® ou Cervarix® n'entraîne pas d'augmentation du risque global de survenue de maladies auto-immunes, confirmant ainsi les données de la littérature française et internationale. Une augmentation du risque de syndrome de Guillain-Barré après vaccination contre les infections à HPV apparaît toutefois probable. Ce syndrome est déjà identifié dans l'autorisation de mise sur le marché (AMM) du produit. De surcroît, ses conséquences sont limitées (1 à 2 cas pour 100 000 filles vaccinées) compte tenu de la rareté de la maladie. Les deux institutions estiment que les résultats de cette étude ne remettent pas en cause la balance bénéfice-risque pour les vaccins concernés [28], [42], [46].



Une étude prospective française publiée en 2017, visait à évaluer le risque d'association entre maladies auto-immunes et vaccin anti-HPV. Elle portait sur des femmes âgées de 11 à 25 ans, 478 cas et 1869 témoins. Les femmes «cas» étaient atteintes de sclérose en plaque, diabète de type 1, maladie du tissu conjonctif, syndrome de Guillain-Barré, purpura thrombopénique idiopathique ou thyroïdite auto-immune. Les témoins avaient les mêmes caractéristiques que les cas mais n'étaient pas atteintes de maladies auto-immunes. Il n'a pas été retrouvé d'association significative entre la vaccination anti-HPV et toutes ces maladies auto-immunes combinées, OR 0,58 (IC à 95%: 0,41-0,83) [47].

Au total, les résultats des études menées se révèlent rassurants quant au risque de survenue de maladies auto-immunes associé à la vaccination anti-HPV. Les bénéfices attendus de cette vaccination en termes de santé publique restent bien plus importants que les risques auxquels elle peut exposer les jeunes filles.



II. Matériel et méthode

II.1. Objectifs

En France, la couverture vaccinale anti-HPV reste très insuffisante. Le but de cette étude, est d'évaluer les connaissances et le ressenti des jeunes filles concernées, de 11 à 14 ans, concernant cette vaccination.

Notre hypothèse de travail est la suivante : les fausses croyances et les peurs des familles sont probablement responsables de ce faible taux de vaccination, renforcées par la médiatisation négative de la vaccination et le manque d'informations adaptées. Notre travail permet d'engager une discussion autour de la vaccination anti-HPV. Il s'agit de proposer des stratégies pour lever les freins face à cette vaccination et dans un second temps, de trouver des moyens de promotion.

Pour étudier les perceptions et le ressenti des jeunes filles concernant la vaccination anti-HPV, une étude qualitative nous paraissait tout à fait appropriée. En effet, cette démarche est inductive, interprétative et va de l'observation à l'hypothèse. Cela crée une richesse de résultats et permet de ne pas se limiter aux hypothèses de travail prédéfinies.

II.2. Bibliographie

Les termes français utilisés dans notre recherche ont notamment été : « vaccination papillomavirus », « couverture vaccinale », « cancer du col de l'utérus », « Gardasil 9 ». Les termes anglais étaient « human papillomavirus infection », « human papillomavirus vaccine ».

Les sources utilisées ont principalement été Pubmed, ScienceDirect, Google et Google Scholar. Les bibliographies d'articles et de thèses en lien avec la vaccination anti-HPV ont également été des sources d'information.

II.3. Choix de la méthode

Il s'agissait d'une étude qualitative en théorisation ancrée, réalisée à partir d'entretiens individuels auprès de collégiennes de la 5^e à la 3^e, âgées de 11 à 15 ans en Haute-Vienne, durant l'automne et l'hiver 2016. Elle a été menée jusqu'à saturation des données.



Les entretiens ont eu lieu au sein des différents collèges, respectivement le 22 Septembre à Aix-sur-Vienne et à Châlus, le 26 Septembre à Pierre-Buffière, le 4 Octobre à Châteauneuf-la-Forêt, le 29 Novembre, 1er Décembre, 2 Décembre à Limoges et enfin le 12 Décembre à Saint-Yrieix la Perche.

II.3.1. Méthode qualitative

L'étude qualitative ne cherche pas à quantifier ou à mesurer mais consiste à recueillir des données verbales permettant une démarche interprétative [48]. Elle nécessite un temps de recueil de données et un temps d'analyse du contenu [49].

Lors d'une étude qualitative, deux types de recueils sont possibles : le focus group et l'entretien individuel.

L'entretien individuel permet d'obtenir des informations sur les comportements individuels sans caractère représentatif. Le cadre intime crée une mise en confiance et cela convient parfaitement pour aborder un sujet en rapport avec la sexualité.

II.3.2. Entretiens individuels semi-dirigés

L'entretien individuel, le mieux adapté à ce travail, comporte l'entretien libre, l'entretien dirigé et l'entretien semi-dirigé. Nous avons choisi l'entretien semi-dirigé pour créer une discussion, un dialogue et que la jeune fille puisse s'exprimer librement.

Cette méthode permettait d'explorer le ressenti, les connaissances et les sentiments des jeunes filles vis-à-vis de la vaccination.

Au vu de ce choix d'étude, notre sujet a été présenté au comité d'éthique du CHU de Limoges le 28 avril 2016, qui a validé ce projet, enregistré sous le numéro 199-2016-13 (annexe 1).



II.4. Recueils de données

II.4.1. Le guide d'entretien

Il avait pour but de structurer l'entretien en créant une trame, à partir de questions préalablement définies, pour aborder les thèmes choisis (annexe 2).

Nous l'avons créé puis fait valider par deux enseignants de médecine générale, qualifiés en recherche qualitative. Il n'a pas évolué au cours de la réalisation des entretiens.

Il n'était en aucun cas un interrogatoire fermé. Il comprenait tout d'abord une question « brise-glace », très ouverte, sur les circonstances de discussions autour de la sexualité.

Ensuite, cinq questions de plus en plus ciblées, traitaient les connaissances sur les IST, les connaissances sur la vaccination anti-HPV, le statut vaccinal et les raisons de ce statut et les sources d'information.

II.4.2. Population étudiée et recrutement

Nous avons contacté par courrier les chefs d'établissement de quinze collèges de la Haute-Vienne pour envisager la réalisation de notre étude (annexe 2). Ces quinze collèges ont été sélectionnés de façon à avoir un échantillon de jeunes filles le plus diversifié possible. Il était composé de collèges en zone urbaine et de collèges en zone rurale.

Pour les collèges situés en dehors de la périphérie de Limoges, nous avons opté au hasard pour différentes zones géographiques, certaines étant limitrophes d'autres départements.



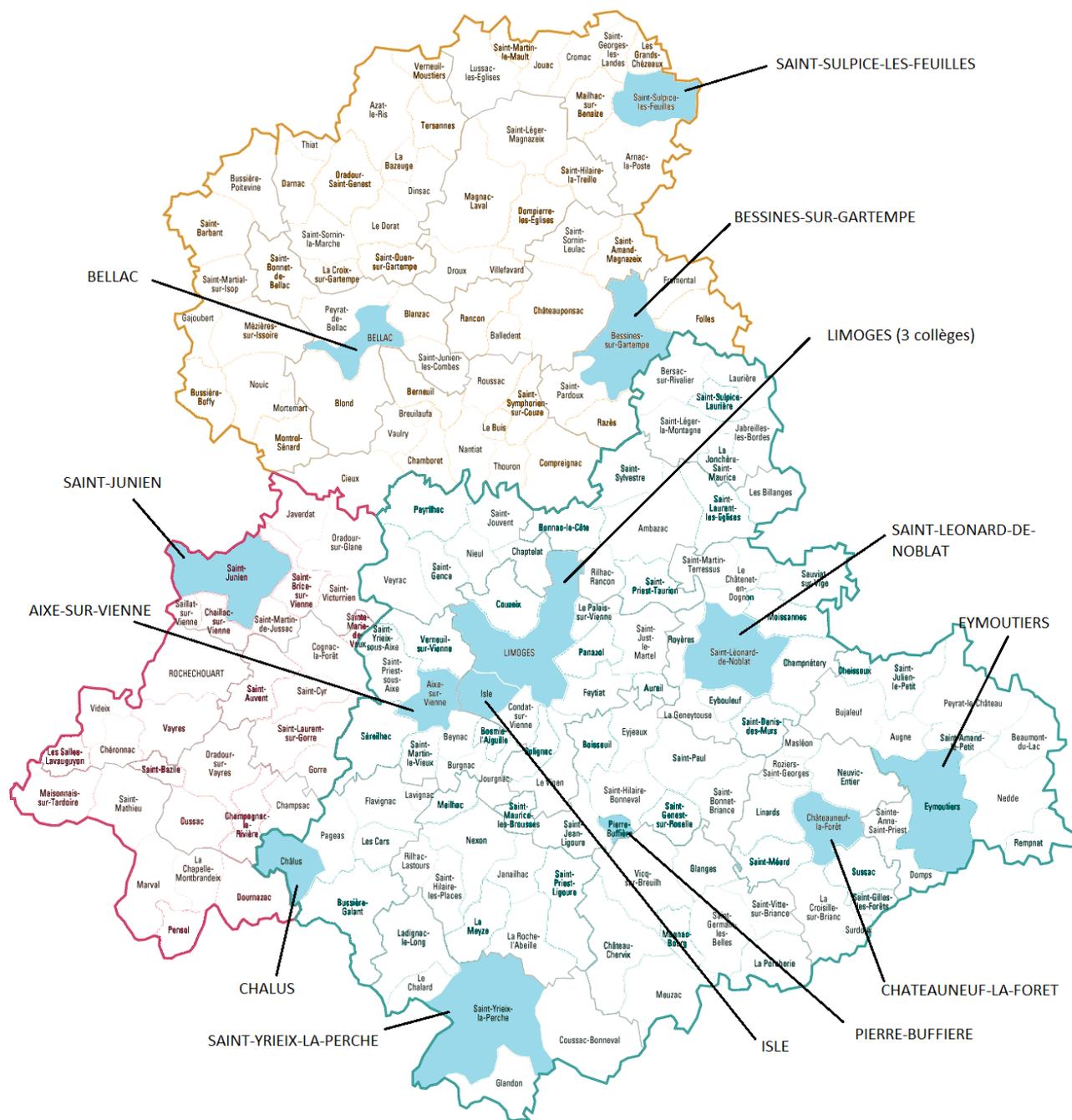


Figure 3 : Carte des collèges choisis en Haute-Vienne

Sept des chefs d'établissement ont répondu de façon positive à notre demande, un seul n'a pas souhaité nous rencontrer et les sept autres n'ont pas donné suite au courrier.

Pour obtenir la possibilité de réaliser ces entretiens semi-dirigés auprès de jeunes filles mineures, nous avons obtenu un accord écrit de la part de l'inspecteur d'académie de la Haute-Vienne, après rencontre avec le médecin de l'inspection académique, le Dr DOLADILLE (annexe 3). Avec son aide, nous avons rédigé un formulaire de consentement à destination des parents des jeunes filles concernées (annexe 4).

Les établissements retenus étaient :

- le collège Jean-Baptiste Camille Corot à Aix-sur-Vienne,
- le collège Pierre Desproges à Châlus,
- le collège Jean Monnet à Châteauneuf-la-Forêt,
- le collège Guy de Maupassant à Limoges,
- le collège Fernand Lagrange à Pierre-Buffière,
- le collège Bernard Palissy à Saint-Léonard de Noblat,
- le collège Jean-Baptiste Darnet à Saint-Yrieix la Perche.

Nous avons rencontré ensuite chaque chef d'établissement, en présence ou non de l'infirmière scolaire, pour lui détailler les modalités de réalisation de cette étude et lui présenter au mieux notre projet. Les autorisations parentales accompagnées d'un flyer (annexe 5) remis à cette occasion, ont par la suite été distribuées, soit par l'infirmière scolaire, soit par les surveillants de la vie scolaire, aux jeunes filles concernées.

Dans les collèges d'Aix-sur-Vienne, de Châlus, de Limoges et de Pierre-Buffière, la distribution et le recueil des autorisations parentales auprès des jeunes filles ont été faits par l'infirmière scolaire. Le principal a fait distribuer les autorisations parentales par les professeurs principaux à Châteauneuf-la-Forêt. A Saint-Yrieix, ce sont des surveillants de la vie scolaire qui ont effectué la distribution.

Suite au retour des autorisations parentales positives, nous avons choisi au hasard et en fonction de leurs disponibilités les jeunes filles rencontrées sur six des sept collèges concernés.

Une lettre d'information a été transmise dans ce contexte aux jeunes filles et à leurs parents, pour les informer du déroulement de l'entretien au sein de leurs collèges respectifs (annexe 7).



Nous ne nous sommes pas rendus à Saint-Léonard de Noblat du fait d'une saturation de données obtenue, suite à la réalisation des 34 entretiens dans les six premiers collèges.

De ce fait, nous avons également rédigé un courrier à destination des jeunes filles qui avaient répondu de façon positive mais qui n'ont pas été retenues pour la réalisation de l'entretien (annexe 8).

II.4.3. Fiche de recueil des données sociodémographiques

Au début de chaque entretien, il était demandé à la jeune fille son âge, sa classe, le nombre de ses frères et sœurs, la profession de ses parents, son lieu de vie, la durée écoulée depuis la dernière consultation en médecine générale, et enfin son statut vaccinal (annexe 9).

Concernant le statut vaccinal, les jeunes filles étaient invitées à venir avec leur carnet de santé ou une photocopie du tableau de vaccinations (annexe 7).

Cette fiche avait pour but de formuler des hypothèses quant à l'influence des données sociodémographiques sur la vaccination anti-HPV.

II.4.4. Le déroulement de l'entretien individuel

Les entretiens se sont déroulés dans les différents collèges concernés, entre midi et deux heures ou sur des heures d'étude, dans une salle adaptée à la réalisation de l'entretien individuel, au calme. Les entretiens duraient entre 5 et 10 minutes en fonction de la jeune fille.

L'entretien débutait après le recueil des données sociodémographiques et l'accord de la jeune fille concernant cet entretien. Il lui était expliqué qu'il s'agissait simplement d'une discussion, qu'aucune réponse n'était idiote et qu'elle avait tout le temps de réflexion nécessaire.

L'enregistrement s'est fait grâce à une application de type « dictaphone » sur un iPad et un iPhone. La durée moyenne des entretiens était de 7 minutes et 3 secondes. Le plus court a duré 5 minutes et 1 seconde et le plus long 11 minutes et 6 secondes. Les données ont été conservées avant retranscription sous Word.



II.5. Analyse du contenu

II.5.1. La retranscription

Il s'agissait du verbatim. Chaque entretien semi-dirigé a été recopié sous Word, mot à mot, de façon à retranscrire les entretiens réalisés en intégralité et de manière littérale (verbatim), c'est-à-dire en respectant la forme du discours [49].

Cela était complété par toutes les informations non-verbales disponibles telles que les interruptions, hésitations, pleurs, rires, gestes, etc., de façon à respecter l'expression des sujets.

Ces informations non verbales renseignaient sur la manière dont s'était déroulé l'entretien et complétaient les données verbales. Les aspects non verbaux apparaissaient en italique dans le corps du texte. L'exploitation des données est restée anonyme.

II.5.2. Le codage (Logiciel N'Vivo)

Les verbatims ont ensuite été importés dans le logiciel N'Vivo10. Les trois niveaux de codage ont été respectés : codage descriptif, codage axial et codage matriciel.

Pour le codage descriptif, chaque expression, phrase significative, sentiment, mot-clé, se voit attribuer un code (« node » pour nœud) reflétant une idée. Plusieurs codes peuvent être attribués à une citation et un code peut avoir été évoqué par plusieurs participants.

Cette phase de codage permet d'éliminer les hors sujets et de pondérer les résultats en notant leur fréquence de répétition.

Lorsqu'aucun nouveau code n'est créé, la saturation des données est atteinte, et nous avons décidé d'arrêter l'étude.

Ce codage descriptif a fait l'objet d'une triangulation des données. En effet, trois investigateurs ont effectué un codage sur les 6 premiers entretiens puis 2 des 3 investigateurs ont poursuivi le travail sur les 4 entretiens suivants. La relecture de tous les entretiens suite au codage a été effectuée 3 fois par l'investigateur principal.



Le codage axial consiste en une catégorisation des codes descriptifs en grands thèmes (les « trees »). Le but est d'identifier des thématiques répondant à la question de recherche dans une optique interprétativiste.

Enfin, le codage matriciel compare les codes axiaux et les croise avec les données sociodémographiques des participants. Les données apparaissent sous forme d'un tableau Excel.



III. Résultats

III.1. Résultats descriptifs des fiches de recueil sociodémographique

Nous avons effectué 34 entretiens individuels : 5 à Aix-sur-Vienne, 5 à Châlus, 4 à Châteauneuf-la-Forêt, 10 à Limoges, 5 à Pierre-Buffière et enfin 5 à Saint-Yrieix la Perche.

Il s'agit d'un échantillon varié au niveau géographique, même si le sud de la Haute-Vienne a été plus participatif. L'âge, la classe et la catégorie socio-professionnelle des parents diffèrent selon les entretiens afin d'avoir des réponses variées.

	Nombre de feuilles données	Nombre de réponses positives	Nombre de réponses négatives	Nombre de réponses négatives				
				Refus jeune fille	Vaccinée	Infos auprès du médecin	Contre le vaccin	Pas de motif
AIXE-SUR-VIENNE	160	57	36	5	4	3	1	23
CHALUS	80	38	17	2	3	0	1	11
CHATEAUNEUF-LA-FORET	70	26	37	7	3	3	1	23
LIMOGES	150	42	21	0	3	1	2	15
PIERRE-BUFFIERE	150	56	78	16	11	6	2	43
SAINT-YRIEIX	230	9	16	3	3	1	2	7
<u>TOTAL</u>	840	228	205	33	27	14	9	122

Tableau 1 : Analyse du nombre de réponses positives et négatives suite au retour des autorisations parentales

III.1.1. Age

Parmi les 34 jeunes filles en classe de la 5^e à la 3^e :

- 5 étaient âgées de 11 ans,
- 9 étaient âgées de 12 ans,
- 11 étaient âgées de 13 ans,
- 8 étaient âgées de 14 ans,
- 1 était âgée de 15 ans.



III.1.2. Fratrie

3 jeunes filles sont filles uniques.

7 jeunes filles ont des sœurs.

18 jeunes filles ont des frères.

6 jeunes filles ont des frères et sœurs.

III.1.3. Profession des parents

Nous nous sommes basées sur la nomenclature des professions et des catégories professionnelles de l'Institut National de la statistique et des études économiques (INSEE).

Parmi les mères au nombre de 34, 10 d'entre elles exercent une profession en lien avec le milieu médical ou social (infirmières, pharmacienne, préparatrice en pharmacie, assistante sociale, orthoprothésiste, secrétaire médicale) et font partie pour la plupart d'entre elles, des professions intermédiaires.

Parmi les pères au nombre de 32, 2 d'entre eux exercent une activité professionnelle en rapport avec le milieu médical (pharmacien, ambulancier).

	MERE	PERE	TOTAL
EMPLOYE	14	9	23
CADRE ET PROFESSION INTELLECTUELLE SUPERIEURE	6	6	12
PROFESSION INTERMEDIAIRE	13	7	20
AGRICULTEUR EXPLOITANT	0	1	1
ARTISAN, COMMERCANT, CHEF D'ENTREPRISE	0	3	3
OUVRIER	0	6	6
AUTRE PERSONNE SANS ACTIVITE PROFESSIONNELLE	1	0	1
RETRAITE	0	0	0

Tableau 2 : Profession des parents



III.1.4. Lieu d'habitation

15 jeunes filles résident en milieu urbain (habitants d'unités urbaines de plus de 2000 habitants) et 19 jeunes filles résident en milieu rural.

III.1.5. Suivi médical

18 jeunes filles estiment avoir vu le médecin pendant les 3 derniers mois ; 7 jeunes filles répondent entre 3 et 6 mois et 9 d'entre elles sont allées chez le médecin il y a plus de 6 mois.

III.1.6. Vaccinations

2 jeunes filles n'ont pas eu le dernier rappel du DTPolioCoq et ne sont pas à jour de leurs vaccins.

15 ne sont pas vaccinées contre l'hépatite B et 4 ne sont pas vaccinées contre le méningocoque.

1 seule n'est pas à jour au niveau du ROR.

Seulement 10 jeunes filles sont vaccinées contre le papillomavirus.

III.2. Résultats qualitatifs du codage axial

Le codage descriptif a mis en évidence 110 codes différents que le codage axial a regroupé en 11 grands thèmes :

- Discussion en rapport avec la sexualité,
- Connaissances de maladies sexuelles et/ou gynécologiques,
- Ressenti vis-à-vis des maladies,
- Moyens de protection,
- Fausses croyances,
- Sources d'information quant à la vaccination,
- Connaissances liées à la vaccination anti-HPV,
- Connaissance du statut vaccinal,
- Ressenti positif vis-à-vis du vaccin,
- Freins à la vaccination,
- Ressources quant à la vaccination anti-HPV.



III.2.1. Discussion en rapport avec la sexualité

Il s'agit de la première question de l'entretien qui a pour but de laisser l'élève s'exprimer. Par conséquent, cette question sur les circonstances de discussion sur la sexualité a pu engendrer dans un premier temps des réponses négatives ou évasives :

« (tout bas) euh, je crois que j'en ai jamais parlé... » [Elève 5]

« j'en ai pas parlé... (tout bas) » [Elève 16]

En effet, le terme « sexualité » était probablement perçu par certaines comme touchant exclusivement aux rapports sexuels ou à l'existence pour elles d'une activité sexuelle.

Seules quelques élèves ont exprimées le fait qu'elles n'avaient jamais discuté de sexualité, mais en insistant un peu, elles ont toutes abordé le sujet de la puberté et des menstruations avec leur mère.

« ah les règles si ! A ma mère...elle m'a expliqué... » [Elève 9]

« les règles ou les trucs comme ça, j'en ai parlé à ma mère... » [Elève 23]

Ce qui ressort est que la presque totalité des jeunes filles a déjà abordé des questions comme la puberté, la grossesse et la protection de rapports sexuels. Elles en discutent le plus souvent avec leur mère. Parmi celles-ci, un peu moins d'un tiers en parle aussi avec le père.

La question semble avoir peu souvent été abordée par l'infirmière scolaire en classe lors d'une intervention sur le sujet.

« en sixième...quand on a fait le truc là avec l'infirmière...c'était l'éducation sexualité... » [Elève 11]

« en CM2, on avait fait un petit truc avec l'infirmière où elle était venue une demi-journée...et elle nous avait expliqué tout ça... » [Elève 28]

De la même façon, peu de jeunes filles reconnaissent en avoir discuté avec leur médecin.



Dans la façon de s'exprimer de presque la moitié d'entre elles, nous mettons en évidence une relation de confiance parent/enfant :

« un jour, je voudrais...ben il faudrait que je me protège et que je lui en parle ! »
[Elève 2]

« ben depuis que je suis petite...ma mère m'a toujours expliqué les choses clairement... » [Elève 24]

Enfin, quelques discussions ont lieu avec les copines, la grand-mère, la sœur, en cours et notamment en SVT.

III.2.2. Connaissances de maladies sexuelles et/ou gynécologiques

La maladie la plus connue des élèves est sans conteste le SIDA, cité 30 fois. Celles qui reviennent souvent également après réflexion, sont le cancer du sein et le cancer de l'utérus pour environ, la moitié des jeunes filles.

La notion d'HPV apparaît dans un peu moins de la moitié des entretiens mais il existe dans quelques cas une dénomination approximative du terme.

« ok, le papinomavirus ? » [Elève 2]

« y a pas le papillovirus ? Euh, non... ? » [Elève 8]

Parmi les 34 entretiens, un quart met en évidence une méconnaissance des maladies. En effet, nous avons utilisé ce code si aucune ou juste une seule maladie a été évoquée.

Sont citées également comme maladies : le cancer du col de l'utérus dans un quart des entretiens ; puis le cancer de la vessie, le cancer de l'anus, les infections du col, les inflammations génitales, les maladies anales, les MST de façon générale, et l'hépatite B (1 citation pour chaque maladie).



III.2.3. Ressenti vis-à-vis des maladies

La majorité des jeunes filles exprime soit un sentiment de peur vis-à-vis des maladies sexuelles...

« euh, ça fait un peu peur quand même parce que si on attrape ça, on est pas non plus super sûre de survivre... » [Elève 15]

« ben, j'ai un peu peur quand même de les attraper un jour... » [Elève 18]

...soit au contraire, l'absence de préoccupation actuelle.

« euh, non, parce que j'ai pas encore eu ma première relation sexuelle...donc non, ça m'inquiète pas... » [Elève 23]

« non parce que c'est pas d'actualité... » [Elève 24]

Il ressort également qu'il s'agit de maladies graves dans un petit nombre d'entretiens, pouvant être mortelles selon quelques jeunes filles, ou pouvant engendrer une infertilité et qu'il vaut mieux éviter d'attraper ce genre de maladie.

Le sentiment dans ce contexte peut être la tristesse.

« ben la tristesse, un peu, parce que ça...après on peut plus avoir d'enfants »
[Elève 17]

« ben, déjà quand on voit les personnes les plus touchées, ça me rend un peu triste, parce que...elles peuvent pas faire grand-chose pour se soigner ces personnes...donc voilà... » [Elève 25]



Cela dit, il est mis en évidence également par les jeunes filles, dans une moindre proportion qu'il s'agit de maladies évitables...

« faire attention, quand même...à ces maladies...faire les vaccins... » [Elève 13]

« ben, enfin, j'trouve que c'est dommage...enfin...d'être mort...d'être décédée pour des maladies comme ça... »

Investigateur : mmh...

Elève : donc c'est pour ça qu'il faut bien se protéger...

Investigateur : mmh...

Elève : ouais, donc, enfin, je trouve ça dommage... » [Elève 23]

...et traitables...

« mais enfin, on peut les soigner... » [Elève 7]

...mais qui nécessitent pour cela une prise en charge.

Il est évoqué également qu'il s'agit de maladies importantes et injustes et il est supposé par une des jeunes filles qu'il y a un manque de prévention et d'information.

« Qu'est-ce que t'en penses de ces maladies ? Comment tu les perçois ? »

Elève : beh, importantes, il faut bien s'en occuper... » [Elève 1]

« p't-être qu'il y a pas eu assez de prévention, je sais pas... »

Investigateur : mmh.... »

Elève : peut-être que les gens ne sont pas assez informés... » [Elève 24]



III.2.4. Moyens de protection

Le préservatif est cité en premier lorsque les élèves réfléchissent sur les moyens de protection. Il est souvent appelé « capote » et il n'y a que peu d'entretiens où il n'est pas évoqué.

« j'sais plus comment on appelle ça...enfin en terme vulgaire, on dit une capote ! » [Elève 8]

Une notion qui revient assez souvent est importante pour les élèves : la protection des rapports permet la prévention des MST.

« ben que fallait se protéger et que fallait faire attention parce que y avait des maladies qui étaient transmissibles par ça... » [Elève 21]

« ben que si on se protège pas, on peut avoir des...on peut attraper des maladies...et que enfin, oui, faut se protéger...et voilà... » [Elève 33]

Au niveau du vaccin anti-HPV, on le retrouve dans un peu plus de la moitié des entretiens (22 fois codé).

« je sais qu'il y a un vaccin contre une maladie...mais je connais plus son nom... » [Elève 13]

« alors est-ce que tu connais des moyens d'éviter ces maladies ?

Elève : le vaccin !

Investigateur : super, donc c'est dans quelle maladie ça ?

Petit blanc...

Elève : euh, le cancer du col de l'utérus... » [Elève 16]

Il est également proposé comme moyen de protection l'abstinence et les tests de dépistage, qui sont un moyen d'éviter de transmettre la maladie et donc de protéger l'autre.



« ben il faut faire des tests pour voir si on a la maladie...et après si on l'a, ben il faut se protéger...pour pas l'attraper... enfin pour pas que l'autre personne l'attrape ! » [Elève 29]

Enfin, un dixième des élèves a peu de connaissances sur ce sujet et ne cite ni les préservatifs, ni les vaccins.

III.2.5. Fausses croyances

Il existe en effet des fausses croyances chez les jeunes filles, apparues au fil de la discussion.

La pilule et les moyens de contraception sont considérés par un tiers des élèves comme des moyens de protection anti-HPV.

*« est-ce que tu connais des moyens d'éviter ce type de maladie ?
Elève : euh, oui, il y a des pilules... » [Elève 14]*

« les moyens de contraception... » [Elève 15]

Un tout petit nombre d'élèves évoque clairement une protection contre le virus grâce à la présence du préservatif.

*« d'accord, donc pour toi, le papillomavirus, du coup le préservatif protège ?
Elève : oui parce que, il n'y a pas de contact avec... » [Elève 2]*

*« comment tu évites d'attraper le SIDA ?
Elève : avec des préservatifs...
Investigateur : super...et le cancer du col de l'utérus...?
Elève : pareil... » [Elève 24]*



Ensuite, de nombreuses réponses mettent en évidence que les jeunes filles font une confusion entre le nom du vaccin et le nom du virus. En leur demandant si elles connaissent le nom du vaccin, la réponse qui revient est « papillomavirus » ou un terme équivalent déformé.

« comment il s'appelle ?

Elève : le papinomavirus ? » [Elève 2]

« il te l'a donné le nom du vaccin ?

Elève : pa...papillomavirus... » [Elève 28]

Les autres fausses idées, apparues qu'une seule fois pour chacune sont :

- avoir le papillomavirus sans sexualité,
- la réalisation du vaccin au niveau du col utérin,
- la réalisation du vaccin après le début de la vie sexuelle,
- le traitement du cancer par le vaccin,
- et la prise d'un médicament jouant un rôle protecteur anti-HPV.

III.2.6. Sources d'information quant à la vaccination

Il s'agit de mettre en évidence les différents intervenants dans la récolte d'informations de la jeune fille, avant l'entretien semi-dirigé, concernant la vaccination anti-HPV. Cela concerne les informations dont la jeune fille a bénéficié sur le sujet, sans en faire forcément elle-même la démarche.

En majorité, ce sont les parents qui informent leur fille. On retrouve cette notion chez la moitié des jeunes filles.

« ben maman, elle m'a dit que c'était bien de le faire... » [Elève 4]

« ben ma mère m'a dit que...que c'était pour se protéger du cancer de l'utérus... » [Elève 27]



Malheureusement, presque autant de jeunes filles déclarent ne pas avoir reçu d'informations quant à la vaccination.

« T'en as jamais parlé a priori de ce vaccin dans le passé, avec personne ?

Elève : euh non... » [Elève 3]

« est-ce que tu avais déjà entendu parler de ce vaccin ?

Elève : non... » [Elève 32]

Un quart des jeunes filles dit avoir appris l'existence de cette vaccination lorsqu'on leur a remis l'autorisation parentale dans le cadre du travail de thèse ; quelques-unes de ces jeunes filles se retrouvent dans l'absence d'informations.

« eh ben parce que c'est l'infirmière qui nous a donné une feuille...et donc du coup ben je l'ai montrée à mes parents et ils ont dit ok pas de problème...et voilà...du coup après...

Investigateur : oui...

Elève : on a été chez le médecin et il m'a fait mon vaccin... » [Elève 23]

« tu connaissais son existence ou pas ?

Elève : euh...je connaissais pas...mais c'est quand...on m'a parlé de ce rendez-vous... » [Elève 34]

Donc, la moitié des jeunes filles interrogées n'a pas de sources d'information ou a appris l'existence de la vaccination au début du travail de thèse.

Le médecin (généraliste, pédiatre, gynécologue) a été une source d'information pour un peu plus d'un tiers des élèves seulement et parmi ces élèves, une bonne partie dit en avoir parlé aussi avec ses parents.

Le pédiatre et le gynécologue ne sont cités qu'une seule fois chacun.



« parce que, il m'a demandé si je voulais faire le vaccin...enfin, il m'a dit qu'en Australie ça se faisait depuis 4 ans et que les filles à 9 ans, elles se faisaient vacciner... » [Elève 7]

« c'est même mon médecin qui a dit qu'il valait mieux le faire... » [Elève 10]

Une minorité d'élèves parle d'informations auprès de l'entourage, de la fratrie et des médias.

Il y a peu d'obtention d'informations auprès de l'infirmière scolaire ou en cours par rapport à la vaccination (1 citation pour l'infirmière, 1 citation pour les cours).

III.2.7. Connaissances liées à la vaccination anti-HPV

La première remarque, c'est que le nom commercial du vaccin est inconnu pour toutes les collégiennes. Cette notion n'a pas été codée pour quelques entretiens, du fait que la question n'a pas été posée directement (la jeune fille ayant déjà peu de connaissances sur la vaccination).

Nous avons utilisé le code « pas de connaissance vaccin » pour les jeunes filles qui ne connaissaient pas l'existence du vaccin avant la remise de l'autorisation parentale au collège et qui par conséquent, avaient peu de connaissances sur le sujet, voire pas du tout. Presque la moitié des jeunes filles est concernée.

« est-ce que tu as des notions sur le vaccin ?

Elève : euh non...

Investigateur : d'accord, et donc, tu n'en as jamais entendu parler du vaccin auparavant, avant que je donne ma feuille à l'école ?

Elève : non, jamais... » [Elève 6]

« est-ce que tu sais quelque chose du vaccin contre le cancer du col de l'utérus ?

Elève : pas du tout... » [Elève 11]



La discussion autour des modalités vaccinales nous a amenées à créer 4 codes descriptifs pour ce thème :

- Méconnaissance des modalités d'administration (qui concerne la moitié des entretiens...);

« est-ce que du coup, tu sais comment ça se passe quand on veut vacciner une jeune fille ?

Elève : euh non...

Investigateur : tu connais...est-ce que quelqu'un t'a expliqué les modalités de vaccination ?

Elève : non... » [Elève 5]

- Vaccin = injection (un tiers des entretiens) ;

« oui, par une piqûre ! Une piqûre dans le bras... » [Elève 8]

- Schéma vaccinal inconnu (presque deux tiers des entretiens) ;

« tu te rappelles combien tu as eu de doses ?

Elève : mmh, ça j'en ai aucune idée... » [Elève 21]

- Schéma vaccinal connu (plus d'un tiers des entretiens).

« tu sais combien il y a d'injections ?

Elève : deux ou trois... » [Elève 15]

Pour un seul entretien, il n'y a pas de code en rapport avec le schéma vaccinal car la jeune fille connaissait le nombre de doses à effectuer mais elle m'a avoué en continuant à discuter qu'elle venait d'être informée par une amie juste avant l'entretien.

Lorsqu'il y a une méconnaissance des modalités d'administration, cela va de pair avec « schéma vaccinal inconnu ».

La notion de « vaccin = injection » est présente chez un tiers des jeunes filles. Parmi ce tiers, quelques-unes des jeunes filles ne connaissent pas le schéma vaccinal.



Pour finir, la notion de protection contre le cancer apparaît dans de nombreux entretiens.

« ben j'sais que c'est un vaccin qui empêche...le cancer... » [Elève 1]

« ben ma mère m'a dit que...que c'était pour se protéger du cancer de l'utérus... » [Elève 27]

Enfin, quelques jeunes filles déclarent ne pas vraiment avoir d'avis sur le vaccin et/ou sur le fait de se faire vacciner ou pas...

III.2.8. Connaissance du statut vaccinal

Moins d'un tiers des jeunes filles est vacciné.

Parmi les non vaccinées, quelques-unes d'entre elles pensent être vaccinées prochainement.

« en fait, je préfère...même si y a des effets négatifs...je préfère le faire...pour avoir moins de chances de mourir d'une maladie comme ça... » [Elève 28]

« ben fallait que j'aille me faire vacciner...j'ai rendez-vous le 8 février... » [Elève 34]

En prenant en compte les vaccinations à venir, un peu plus d'un tiers des jeunes filles est vacciné ou va l'être.

Parmi les entretiens, il existe pour une minorité, une vraie interrogation de la part de l'élève quant à son statut vaccinal, codée par « ignorance du statut vaccinal ».

*« alors, donc...es-tu vaccinée contre le papillomavirus ?
Elève : euh, je sais pas...rires »* [Elève 2]



« oui, on me l'a fait j'crois...non, j'sais plus, on m'a fait un vaccin y a pas longtemps...enfin y a longtemps... » [Elève 22]

Deux jeunes filles, une vaccinée, l'autre non, savent que leur grande sœur a été vaccinée.

« euh, oui, ben ma sœur, elle a eu très mal au ventre...quand elle s'est fait vacciner... » [Elève 15]

*« elle a été vaccinée ta sœur ?
Elève : euh oui, beh oui, elle a été vaccinée avec moi... » [Elève 23]*

III.2.9. Ressenti positif vis-à-vis du vaccin

Chez la moitié des jeunes filles, il n'y a pas de peur ressentie vis-à-vis de ce vaccin. Parmi celles-ci, la majorité n'a pas de notion d'idées négatives.

« ben ma mère elle sait pas trop si elle veut me faire vacciner...mais moi j'aimerais bien... » [Elève 7]

Elles n'expriment pas d'idées de type effets indésirables, secondaires et/ou néfastes.

*« et donc, est-ce que tu as entendu des mauvaises choses par rapport à ce vaccin ?
Elève : non... » [Elève 9]*

*« ok, est-ce que tu aurais entendu par hasard des choses négatives sur ce vaccin ?
Elève : non... » [Elève 34]*

Un quart des élèves exprime le fait que leur médecin était pour la réalisation du vaccin.

« c'est même mon médecin qui a dit qu'il valait mieux le faire... » [Elève 10]



« non, c'était mon médecin...qui m'avait dit comme tu as 13 ans, tu peux le faire...tu peux le faire un peu plus tard, mais c'est mieux de le faire maintenant... »
[Elève 13]

Parmi les non vaccinées, nous mettons en évidence au cours de l'entretien une acceptation possible de la vaccination pour certaines d'entre elles.

« donc tu envisages de faire le vaccin... »
Elève : euh, ben oui, faudra bien que je le fasse un jour... » [Elève 8]

« ben j'ai envie de me faire un vaccin pour pas que je les ai mais j'aime pas les piqûres... » [Elève 27]

III.2.10. Freins à la vaccination

Les codes de ce thème sont retrouvés dans la moitié des entretiens.

Il est mis en évidence un petit nombre de refus de la part de la jeune fille elle-même (4 entretiens) et également, de la même façon, quelques jeunes filles parlent d'un refus parental.

« et éventuellement, en allant chercher des informations, est-ce que tu penses que tu pourrais être intéressée pour être vaccinée ? »
Elève : non... » [Elève 32]

« mon médecin voulait vacciner ma sœur ou un truc dans le genre et que mes parents...euh, ils voulaient pas... » [Elève 11]

Les freins mis en avant au cours de la discussion sont :

- qu'il s'agit d'un vaccin dangereux,
- que le vaccin serait inefficace,
- que le vaccin serait peu conseillé,
- qu'il s'agit d'un vaccin facultatif.



Un tout petit nombre d'entretiens fait ressortir le fait que le médecin n'est pas forcément pour la réalisation du vaccin.

« enfin, ma mère m'en avait parlé...enfin, en avait parlé avec le médecin pour savoir ce qu'il en pensait...au début, il était pour...après il était contre...et maintenant...il sait pas trop quoi en penser... » [Elève 21]

« euh, que le médecin il était pas trop pour...parce que... ben, il a dit qu'il pouvait y avoir des effets secondaires... » [Elève 25]

Un quart des jeunes filles a connaissance d'effets secondaires non précisés.

De façon anecdotique, on retrouve ces items :

- peur des piqûres,
- asthénie suite à la vaccination,
- douleurs abdominales suite à la vaccination,
- prurit suite à la vaccination,
- injection douloureuse,
- problèmes de santé empêchant la vaccination.

III.2.11. Ressources quant à la vaccination anti-HPV

Les parents sont la principale ressource mise en évidence et notamment les mamans. Quelques élèves seulement évoquent la fratrie et l'entourage (2 codes pour la fratrie, 2 codes pour l'entourage).

« à qui tu vas en parler ?

Elève : ben à ma mère... » [Elève 3]

« euh, ben je commencerai peut-être par en parler à maman... » [Elève 11]



Vient ensuite le corps médical (médecin généraliste, pédiatre, gynécologue), pour deux tiers d'entre elles. Le médecin généraliste arrive largement en tête parmi les professions médicales.

*« vers qui tu vas t'adresser si t'as besoin d'avoir des renseignements ?
Elève : le médecin traitant... » [Elève 15]*

Quelques élèves pourraient s'adresser, en plus de leurs parents, à l'infirmière scolaire et une minorité voulait avoir plus d'informations lors de l'entretien.

Les médias (et notamment internet) sont cités à quelques reprises.



IV. Discussion

IV.1. Résultats qualitatifs du codage matriciel

Nous avons réalisé un codage matriciel afin de répondre à l'objectif principal de l'étude, qui était d'évaluer les perceptions des jeunes filles sur la vaccination anti-HPV.

L'analyse matricielle reprend les codes de l'analyse axiale et les compare aux caractéristiques sociodémographiques. L'objectif est de voir si certaines caractéristiques sont liées au ressenti des jeunes filles sur la vaccination.

Les résultats sont mis en évidence sous forme de tableaux grâce à une des fonctionnalités du logiciel N'Vivo10.

Notre étude ne nous a pas permis d'analyser correctement l'incidence de la fratrie, les jeunes filles interrogées ayant des frères pour la majorité.

IV.1.1. Discussion en rapport avec la sexualité

Les discussions autour de la sexualité existent quel que soit l'âge de la jeune fille, mais sont plus présentes à partir de 12 ans et avec leur mère. Par contre, le fait de discuter de sexualité avec son père et/ou en cours d'SVT augmente avec l'âge.

Ce sont les jeunes filles de 13 ans qui se sont le plus exprimées sur le sujet (en positif et en négatif). Et c'est dans cette tranche d'âge que l'on retrouve le plus la notion de relation de confiance parent-enfant.

La question de la sexualité est abordée aussi souvent en milieu rural qu'en milieu urbain, sachant que la moyenne d'âge se vaut dans les deux groupes. La prévalence du code « pas de discussion sexualité » est plus importante en rural, ce que nous n'expliquons pas.

Le code « confiance parent-enfant » est plus présent chez les mères aux professions intermédiaires, mais il n'y a pas de différence sur les discussions de façon générale. Par contre, si la discussion avec le père existe, cela concerne deux catégories : celle des employés en grande majorité et celle des cadres et professions intellectuelles supérieures.



Il y a également une corrélation entre l'existence de discussions et le suivi médecin traitant. En effet, les jeunes filles qui en parlent le plus déclarent avoir un suivi inférieur à 3 mois. Cela va de pair avec la confiance « parent-enfant ». Cette confiance est également plus importante lorsque la vaccination anti-HPV est à jour chez la jeune fille.

Enfin, la prévalence du code « discussion avec la famille » est beaucoup plus importante si la fratrie est composée de sœurs.

IV.1.2. Connaissances de maladies sexuelles et/ou gynécologiques

A partir de 12 ans, il y a plus de connaissances. Les différents codes concernant le papillomavirus et les maladies qui en découlent sont retrouvés en majorité chez la population âgée de plus de 14 ans.

Le panel de maladies citées est plus important en rural. Il est à peine plus important chez les jeunes filles dont les mères ont des professions intermédiaires. Nous ne mettons pas en évidence de différence pour la profession des pères.

De la même façon que pour la question sur la sexualité, les connaissances de maladies sont plus importantes quand le suivi auprès du médecin traitant est inférieur à 3 mois.

On peut voir que les connaissances sont plus importantes chez les jeunes filles vaccinées contre le papillomavirus.

Le code « méconnaissance maladies » ressort de façon assez importante mais il n'est pas vraiment exploitable : cela vient probablement du fait que ce code a été surexprimé de façon répétée dans plusieurs entretiens.

IV.1.3. Ressenti vis-à-vis des maladies

Les jeunes filles qui s'expriment le plus sont âgées de 13 ans et malgré tout, il s'agit de la tranche d'âge la moins concernée par la notion de peur et chez qui la prévalence du code « pas de préoccupation actuelle » est la plus importante.

A 11 ans et après 14 ans, elles se sont moins exprimées sur leur ressenti.

En rural, la prévalence du code « peur » est plus élevée qu'en zone urbaine. On retrouve la même idée avec le code « pas de préoccupation actuelle » plus présent en urbain.



L'expression du ressenti est plus riche en zone rurale et si le suivi est inférieur à 3 mois pour le médecin.

Côté profession, les professions intermédiaires sont mises en avant chez les mères ; chez les pères, il s'agit de la catégorie des ouvriers.

Concernant les vaccinations, il y a plus de ressentis exprimés chez les jeunes filles vaccinées contre le papillomavirus.

IV.1.4. Moyens de protection

On note de meilleures connaissances lorsque l'âge augmente et lorsque le suivi auprès du médecin date de moins de 3 mois.

Le vaccin anti-HPV apparaît de façon plus importante comme moyen de protection dans les entretiens réalisés en zone rurale.

De façon générale, ce sont les jeunes filles dont les parents ont des professions intermédiaires, qui connaissent le plus les moyens de protection. Dans le cas du vaccin, les catégories professionnelles des parents qui prédominent sont les employés et les professions intermédiaires. Le vaccin apparaît aussi pour la catégorie professionnelle des ouvriers, mais cela concerne seulement les pères (cette catégorie n'apparaît pas chez les mères).

Le vaccin anti-HPV est moins connu chez les jeunes filles non à jour de l'hépatite B. Et les jeunes filles déjà vaccinées contre le papillomavirus y ont beaucoup plus pensé que celles qui ne sont pas vaccinées.

IV.1.5. Fausses croyances

De manière étonnante, les fausses croyances augmentent avec l'âge et sont plus importantes si le suivi médecin traitant est récent.

Cela pourrait être expliqué par le fait que plus la jeune fille grandit, plus elle apprend des choses. Mais la quantité de choses entendues fait qu'elle mélange un peu ce qu'elle a appris ou qu'elle extrapole plus facilement.

Pour un bon nombre d'entre elles, le préservatif et les moyens de contraception représentent une protection vis-à-vis du papillomavirus et le papillomavirus correspond au nom du vaccin.



Il n'y a pas de différence selon le lieu de vie et la profession des parents.

Au niveau de la vaccination de façon générale, les fausses croyances sont plus importantes chez les non vaccinées contre l'hépatite B et le papillomavirus...

IV.1.6. Sources d'information quant à la vaccination

Plus l'âge augmente, plus les jeunes filles ont un nombre de sources d'information important et plus il s'agit des parents (en particulier la mère). Par contre, celles qui vivent en zone rurale reçoivent beaucoup moins d'informations de leurs parents.

Les mères qui s'avèrent être une source d'informations importante ont des professions intermédiaires. Il n'y a pas de corrélation pour les pères.

Lorsque le suivi est supérieur à 3 mois en médecine générale, la prévalence du code « absence d'informations » augmente. A contrario, si le médecin traitant est vu régulièrement, on se rend compte que les parents représentent une grosse source d'informations.

Le code « absence d'informations » n'a jamais été codé chez les jeunes filles vaccinées contre le papillomavirus. Par contre, il est plus codé chez les non-vaccinées hépatite B par rapport aux vaccinées hépatite B.

La prévalence des codes « parents » et « médecin généraliste » est plus importante chez les jeunes vaccinées contre le papillomavirus.

IV.1.7. Connaissances liées à la vaccination anti-HPV

Le vaccin est moins connu à l'âge de 11 ans. Après 12 ans, il n'y a pas de différence. Il y a plus de jeunes filles qui ne connaissent pas le vaccin en rural qu'en urbain selon le code « pas de connaissance vaccin » et paradoxalement, la notion de protection par le vaccin est plus codée en rural.

Hormis le fait que le code « pas de connaissance du vaccin » soit légèrement plus prédominant dans la catégorie socioprofessionnelle des employés, il n'y a pas de rapport évident entre les connaissances autour de la vaccination et les professions parentales.

Il n'y a pas de corrélation avec le suivi médecin traitant.



La prévalence du code « pas de connaissance du vaccin » est plus importante chez les non-vaccinées hépatite B que chez les vaccinées. Evidemment, le schéma vaccinal est plus connu quand les jeunes filles sont vaccinées contre le papillomavirus.

IV.1.8. Connaissance du statut vaccinal

Il n'y a pas de différence selon l'âge. Par contre, elles disent être plus vaccinées en zone urbaine, ce qui est le cas.

La vaccination est plus importante aussi quand le suivi médecin traitant est inférieur à 3 mois.

La vaccination est la plus importante quand les mères ont des professions intermédiaires, viennent ensuite les cadres et professions intellectuelles supérieures puis les employés.

Du côté paternel, c'est semblable avec tout d'abord les cadres et les professions intermédiaires, puis les ouvriers et les employés.

Presque la totalité des jeunes filles non vaccinées contre l'hépatite B n'est pas vaccinée contre le papillomavirus. Le pourcentage de vaccination anti-HPV est beaucoup plus important dans la population vaccinée contre l'hépatite B.

IV.1.9. Ressenti positif vis-à-vis du vaccin

Le ressenti positif regroupe 4 codes : « acceptation possible de la vaccination après réflexion », « pas de peur du vaccin de la part de l'élève », « pas d'idées négatives sur le vaccin » et enfin « médecin pour le vaccin ».

Les codes « pas d'idée négative sur le vaccin » et « acceptation possible de la vaccination après réflexion » sont plus codés chez les plus jeunes. A partir de 13 ans, la prévalence de ces codes a tendance à diminuer.

De façon générale, le ressenti est plus positif en rural et dans la catégorie socio-professionnelle des employés.

Le code « pas d'idée négative sur le vaccin » est plus important quand le suivi est supérieur à 3 mois.

La prévalence du code « médecin pour le vaccin » est faible dans la population non vaccinée contre le papillomavirus.



Le ressenti positif est plus présent de façon générale dans la population non-vaccinée hépatite B. Les jeunes filles non vaccinées HPV ont également un ressenti positif pour la moitié d'entre elles.

IV.1.10. Freins à la vaccination

Les freins augmentent avec l'âge et sont présents en même quantité à partir de 13 ans. Ils sont plus importants en urbain. Par contre, le code « médecin dubitatif » n'apparaît qu'en urbain et le code « refus des parents » n'est présent qu'en rural.

Les freins sont majorés chez les mères employées. Paradoxalement, chez les pères, c'est l'inverse, la prévalence des codes est plus importante chez les cadres, les professions intermédiaires et les ouvriers.

Le nombre de freins possibles cités augmente quand le suivi est de moins de 3 mois. Il augmente également pour la population non vaccinée contre l'hépatite B et le papillomavirus (dans les deux cas, les codes « refus de l'élève » et « refus des parents » sont présents).

IV.1.11. Ressources quant à la vaccination anti-HPV

Le médecin généraliste représente une ressource à tout âge, mais de façon plus importante chez les plus jeunes et après 14 ans. Le gynécologue n'apparaît qu'à partir de 13 ans. La prévalence du code des parents diminue à partir de 13 ans.

Le médecin généraliste est plus présent en milieu rural.

Le code « parents » correspond en très grande majorité aux mères des jeunes filles. Concernant celles-ci, ce sont les professions intermédiaires qui sont les plus sollicitées par leurs filles, puis viennent les cadres et professions intellectuelles supérieures, et enfin, les employées. A contrario, celles qui vont plus vers le médecin généraliste ont des parents appartenant à la catégorie socioprofessionnelle des employés.

Lorsque le suivi médecin traitant est inférieur à 3 mois, la ressource principale est représentée par le code « parents ». Lorsque le suivi est supérieur à 3 mois, les jeunes filles se tournent à la fois vers leurs parents et vers le médecin généraliste.



IV.2. Discussion de la méthode

La validité interne consiste à vérifier si les données recueillies représentent la réalité. Une des façons d'y parvenir est de recourir à la technique de triangulation qui permet de comparer les résultats obtenus. Elle peut concerner la technique de recueil des données, les sources de données ou les enquêteurs participant à l'étude [39].

Dans un second temps, les résultats sont comparés aux données de la littérature qui avaient sous-tendu l'élaboration des premières hypothèses : c'est la validité externe.

Dans notre étude, il n'y a eu qu'une seule technique de recueil (enregistrements audio), qu'une seule source de données (les jeunes filles) et qu'un seul codeur (l'investigatrice). Cependant, pour améliorer la validité interne, nous avons triangulé le codage avec trois intervenants sur les dix premiers entretiens.

IV.2.1. Forces de l'étude

Notre choix s'est porté sur une étude de type qualitative au vu de notre question de recherche. En effet, l'objectif de ce travail était d'évaluer le ressenti et les perceptions des jeunes filles concernant la vaccination anti-HPV. Ces notions n'étaient pas quantifiables. La méthode qualitative, de la théorie ancrée, permettait de faire émerger toutes ces notions sans influencer les données recueillies par un questionnaire ou des questions fermées trop précises.

En médecine générale, la prise en charge du ressenti des patients et de leurs préoccupations est au cœur de notre pratique quotidienne. L'étude qualitative est donc plus adaptée du fait qu'elle prend en compte l'individu dans sa globalité, avec son vécu, ses idées et son environnement.

Le fait de réaliser des entretiens semi-dirigés et non pas des focus group, a permis une discussion plus libre autour de la sexualité, qui n'aurait peut-être pas été si facile avec un groupe d'adolescentes. Les entretiens par focus group auraient pu créer une gêne pour s'exprimer et modifier certaines réponses du fait d'un effet de groupe.

En ce qui concerne l'échantillon, il n'a pas à être représentatif de la population générale, mais il doit être varié pour créer un groupe hétérogène. C'est pour cela que nous avons fait appel à plusieurs établissements de la Haute-Vienne pour avoir des jeunes filles d'âge différents, dans des milieux différents et dont les parents sont issus de plusieurs catégories socio-professionnelles.



Cette étude a été menée par une seule enquêtrice, ce qui peut constituer une limite, mais le fait d'être une femme avec une proximité relative en âge avec les jeunes filles, a créé un climat de confiance, propice à la discussion et à la confiance.

IV.2.2. Limites et biais de l'étude

Tout d'abord, les jeunes filles ont été interrogées sur la base du volontariat, et suite à l'obtention d'une autorisation parentale, ce qui représente un biais de sélection. On imagine aisément que les jeunes filles ayant participé à cette étude étaient intéressées par le sujet. De la même façon avec les parents, ceux contre la vaccination anti-HPV n'ont probablement pas signé l'autorisation parentale pour autoriser la participation de leur fille. Le nombre de réponses négatives suite à la distribution des autorisations parentales illustre bien ce risque (tableau 1).

Les entretiens avec les jeunes filles avaient lieu dans le cadre du collège et il est possible que certains parents aient eu peur que cela se déroule pendant les heures de cours.

D'autre part, les jeunes filles ont été informées par l'infirmière scolaire du sujet de l'étude, à savoir la vaccination contre le papillomavirus, et il leur a été remis un flyer à cette occasion. Il est donc possible que certaines jeunes filles aient fait des recherches sur le sujet avant la réalisation de l'entretien. Au collège à Limoges, les entretiens ont eu lieu sur plusieurs jours, il y a peut-être eu des échanges entre les jeunes filles.

Ensuite, les méthodes d'interview, telle la relance ou la reformulation, fréquemment utilisées au cours des entretiens, ont pu altérer le discours de la jeune fille. Cela représente un biais d'investigation, qui a été limité cependant par l'absence de questions fermées.

L'investigateur n'avait jamais encadré d'entretiens semi-dirigés avant la réalisation de cette étude. Son manque d'expérience et de maîtrise de cette technique a pu être un frein à l'obtention de certains résultats. Le jour des entretiens, l'investigateur ne s'est présenté que par son prénom, mais nous avons mentionné le statut de médecin aux jeunes filles avec la demande d'autorisation parentale.

On retrouve également des biais d'informations. Les données sont déclaratives et on ne peut pas empêcher le risque de mensonge ou d'omission.

Lors de l'étape de transcription des données, la possibilité d'erreur est non négligeable. Le principe même de l'étude qualitative repose sur l'interprétation des données. Or, cela crée par conséquent un risque de biais d'interprétation.



IV.3. Discussion des résultats

D'après les résultats de notre étude, l'essentiel est de créer un dialogue autour de la vaccination anti-HPV avec les différents protagonistes : la jeune fille, ses parents (à la fois principale source d'informations et personnes ressources) et le médecin traitant.

IV.3.1. Manque de connaissances chez la jeune fille

Avant l'intervention dans les collèges dans le cadre de cette thèse, la moitié des jeunes filles n'avait pas connaissance de l'existence du vaccin anti-HPV.

Il en découle qu'à peine un tiers seulement des jeunes filles rencontrées, est vacciné (en majorité en zone urbaine).

Notre travail met en évidence une corrélation entre la vaccination anti-HPV et la vaccination hépatite B. En effet, les connaissances autour de la vaccination sont plus importantes chez les jeunes filles vaccinées contre le papillomavirus de façon logique, mais également chez celles vaccinées contre l'hépatite B. Par conséquent, la vaccination anti-HPV est plus importante dans la population vaccinée contre l'hépatite B.

La problématique majeure est qu'il existe donc un manque de connaissance chez la jeune fille, même si les connaissances ont tendance à augmenter avec l'âge et notamment à partir de 12 ans.

Nous retrouvons cette notion dans plusieurs études malgré le fait qu'elles aient été menées chez des jeunes filles plus âgées.

Une thèse soutenue en Mars 2017 à Montpellier avait pour but d'étudier l'influence des connaissances et des sources d'information de la jeune fille dans le cadre de la vaccination anti-HPV. Il s'agissait d'une étude qualitative par entretiens semi-directifs auprès de douze jeunes filles volontaires vaccinées ou non, de 14 à 19 ans. Les résultats étaient semblables à ceux mis en évidence dans notre étude en ce qui concernait la jeune fille.

En effet, les adolescentes avaient globalement un avis favorable sur la vaccination anti-HPV, elles avaient cependant un manque de connaissance sur le sujet et étaient peu impliquées dans cette vaccination. La mère était la personne-ressource pour la jeune fille, c'est elle qui initiait la conversation auprès de la jeune fille et du médecin. Elle prenait la décision de la vaccination. Le médecin généraliste n'était que peu sollicité par les jeunes filles concernant la vaccination, il l'était par contre du côté des mères. Selon les jeunes filles interrogées, l'augmentation de la couverture vaccinale relevait du rôle du médecin généraliste et de l'école [50].



De la même façon, dans une étude descriptive sur les connaissances et sur les facteurs influençant la vaccination anti-HPV en 2015 auprès de jeunes filles de 3^{ème}, il a été mis en évidence la non-connaissance du vaccin pour expliquer le faible pourcentage de vaccination [51].

Dans notre étude, les freins à la vaccination ne sont présents que dans la moitié des entretiens. Et plus de la moitié des jeunes filles évoquant des freins lors de l'entretien, exprime des notions de ressenti positif. Cela nous confirme le fait que les jeunes filles n'ont pas une réelle opinion défavorable du vaccin.

Par contre, il faut prendre en compte un aspect mis en évidence dans notre travail. Les fausses croyances, les idées négatives et les freins à la vaccination anti-HPV ont tendance à se majorer avec l'âge, dans le cadre d'un suivi médecin traitant récent. Notre hypothèse est qu'en grandissant, la jeune fille emmagasine plus d'informations (quand elle en a), dont des informations erronées, du fait d'un panel de sources d'information plus important. Cela engendre un trop-plein de données, dont certaines sont déformées.

On met également en évidence un lien entre la notion de freins à la vaccination anti-HPV et le statut vaccinal hépatite B négatif. Cela peut paraître logique, au vu des polémiques autour du vaccin contre l'hépatite B.

Il s'agit donc d'essayer de délivrer une information la plus adaptée possible, claire et compréhensible par la jeune fille pour éviter l'apparition de fausses idées. Dans ce contexte, il est important de laisser la jeune fille s'exprimer pour évaluer ses connaissances et créer un véritable dialogue.

En 2016, les freins à la vaccination anti-HPV ont été évalués chez 23 jeunes filles de 16 à 18 ans non vaccinées, par entretiens semi-dirigés dans la région de Mont-de-Marsan. Il ressort quatre catégories de freins [52] :

- manque de connaissance par défaut d'information,
- peur des effets secondaires due à la médiatisation péjorative des vaccins HPV,
- avis défavorable des médecins sur les vaccins anti-HPV,
- difficultés d'aborder le sujet de la sexualité chez l'adolescente.

Il est essentiel de créer des discussions autour de cette vaccination anti-HPV, et notamment avec la population concernée par les recommandations. Il ne s'agit pas seulement d'évoquer le sujet de façon superflue et entre adultes, il faut impliquer la jeune fille au cours des discussions et de la prise de décision.



IV.3.2. Rôle essentiel du médecin traitant

Le médecin traitant s'avère être un pilier fondamental. Dans notre étude, les informations et les connaissances des jeunes filles qui en découlent, sont plus importantes lorsque le suivi s'avère récent et régulier. D'ailleurs, le nombre de jeunes filles vaccinées est plus important quand le suivi auprès du médecin traitant date de moins de trois mois.

Nous nous sommes intéressées aux données de la littérature concernant l'avis des médecins généralistes sur la vaccination anti-HPV.

En 2011, il y a eu une enquête menée par questionnaire, auprès de 85 médecins généralistes de Midi-Pyrénées pour identifier les obstacles à la vaccination anti-HPV. A l'époque, les médecins n'étaient a priori pas convaincus par l'efficacité des vaccins et ils semblaient craindre un recul du dépistage par frottis cervico-utérin, dans un contexte où les patientes n'étaient pas assez informées selon eux, sur le cancer du col [53].

On peut penser qu'en 2011, le recul concernant la vaccination anti-HPV en France n'était pas suffisant aux yeux des médecins. Les données d'efficacité apportées par les études dont nous avons parlé en première partie, n'avaient pas été publiées, pour la plupart.

Plusieurs thèses ont cherché par la suite à évaluer le ressenti des médecins généralistes en 2014 dans différentes régions en France.

En Charente-Maritime, une étude descriptive déclarative à partir d'un questionnaire anonyme, a été réalisée auprès de 273 médecins généralistes [54]. Le taux de réponse était de 34,4% et les médecins étaient 95,7% à être favorables à la vaccination anti-HPV. Cependant 42,6% seulement la proposaient systématiquement à leur patiente. Pour un peu plus de 30% d'entre eux, les effets à long terme et les polémiques médiatiques constituaient souvent un obstacle à la vaccination. Ils étaient 71,3% à déclarer les recommandations de l'HAS comme source principale d'information. Les praticiens déclaraient à 14,9% avoir pris des informations sur internet. A ce sujet, un lien significatif a été mis en évidence entre les médecins défavorables à la vaccination anti-HPV et la recherche d'information sur internet ($p < 0,05$).

En Haute-Savoie, l'étude a vu le jour suite à la réalisation de 18 entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes. La majorité était plutôt favorable à la vaccination anti-HPV. Certains gardaient une réticence liée au manque de recul sur l'efficacité de ce vaccin. Ils relevaient surtout la crainte des effets secondaires, amplifiée par les médias, avec parfois une analogie faite avec le vaccin contre l'hépatite B. Les médecins disaient avoir besoin de plus de preuves sur l'efficacité vaccinale concernant la morbi-mortalité du cancer du col de l'utérus, pour être vraiment convaincus et donc convaincants [55].



On peut voir que l'on retrouve chez les médecins généralistes l'idée d'un lien entre la vaccination anti-HPV et anti-hépatite B, comme évoqué précédemment chez les jeunes filles.

Dans le nord de la France, une étude qualitative utilisant la technique des focus groups et des entretiens individuels semi-dirigés auprès de médecins traitants et de parents d'adolescentes mettait en lumière de nombreuses interrogations sur l'innocuité et les conséquences à long terme de la vaccination anti-HPV. La notion qui ressortait était le manque d'informations et/ou la désinformation [56].

Enfin, plus récemment, en 2016, et toujours en Nord-Pas-de-Calais, une étude qualitative par entretiens semi-dirigés a mis en avant plusieurs difficultés évoquées par 20 médecins généralistes. Ces difficultés étaient : l'abord de la sexualité, les réticences parentales au vaccin anti-HPV, les réserves des patients sur la vaccination en général, le manque d'information et de temps de formation des médecins, les lobbies anti-vaccins, les polémiques autour du vaccin de l'hépatite B et de la grippe, et enfin une médiatisation inefficace voire négative.

On note au fil des ans, notamment de 2011 à 2016, une modification du discours des médecins qui semblent être de plus en plus favorables à la vaccination anti-HPV. C'est important car l'ensemble des médecins généralistes doit être formé à avoir un discours unitaire, convaincant, rassurant, et scientifiquement valide sur le vaccin, qu'ils puissent partager avec leurs patients.

Dans notre étude, nous mettons en évidence que les jeunes filles résidant en zone rurale, confèrent au médecin généraliste un rôle plus important, en tant que ressource notamment. Il s'agit possiblement du fait, qu'à la campagne, le médecin garde plus facilement une image de « médecin de famille » et notamment auprès des enfants qu'il peut suivre depuis la naissance.

En conclusion, le médecin traitant, reconnu comme personne de confiance, délivre l'information et s'efforce de rassurer les parents. Il a un rôle clé dans la proposition et l'acceptation vaccinale, et se trouve donc être un levier à la vaccination HPV.

IV.3.3. Rôle des parents

Notre étude met bien en évidence l'importance des parents, et notamment la mère, en tant que source d'information des jeunes filles. La catégorie socioprofessionnelle des professions intermédiaires chez les mères est mise en avant du fait qu'il s'agit en grande partie de professions en lien avec la santé.

On retrouve notamment parmi les 13 professions intermédiaires cinq infirmières, une préparatrice en pharmacie, une orthoprothésiste, une assistante sociale.



Aux Etats-Unis, une étude publiée en 2015 dans la revue « Papillomavirus Research » souligne que la vaccination débute aux Etats-Unis généralement à partir de l'âge de 12 ans. Cependant, plus la mère de la jeune fille a un niveau d'études élevé, plus la vaccination est tardive. Or quand la vaccination est tardive par rapport aux recommandations, le risque augmente de ne pas recevoir un schéma vaccinal complet [57].

En France, une étude descriptive menée de Mai à Août 2016 au sein du service d'accueil des urgences pédiatriques du centre hospitalier de Mâcon a été menée auprès des parents de jeunes filles en âge d'être vaccinées, par remise d'un questionnaire. La moyenne d'âge était de 15 ans. 31% des filles étaient vaccinées, et environ 70% d'entre elles avaient reçu un schéma vaccinal complet. Parmi les filles non-vaccinées, près de deux tiers d'entre elles ne l'étaient pas du fait d'une hésitation vaccinale des parents [58].

Les facteurs associés de façon significative au recours et au non recours des parents à la vaccination HPV sont :

- le statut matrimonial (moins de vaccination si union libre ou pacs des parents),
- le niveau d'études (moins de vaccination si parents titulaires d'un CAP/BEP, plus de vaccination si parents non diplômés),
- la source et l'information sur les vaccins anti-HPV (vaccination plus importante si la source se trouve être le médecin traitant et lorsque les parents sont bien informés),
- l'existence de réticences envers les vaccins anti-HPV (moins de vaccination en cas de réticences),
- le recours à d'autres vaccinations non obligatoires (meilleur taux de vaccination si vaccination effectuée contre la grippe et l'hépatite B).

Nous retrouvons l'aspect de corrélation avec l'hépatite B dans cette étude à Mâcon. Par contre, les conclusions sur le niveau d'étude sont étonnantes et mériteraient peut-être d'étudier plus profondément la question.

Plusieurs études récentes ont étudié chez les parents les freins à cette vaccination. Dans une étude menée en Haute-Normandie en 2017, auprès de parents de jeunes filles de 11 à 19 ans, il persiste de nombreuses interrogations sur le vaccin, notamment sur son innocuité et ses conséquences à long terme. Les parents s'estiment être mal informés dans un contexte de défiance envers l'état et les institutions [59].

Une autre étude en Nord-Pas-de-Calais-Picardie, datant de 2016, chez des parents de jeunes filles de 11 à 19 ans, met en évidence que les freins à la vaccination anti-HPV sont le risque de maladies auto-immunes, des doutes sur l'utilité et l'efficacité du vaccin et enfin le manque d'informations [60].



IV.3.4. Comment améliorer la couverture vaccinale chez les jeunes filles ?

Il s'agit de trouver des pistes pour améliorer la couverture vaccinale. Il paraît évident qu'un accès à une information claire et plus systématique améliorerait l'acceptabilité de ce vaccin auprès des jeunes filles et de leurs parents.

La médiatisation des effets secondaires graves attribués à cette vaccination, l'hésitation des médecins et le prix du vaccin sont de véritables obstacles à cette vaccination. De plus, la connotation sexuelle du vaccin persiste malgré les modifications du calendrier vaccinal.

N'importe quel motif de consultation peut représenter une occasion d'aborder la vaccination avec la jeune fille et ses parents. Les médecins généralistes sont conscients de la nécessité de poursuivre leurs efforts auprès des patientes et de leur famille. Dans ce contexte, cela pourrait être plus que bénéfique d'accentuer la formation des médecins sur la réalisation d'entretiens motivationnels.

Les médecins généralistes indiquent cependant leur souhait d'un soutien plus clair des médias et des autorités sanitaires. De nouvelles campagnes d'information ciblées et claires, l'engagement des autorités sanitaires et une lutte contre la désinformation leur apparaissent indispensables. Les autorités de santé publique doivent prendre des mesures plus efficaces pour restaurer la confiance envers les vaccins HPV, et ainsi augmenter la couverture vaccinale HPV en France.

Ces mesures devront avoir pour objectif d'informer de façon adaptée, en ayant une maîtrise de l'information. Cela permettra de lutter contre la désinformation engendrée par les courants anti-vaccinaux et de donner aux médecins généralistes, les moyens de vacciner.

La diminution du coût du vaccin, la dissociation entre vaccin et sexualité, la poursuite des recherches sur le vaccin et les adjuvants sont des pistes pour rendre son acceptabilité meilleure.

Enfin, il faut peut-être envisager de nouvelles recommandations concernant la vaccination anti-HPV des garçons. Cela pourrait permettre de déstigmatiser cette vaccination, en lui donnant un statut de vaccination présente dans le schéma vaccinal de tous les enfants, filles et garçons. Il y aurait probablement un renforcement de la dissociation entre vaccin et sexualité.



Dans le contexte d'obligation vaccinale rentrant en vigueur en 2018, une idée pourrait être de créer une consultation obligatoire lors de l'entrée au collège. Cette consultation pourrait avoir un statut de consultation complexe.

En effet, une nouvelle catégorie de consultation entre en vigueur à partir du 1^{er} Novembre 2017. Cela concerne notamment la première consultation de contraception et les rendez-vous de prévention, par exemple autour des IST.

Cette consultation serait l'occasion propice pour parler de la vaccination anti-HPV, répondre aux questions de l'enfant et de ses parents. Il s'agirait de faire un bilan de façon générale (habitudes alimentaires, sommeil, croissance...facteurs importants à prendre en compte chez des pré-adolescents) pour faire le point sur l'état de santé de l'enfant.



Conclusion

La vaccination est l'un des grands succès de la santé publique. Des millions de vies ont pu être sauvées grâce à ce geste de prévention. En France, l'arrêt de la transmission, voire l'élimination de certaines maladies infectieuses est possible si chacun recourt à la vaccination pour se protéger mais aussi pour protéger les autres.

Cependant, l'influence actuelle des médias et d'internet justifie la mise en oeuvre de moyens pour lutter contre la nuisance des informations non scientifiques et erronées.

Notre travail a été réalisé dans le but de percevoir l'avis des jeunes filles sur la vaccination anti-HPV, du fait d'une couverture vaccinale largement insuffisante dans notre pays. La population à vacciner n'est pas assez impliquée dans la démarche vaccinale et il en découle un manque de connaissances.

Il faut recentrer la décision vaccinale au cœur du trio jeune fille, parents, médecin. Le médecin généraliste a un rôle primordial à tenir pour délivrer les informations auprès des jeunes filles et de leurs parents, et favoriser l'acceptabilité du vaccin.

L'ensemble des professionnels de santé doit être formé de façon à avoir un discours unitaire, convaincant, rassurant, scientifiquement valide sur la vaccination, d'autant plus dans le contexte d'obligation vaccinale entrant en mesure en Janvier 2018.



Références bibliographiques

- [1] Institut national de la santé et de la recherche médicale, « Cancer : Enjeux médicaux ». [En ligne]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/thematiques/cancer/enjeux/enjeux-medicaux>.
- [2] Institut de veille sanitaire, « Aide-mémoire / Infections à papillomavirus / Maladies à prévention vaccinale / Maladies infectieuses / Dossiers thématiques / Accueil ». [En ligne]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/fr../Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Infections-a-papillomavirus/Aide-memoire>.
- [3] Institut national du cancer, « La situation du cancer en France en 2012 », Boulogne-Billancourt, Décembre 2012.
- [4] Institut national du cancer, « Les cancers en France en 2016 », L'essentiel des faits et chiffres », Décembre 2016.
- [5] Institut de veille sanitaire, « Evaluation du programme de dépistage du cancer du col de l'utérus / Evaluation des programmes de dépistage des cancers / Cancers / Maladies chroniques et traumatismes / Dossiers thématiques / Accueil ». [En ligne]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Evaluation-des-programmes-de-depistage-des-cancers/Evaluation-du-programme-de-depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus>.
- [6] Ministère des Affaires sociales et de la santé, « Questions-réponses - Vaccin anti-papillomavirus humain Gardasil® - Préserver sa santé ». [En ligne]. Disponible sur: <http://social-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/article/questions-reponses-vaccin-anti-papillomavirus-humain-gardasil-r>.
- [7] Ministère des Affaires sociales et de la Santé, « Papillomavirus humains (HPV) et cancer du col de l'utérus - Maladies ». [En ligne]. Disponible sur: <http://social-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/article/papillomavirus-humains-hpv-et-cancer-du-col-de-l-uterus>.
- [8] C. Badoual, E. Tartour, H. Roussel, A.S. Bats, J. Pavie, S. Pernot, L. Weiss, A. Si Mohamed, J. Thariat, C. Hoffmann, H. Péré, « Impact de l'HPV (Human Papilloma Virus) dans les carcinomes autres que gynécologiques », vol. 36, p. 540-547, Août 2015.
- [9] M. Segondy, « Papillomavirus et cancer », *Revue Francophone des Laboratoires*, vol. 2013, n° 456, p. 57-66, nov. 2013.
- [10] Roger Dachez, *Le cancer du col de l'utérus*. .
- [11] Infocancer - ARCAGY - Groupe GINECO, « Localisations - Cancers féminins - Cancer du col de l'utérus - Maladie - Les cancers du col de l'utérus ». [En ligne]. Disponible sur: <http://www.arcagy.org/infocancer/localisations/cancers-feminins/cancer-du-col-de-l-uterus/maladie/les-tumeurs-malignes.html>.
- [12] N. Duport, K. Haguenoer, R. Ancelle-Park, et J. Bloch, « Dépistage organisé du cancer du col de l'utérus », *Evaluation épidémiologique des quatre départements «pilotes». Institut de veille sanitaire*, 2007.
- [13] A. V. Ramanakumar *et al.*, « Incidence and duration of type-specific human papillomavirus infection in high-risk HPV-naïve women: results from the control arm of a phase II HPV-16/18 vaccine trial », *BMJ Open*, vol. 6, n° 8, p. e011371, 2016.



- [14]M. De Oliveira, « Connaissances et ressenti des patientes sur les moyens de prévention et les techniques de dépistage du cancer du col de l'utérus et du cancer du sein en médecine générale », Thèse d'exercice, Université de Montpellier. Faculté de médecine, France, 2017.
- [15]B. Blanc, *Le dépistage du cancer du col de l'utérus*. Paris Berlin Heidelberg [etc.]: Springer, 2005.
- [16]« GARDASIL_01022012_AVIS_CT10759 - gardasil_01022012_avis_ct10759.pdf ». [En ligne]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-03/gardasil_01022012_avis_ct10759.pdf.
- [17]O. Bonneau et S. Ranger-Rogez, « Les infections à HPV: leur prévention, le Gardasil® », s.n., S.I., 2009.
- [18]D. M. Harper et L. R. DeMars, « HPV vaccines – A review of the first decade », *Gynecologic Oncology*, avr. 2017.
- [19]P. Bégué, *Les vaccins des papillomavirus humains: leur place dans la prévention du cancer du col utérin*. Cachan: Éd. médicales internationales, 2009.
- [20]Institut de veille sanitaire, « Surveillance sanitaire en région Bourgogne et Franche-Comté. Point au 9 juin 2016. / 2016 / Bourgogne / Franche-Comté / Tous les numéros / Points épidémiologiques / Publications et outils / Accueil ». [En ligne]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/fr/Publications-et-outils/Points-epidemiologiques/Tous-les-numeros/Bourgogne-Franche-Comte/2016/Surveillance-sanitaire-en-region-Bourgogne-et-Franche-Comte.-Point-au-9-juin-2016>.
- [21]HCSP, « Vaccination contre les infections à papillomavirus humains des jeunes filles de 14 à 23 ans », Haut Conseil de la Santé Publique, Paris, déc. 2010.
- [22]HCSP, « Infections à HPV : nouveau schéma vaccinal du vaccin Gardasil® », Haut Conseil de la Santé Publique, Paris, mars 2014.
- [23]HCSP, « Infections à HPV : nouveau schéma vaccinal du vaccin Cervarix® », Haut Conseil de la Santé Publique, Paris, févr. 2014.
- [24]Ministère des Affaires sociales et de la santé, « Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2017 ». Avril-2017.
- [25]HCSP, « Recommandations vaccinales contre les infections à papillomavirus humains chez les hommes », Haut Conseil de la Santé Publique, Paris, févr. 2016.
- [26]G. Dufour, « Vaccination anti papillomavirus des homosexuels en cabinet de médecine générale », Thèse d'exercice, Université du droit et de la santé, Lille, France, 2017.
- [27]J. Denizot et H. Bezanahary, « La vaccination des patients adultes ayant une maladie auto-immune systémique en médecine générale », s.n., S.I., 2013.
- [28]Institut national du cancer, « La vaccination contre les HPV pour se protéger du cancer du col de l'utérus - Infections ». [En ligne]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Reduire-les-risques-de-cancer/Infections/Vaccination-anti-HPV-et-cancer-du-col-de-l-uterus>.
- [29]C. Longueville *et al.*, « Érythème noueux induit par le Gardasil® », *La Revue de Médecine Interne*, vol. 33, n° 3, p. e17-e18, mars 2012.



- [30] « Vidal.fr - La base de données en ligne des prescripteurs libéraux ». [En ligne]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/>.
- [31] L. Zhai et E. Tumban, « Gardasil-9: A global survey of projected efficacy », *Antiviral Research*, vol. 130, p. 101-109, juin 2016.
- [32] T. Kirby, « FDA approves new upgraded Gardasil 9 », *The Lancet Oncology*, vol. 16, n° 2, p. e56, févr. 2015.
- [33] HCSP, « Prévention des infections à HPV : place du vaccin Gardasil 9® », Haut Conseil de la Santé Publique, Paris, févr. 2017.
- [34] T. Kirby, « Australia to be first country to vaccinate boys against HPV », *The Lancet Oncology*, vol. 13, n° 8, p. e333, août 2012.
- [35] M.-A. Balinska et C. Léon, « Opinions et réticences face à la vaccination », *La Revue de Médecine Interne*, vol. 28, n° 1, p. 28-32, janv. 2007.
- [36] J. Leclerc et S. Ranger-Rogez, « La vaccination: histoire et conséquences épidémiologiques », s.n., S.I., 2011.
- [37] « Résumé des conclusions et recommandations du SAGE (Groupe stratégique consultatif d'experts) de l'OMS sur la réticence à la vaccination ». Février-2015.
- [38] J. Fiquet-Peuch, « Les réticences des patients à la vaccination. Approche du ressenti des patients. Etude sur 3 vaccinations particulières », exercice, Université Toulouse III - Paul Sabatier, 2014.
- [39] P. Bégué, M. Girard, H. Bazin, et J.-F. Bach, « Les adjuvants vaccinaux: quelle actualité en 2012 », *Paris: Académie nationale de Médecine*, 2012.
- [40] Pierre Bégué, « Réponses aux réticences de la population vis-à-vis des vaccins », Institut Pasteur, Avril-2014.
- [41] Concertation citoyenne sur la vaccination, « RAPPORT SUR LA VACCINATION Comité d'orientation de la concertation citoyenne sur la vaccination », nov. 2016.
- [42] « Vaccination contre les infections à HPV et risque de maladies auto-immunes : une étude Cnamts/ANSM rassurante - Point d'information - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé ». [En ligne]. Disponible sur: <http://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Vaccination-contre-les-infections-a-HPV-et-risque-de-maladies-auto-immunes-une-etude-Cnamts-ANSM-rassurante-Point-d-information>.
- [43] D. M. Gertig, J. M. L. Brotherton, A. C. Budd, K. Drennan, G. Chappell, et A. M. Saville, « Impact of a population-based HPV vaccination program on cervical abnormalities: a data linkage study », *BMC Med*, vol. 11, p. 227, oct. 2013.
- [44] S. N. Tabrizi *et al.*, « Fall in Human Papillomavirus Prevalence Following a National Vaccination Program », *J Infect Dis*, vol. 206, n° 11, p. 1645-1651, déc. 2012.
- [45] L. E. Markowitz *et al.*, « Reduction in human papillomavirus (HPV) prevalence among young women following HPV vaccine introduction in the United States, National Health and Nutrition Examination Surveys, 2003-2010 », *J. Infect. Dis.*, vol. 208, n° 3, p. 385-393, août 2013.



- [46]S. Miranda, C. Chaignot, C. Collin, R. Dray-Spira, A. Weill, et M. Zureik, « Human papillomavirus vaccination and risk of autoimmune diseases: A large cohort study of over 2million young girls in France », *Vaccine*, vol. 35, n° 36, p. 4761-4768, août 2017.
- [47]L. Grimaldi-Bensouda *et al.*, « Risk of autoimmune diseases and human papilloma virus (HPV) vaccines: Six years of case-referent surveillance », *J. Autoimmun.*, vol. 79, p. 84-90, mai 2017.
- [48]AUBIN-AUGER I, MERCIER A, BAUMANN L et al., « Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008 ; 84 : p.142-145. »
- [49]Joëlle KIVITS, Myriam WINANCE et Frédéric BALARD, Cécile FOURNIER, *Les recherches qualitatives en santé*, Armand Colin. 2016.
- [50]A. Bour et B. Folco-Lognos, *Influence des connaissances et des sources d'information de la jeune fille dans le cadre de la vaccination anti-HPV*. France, 2017.
- [51]J. Charlois, *Enquête sur la connaissance et sur facteurs influençant la vaccination anti-HPV menée en 2015 auprès des jeunes filles de 3ème du Collège Jean Moulin de Tomblaine*. France, 2016.
- [52]M. Segailat, « Les freins à la vaccination contre les papillomavirus: étude qualitative à partir d'entretiens semi-dirigés de 23 adolescentes de 16 à 18 ans scolarisées sur le secteur de Mont de Marsan (40) », Thèse d'exercice, Université de Bordeaux, 2014-....., France, 2017.
- [53]P. Moulin, « Les freins à la vaccination contre le papillomavirus: enquête auprès de 85 médecins généralistes de Midi-Pyrénées », Thèse d'exercice, Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil, France, 2011.
- [54]J. Mary, D. Cambon, J. Gomes, F. Cazenave-Roblot, G. Agius, et Université de Poitiers. UFR de médecine et de pharmacie, *Vaccination contre les infections à Papillomavirus et recommandations: état des lieux des pratiques en médecine générale en Charente-Maritime*. France, 2014.
- [55]P.-Y. Sambardier et S. Macé, « Quelles sont les perceptions du vaccin anti-HPV par les médecins généralistes et quelles sont leurs attitudes face à une patiente réticente ? : Étude qualitative par entretien semi-dirigé auprès de médecins généralistes de Haute-Savoie », Thèse d'exercice, Université Joseph Fourier, Grenoble, France, 2014.
- [56]M. Salembier, « Réticences vis-à-vis du vaccin contre le human papillomavirus et solutions envisagées à partir d'une étude qualitative réalisée auprès de médecins traitants et de parents d'adolescentes », Thèse d'exercice, Université du droit et de la santé, Lille, France, 2014.
- [57]D. C. Beachler, F. A. Gonzales, S. C. Kobrin, et A. R. Kreimer, « HPV vaccination initiation after the routine-recommended ages of 11–12 in the United States », *Papillomavirus Research*, vol. 2, p. 11-16, déc. 2016.
- [58]N. Sellami et N. Sellami, *Etude de la vaccination anti-papillomavirus et des facteurs associés à son recours ou à son non recours: enquête menée auprès des parents de jeunes filles âgées de 11 ans et plus consultant aux urgences pédiatriques du centre hospitalier de Mâcon*. France, 2017.



- [59]A. Huchet, « Motifs de refus de la vaccination anti papillomavirus étude qualitative réalisée auprès des parents de jeunes filles entre 11 et 19 ans en Haute Normandie », Thèse d'exercice, Université de Rouen, France, 2017.
- [60]M. Décarpigny-François, « Freins à la vaccination contre le papillomavirus chez les parents des filles de 9 à 19 ans inclus dans le Nord-Pas-de-Calais-Picardie en 2016 », Thèse d'exercice, Université du droit et de la santé, Lille, France, 2016.



Annexes

Annexe 1. Avis du comité d'éthique	89
Annexe 2. Guide d'entretien.....	90
Annexe 3. Courrier adressé au chef d'établissement	91
Annexe 4. Accord de l'inspection académique	92
Annexe 5. Formulaire de consentement à destination des parents	93
Annexe 6. Flyer.....	94
Annexe 7. Lettre d'information adressée aux parents pour la réalisation de l'entretien (exemple à Châlus).....	95
Annexe 8. Lettre d'information de non-réalisation de l'entretien	96
Annexe 9. Fiche de recueil des données sociodémographiques.....	97
Annexe 10. Exemple de codage axial : les ressources	98
Annexe 11 : Codage matriciel	99



Annexe 1. Avis du comité d'éthique

CHU LIMOGES

Comité d'Ethique

Président : Docteur Gérard TERRIER

Avis 199-2016-13

Projet de thèse : « *Etude de la vaccination anti-HPV à travers le regard des patientes concernées en Haute-Vienne* » réalisée en collaboration avec les collègues du département et présentée par Madame S. DAL COL, interne en médecine générale, Faculté de Médecine de Limoges.

Madame S. DAL COL explique les démarches entreprises et les différentes étapes de cette étude, échange longuement avec les membres puis se retire.

Le Comité d'Ethique délibère et rend l'avis suivant à l'unanimité des membres présents :
Le Comité d'Ethique, réuni le 28 avril 2016, n'émet aucune réserve éthique au projet de thèse intitulé « *Etude de la vaccination anti-HPV à travers le regard des patientes concernées en Haute-Vienne* » présentée par Madame S. DAL COL, interne en médecine générale, Faculté de Médecine de Limoges.

Avis émis en Comité d'Ethique du 28 avril 2016 et enregistré sous le n°199-2016-13.



Docteur Gérard TERRIER

Secrétariat : *Caroline TAURON*

05 55 05 86 14 (poste : 58 614) *comite.ethique@chu-limoges.fr*
(Service d'accompagnement et de soins palliatifs)

Annexe 2. Guide d'entretien

GUIDE D'ENTRETIEN

Nous allons commencer l'entretien. Me confirmes-tu que tu es bien d'accord pour répondre à mes questions ?

Si jamais tu ne comprends pas une question, n'hésites pas à me demander de la reformuler. Ok ? C'est parti !

1/ Dans quelles circonstances as-tu pu parler de sexualité ou de maladie gynécologique ?

2/ Que connais-tu comme maladie sexuelle ou gynécologique ? Qu'en penses-tu (peur...) ?

3/ Y a-t-il des moyens de les éviter ?

4/ Que sais-tu du vaccin contre le cancer du col de l'utérus ? (nom du vaccin, modalités de vaccination, avantages et inconvénients) ?

5/ Es-tu vaccinée ? Si oui, pourquoi ? Si non, envisages tu de le faire ? Si oui ou si non, pourquoi ?

6/ Si tu souhaites plus de renseignements, à qui t'adresseras tu ?



Annexe 3. Courrier adressé au chef d'établissement

Mademoiselle Sonia DAL COL
Interne de Médecine Générale
Appt A23 ; 10 allée de la Cornue
87 000 LIMOGES
Tel : 06 26 07 29 61

à

Monsieur Le Principal,

OBJET : Demande d'autorisation pour une recherche universitaire (thèse de doctorat en médecine) auprès des collégiennes durant l'année scolaire 2016/2017.

Monsieur Le Principal,

Nous menons actuellement une étude dans le cadre d'un doctorat en médecine à l'Université de Limoges. Il s'agit d'une étude sur la vaccination contre le papillomavirus, pour lutter contre le cancer du col de l'utérus.

Les objectifs principaux de cette recherche sont d'évaluer la perception de la vaccination anti-HPV chez les collégiennes, qui représentent la population concernée, et de trouver des moyens de promotion en engageant la discussion.

Nous sollicitons votre autorisation afin de mener un entretien auprès des collégiennes dans le cadre de votre établissement, après l'obtention d'une autorisation parentale signée. Avec votre accord, cette étude aurait lieu au cours de l'année 2016. Bien évidemment, nous respecterons l'anonymat et la confidentialité des réponses.

Par conséquent, nous souhaiterions vous rencontrer pour vous présenter au mieux notre projet afin d'envisager ensemble les modalités de réalisation de cette étude. Nous restons à votre disposition pour tout renseignement complémentaire. Lors de cet entretien, nous pourrions échanger et programmer les démarches concrètes avec votre accord.

Vous pouvez me contacter au 06 26 07 29 61, par mail à l'adresse « sonia.dal-col@etu.unilim.fr » ou par adresse postale « Appt A23 10, allée de la Cornue 87000 LIMOGES ».

En espérant obtenir votre précieuse collaboration avec notre Université, nous vous prions d'agréer, Monsieur le Principal, l'expression de nos très cordiales salutations.

Sonia DAL COL
Interne de Médecine Générale

Docteur Karen RUDELLE
Médecin Généraliste



Annexe 4. Accord de l'inspection académique

 <p>académie Limoges</p> <p>direction des services départementaux de l'éducation nationale Haute-Vienne</p>	 <p>Liberté • Égalité • Fraternité REPUBLIQUE FRANÇAISE</p>	<p>Limoges, le 24 mai 2016</p>
	<p>L'inspecteur d'académie Directeur académique des services de l'Education nationale de la Haute-Vienne</p>	
	<p>à Mesdames Messieurs les chefs d'établissement Destinataire in fine</p>	
<p>Service de promotion de la santé en faveur des élèves</p>	<p>Objet : recueil de données en vue de l'obtention d'une thèse de doctorat en médecine.</p>	
<p>Affaire suivie par Isabelle DOLADILLE Médecin Conseiller Technique</p> <p>Références ID/MC/017 Téléphone 05 55 11 41 81 Télécopie 05 55 11 43 90 Mél isabelle.doladille@ac-limoges.fr Site internet http://ia87.ac-limoges.fr/</p>	<p>Madame Sonia DAL COL, interne en médecine générale, souhaite travailler pour l'obtention de sa thèse de doctorat en médecine sur l'impact de la vaccination contre le papilloma virus chez des adolescentes scolarisées en collège à partir de la classe de 5^{ème}.</p>	
	<p>Elle proposera un entretien personnalisé, enregistré, sous forme d'une discussion sur la connaissance de la vaccination dans un but de prévention uniquement et non d'indication de vaccination. L'entretien pourra se faire soit en milieu scolaire soit à domicile selon le choix des parents.</p>	
	<p>Madame Dal Col précise bien n'avoir aucun intérêt particulier dans le cadre de cette étude (loi du 4/03/2002 et décret du 28 mars 2007), elle a reçu un avis favorable du comité d'éthique sur la présentation de son projet de travail.</p>	
	<p>Un formulaire de consentement écrit sera adressé aux parents avant toute rencontre avec l'élève.</p>	
	<p>Les données seront traitées de manière strictement anonymes et conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Les parents disposent d'un droit d'opposition à la transmission des données qui seront couvertes par le secret médical.</p>	
	<p>Un échantillonnage d'établissement a été réalisé au niveau de la DSDEN 87.</p>	
	<p>Je vous remercie par avance de faciliter le bon déroulement de cette action.</p>	
<p>adresse postale Direction des services départementaux de l'Éducation nationale 13 rue François Chénieux CS 13123 87031 Limoges cedex 1</p> <p>adresse géographique 13 rue François Chénieux CS 13123 87031 Limoges cedex 1</p>	<p>Laurent LE MERCIER</p> 	



Annexe 5. Formulaire de consentement à destination des parents

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DE PARTICIPATION A UNE ETUDE CLINIQUE A DESTINATION DES PARENTS D'ENFANTS MINEURS

Chère Madame, Cher Monsieur,

Nous menons une recherche dans le cadre d'un doctorat en médecine à l'Université de Limoges sur l'impact de la vaccination contre le papillomavirus, vaccination ayant pour but de lutter contre le cancer du col de l'utérus.

Nous souhaiterions que vous autorisiez votre fille à participer à un entretien enregistré au sein de son collège dans la mesure du possible ou à votre domicile. Votre fille sera invitée à répondre à des questions, sachant que cet entretien n'a pas pour but de la convaincre d'être vaccinée mais seulement d'engager une discussion autour de la prévention.

Toutes les données recueillies demeureront strictement confidentielles. Dans le plus strict respect du secret professionnel et médical, l'anonymat sera préservé. La publication éventuelle des résultats de l'étude ne comportera aucune donnée individuelle. Les informations obtenues feront l'objet d'un traitement informatisé conformément à la loi n° 2004-801 du 6 Août 2004 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel et modifiant la loi n° 78-17 du 6 Janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Nous déclarons également ne pas avoir de conflits d'intérêt particuliers dans le cadre de cette étude (loi du 04 Mars 2002 et décret du 28 Mars 2007).

Vous pourrez prendre connaissance des résultats de l'étude dans sa globalité lorsqu'elle sera achevée, sachant que les entretiens débiteront en Septembre 2016. Pour toute question éventuelle, vous êtes invités à contacter Sonia Dal Col (tel. 06 26 07 29 61).

Nous vous remercions de votre précieuse collaboration à cette recherche et nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Compte-tenu des informations qui m'ont été transmises :

- OUI**, j'accepte que ma fille participe à l'étude
 - à domicile
 - au collège

- NON**, je n'accepte pas qu'elle participe à l'étude (veuillez si possible indiquer le motif du refus) :

.....

Nom : Prénom :

Collège : Classe :

Téléphone :

Signature du ou des parents :

Signature de l'investigateur :



Annexe 6. Flyer

ET SI NOUS EN
DARLIONS
ENSEMBLE ?



ET SI VOUS
EN DISCUTIEZ
ENTRE
COPINES ?



Pour me contacter :
Sonia DAL COL
Mail : sonia.dal-col@etu.unilim.fr
Tel : 06 26 07 29 61



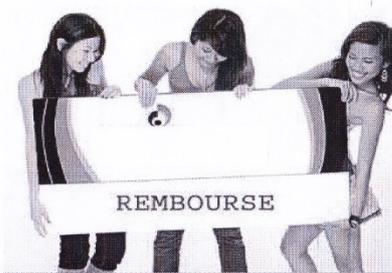
HPV

Papillomavirus

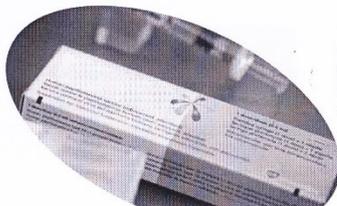



Département
Universitaire
Médecine
Générale

Faculté de Médecine
2 rue du Docteur Marceland 87025
LIMOGES



HPV : Qu'est-
ce que c'est ?



Vous vous posez
des questions ?
J'aimerais savoir
si vous connaissez
ce vaccin et savoir
ce que vous en
pensez !

Je souhaite simplement vous
rencontrer avec l'accord de vos
parents pour vous poser quelques
questions sur le sujet ! Et comme
vous en vous en doutez, notre
conversation restera
confidentielle ;)



N'oubliez pas de faire signer
l'autorisation parentale ci-jointe
pour participer !

Annexe 7. Lettre d'information adressée aux parents pour la réalisation de l'entretien (exemple à Châlus)

Chère Madame, Cher Monsieur,

Vous avez signé une *autorisation parentale en juin 2016, en accord avec votre fille, concernant la réalisation d'un entretien dans le cadre de la vaccination contre le papillomavirus.*

Je vous en remercie vivement et vous informe que je vais intervenir au collège Pierre Desproges, le 22 Septembre en dehors des heures de cours.

Dans le cadre de mon étude, je souhaiterais prendre connaissance du tableau de vaccinations de votre fille. Merci de bien vouloir lui confier son carnet de santé ou une photocopie du tableau correspondant.

Bien cordialement,

Sonia DAL COL
Interne de Médecine Générale,
Faculté de Limoges



Annexe 8. Lettre d'information de non-réalisation de l'entretien

Madame, Monsieur,

J'ai sollicité la participation de votre fille en 2016 à un entretien avec moi, au sein du collège, dans le cadre de ma thèse médicale concernant la vaccination contre le papillomavirus. Après réalisation de plusieurs entretiens par tirage au sort dans 6 collèges de la Haute-Vienne, j'ai maintenant assez de données pour pouvoir débiter l'analyse des résultats.

Je vous remercie vivement d'avoir donné votre autorisation malgré tout et suis désolée de ne pas pouvoir réaliser cet entretien avec votre fille.

Je vous invite à vous rapprocher de votre médecin traitant si vous souhaitez avoir plus de renseignements concernant cette vaccination. Vous pourrez si vous le souhaitez, par le biais du collège, prendre connaissance des résultats de la thèse suite à la soutenance prévue au cours de l'année 2017.

Bien cordialement,

Sonia DAL COL
Remplaçante en médecine générale



Annexe 9. Fiche de recueil des données sociodémographiques

Année de Naissance :

Age :

Classe :

Nombre de frères et sœurs :

Profession du père :

Profession de la mère :

Adresse :

Suivi médecin traitant : < 3 mois entre 3 et 6 mois > 6 mois

Vaccinations à jour :

DTPOLIO COQ	ROR	HEPATITE B	MENINGOCOQUE	PAPILLOMAVIRUS



Annexe 10. Exemple de codage axial : les ressources

	A	B	C	D	E	F	G	H	I
Elève	2	6	22	5	2	5	32	2	3
Elève 1	0	0	0	0	0	1	2	0	0
Elève 2	0	0	1	2	0	0	1	0	0
Elève 3	0	0	1	0	0	0	1	0	0
Elève 4	0	0	1	0	0	0	1	0	0
Elève 5	0	0	1	0	0	0	1	0	0
Elève 6	0	2	0	0	0	1	2	1	0
Elève 7	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Elève 8	0	0	1	1	0	0	0	0	0
Elève 9	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Elève 10	0	0	1	0	0	0	1	0	0
Elève 11	0	0	1	0	0	0	1	0	0
Elève 12	0	0	1	0	0	0	1	0	0
Elève 13	0	0	1	0	0	0	1	0	0
Elève 14	1	0	0	0	0	0	2	0	0
Elève 15	0	1	1	1	0	0	0	0	0
Elève 16	0	0	0	0	0	1	1	1	0
Elève 17	0	0	1	0	0	0	1	0	0
Elève 18	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Elève 19	0	0	1	0	0	0	1	0	0
Elève 20	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Elève 21	0	0	0	0	0	0	2	0	0
Elève 22	1	0	0	0	1	0	1	0	0
Elève 23	0	0	0	0	1	0	1	0	0
Elève 24	0	2	1	0	0	0	1	0	0
Elève 25	0	0	0	1	0	1	1	0	0
Elève 26	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Elève 27	0	0	1	0	0	1	1	0	0
Elève 28	0	0	1	0	0	0	1	0	0
Elève 29	0	1	1	0	0	0	1	0	0
Elève 30	0	0	0	0	0	0	1	0	2
Elève 31	0	0	1	0	0	0	1	0	0
Elève 32	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Elève 33	0	0	1	0	0	0	1	0	0
Elève 34	0	0	1	0	0	0	1	0	1

A : Ressources entourage

B : Ressources médias

C : Ressources médecin généraliste

D : Ressources gynécologue

E : Ressources fratrie

F : Ressources infirmière scolaire

G : Ressources parents

H : Ressources investigateur travail de thèse

I : Ressources pédiatre



Annexe 11 : Codage matriciel

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
Elève	43	128	135	28	46	125	92	43	56	77	98
Age = 11 ans (5)	6	11	15	1	3	15	9	5	4	9	10
Age = 12 ans (9)	12	37	35	6	5	34	21	14	15	24	29
Age = 13 ans (11)	13	46	49	10	21	37	33	13	25	24	35
Age = 14 ans (8)	11	31	31	11	15	35	26	10	9	18	21
Age = 15 ans (1)	1	3	5	0	2	4	3	1	3	2	3
Lieu d'habitation = Rural (19)	23	80	74	16	22	80	50	29	33	44	56
Lieu d'habitation = Urbain (15)	20	48	61	12	24	45	42	14	23	33	42
Profession de la mère = Employée (14)	15	49	58	10	25	54	40	22	21	25	41
Profession de la mère = Cadre et profession intellectuelle supérieure (6)	10	23	21	6	6	22	12	6	9	18	11
Profession de la mère = Profession intermédiaire (13)	17	51	49	10	15	47	38	13	25	32	42
Profession de la mère = Autre personne sans activité professionnelle (1)	1	5	7	2	0	2	2	2	1	2	4
Profession du père = Employé (9)	10	42	39	11	6	37	21	17	11	22	29
Profession du père = Cadre et profession intellectuelle supérieure (6)	8	18	21	4	11	19	16	5	12	16	18
Profession du père = Profession intermédiaire (7)	10	24	28	4	13	21	24	5	12	11	14
Profession du père = Agriculteur exploitant (1)	1	2	5	0	0	4	2	2	0	2	3
Profession du père = Artisan, Commerçant et chef d'entreprise (3)	6	11	12	3	2	12	5	4	5	6	6
Profession du père = Ouvrier (6)	6	22	22	5	13	22	16	8	14	15	23
Suivi médecin traitant = Inférieur à 3 mois (18)	26	67	75	20	35	70	50	22	33	47	56
Suivi médecin traitant = Entre 3 et 6 mois (7)	7	28	26	3	8	21	16	7	12	12	17
Suivi médecin traitant = Supérieur à 6 mois (9)	10	33	34	5	3	34	26	14	11	18	25
DTPolio Coqueluche = A jour (33)	41	120	126	25	37	118	87	41	50	72	90
DTPolio Coqueluche = Non à jour (1)	2	8	9	3	9	7	5	2	6	5	8
ROR = A jour (33)	42	124	128	26	38	121	90	42	53	74	95
ROR = Non à jour (1)	1	4	7	2	8	4	2	1	3	3	3
Hépatite B = A jour (21)	23	66	73	11	23	72	50	20	36	43	59
Hépatite B = Non à jour (13)	20	62	62	17	23	53	42	23	20	34	39
Méningocoque = A jour (30)	39	108	123	26	45	111	81	38	51	70	88
Méningocoque = Non à jour (4)	4	20	12	2	1	14	11	5	5	7	10
Papillomavirus = A jour (10)	15	36	44	6	9	39	31	13	21	24	28
Papillomavirus = Non à jour (24)	28	92	91	22	37	86	61	30	35	53	70
Fratie = 0 (3)	3	9	10	2	8	10	9	5	4	4	10
Fratie = Soeur(s) (7)	13	26	28	6	5	19	17	7	15	16	13
Fratie = Frères(s) (18)	20	66	75	16	25	72	48	25	26	41	58
Fratie = Frère(s) et soeur(s) (6)	7	27	22	4	8	24	18	6	11	16	17

A : Connaissances du statut vaccinal

B : Connaissances autour de la vaccination anti-HPV

C : Discussion autour de la sexualité

D : Fausses croyances

E : Freins à la vaccination

F : Connaissances de maladies

G : Connaissances de moyens de protection

H : Ressenti positif de la vaccination anti-HPV

I : Ressenti vis-à-vis des maladies

J : Ressources

K : Sources d'informations



Serment d'Hippocrate

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.



Perceptions et ressentis des jeunes filles concernées par la vaccination anti-HPV

Introduction : le cancer du col de l'utérus, vrai problème de santé publique, est un cancer évitable grâce au dépistage par frottis, et depuis 2006, par la vaccination anti-HPV. Pourtant, en France, la couverture vaccinale reste très faible. L'objectif de notre étude est de mettre en évidence les perceptions et les ressentis des jeunes filles concernant cette vaccination, pour engager la discussion et trouver des moyens de la promouvoir. Matériel et méthodes : étude qualitative à partir d'entretiens semi-dirigés, menée jusqu'à saturation des données, en théorisation ancrée, auprès de collégiennes volontaires de 11 à 14 ans, en Haute-Vienne fin 2016. Résultats : 34 jeunes filles ont été interrogées. Elles n'ont pas un avis défavorable. Les connaissances sur la vaccination anti-HPV sont plus importantes après 12 ans, en zone urbaine et en cas de vaccination contre l'hépatite B. Les jeunes filles dont les parents exercent une profession dans le domaine de la santé semblent plus impliquées. Malgré tout, il existe un manque de connaissance évident et des fausses croyances. Les parents, notamment la mère, représentent la plus grande source d'informations pour la jeune fille. Le médecin traitant reste incontournable dans la prise de décision vaccinale. Discussion : les jeunes filles semblent peu impliquées dans la démarche vaccinale. Or, cette vaccination anti-HPV repose sur la triade jeune fille/parents/médecin. Les professionnels de santé doivent être formés pour avoir un discours scientifiquement valide sur la vaccination. Conclusion : la vaccination anti-HPV implique des facteurs complexes et le médecin traitant tient un rôle central. Il est évident qu'une information plus claire et adaptée envers les jeunes filles est nécessaire.

Mots-clés : HPV, vaccination, étude qualitative, médecin généraliste

Perceptions and feelings of young girls regarding HPV vaccination

Introduction : the cervical cancer is a real public health problem which can be avoided with smear screening, and since 2006, thanks to vaccination against HPV. Yet, in France, the vaccination coverage is still very low. The purpose of our study is to highlight the perceptions and feelings of young girls regarding HPV vaccination, so it could trigger discussion and find ways to promote this vaccination. Material and methods : qualitative study from semi-directed interviews, until data saturation, using grounded theory, with voluntary schoolgirls from 11 to 14 years old in Haute-Vienne from September to December 2016. Results : 34 young girls were interviewed. They don't have an unfavorable opinion. Knowledge about HPV vaccination has improved since those past 12 years, in urban areas, and in case of vaccination against hepatitis B. Young girls with parents working in the medical sector seem to be more involved. Nevertheless, there is a clear lack of knowledge or misbeliefs. Parents, especially the mother, represent the most important source of information for girls. The general practitioner has an essential role to play in the HPV vaccination. Discussion : girls seem to be barely involved in the vaccination process. However, this HPV vaccination is based on a trio : young girl/parents/doctor. All health professionals must be trained to have a scientifically valid speech on vaccination. Conclusion: HPV vaccination involves complex factors and the general practitioner plays a central part. It seems obvious then that clearer and more appropriate information for girls is needed.

Keywords : HPV, vaccination, qualitative study, general practitioner

