

Faculté de Médecine

Année 2018

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

Le 20 avril 2018

Par Julie Tronche

Née le 2 décembre 1989 à Brive la gaillarde

Vaccination anti-HPV : pourquoi tant de difficultés ? Le point de vue de médecins généralistes.

Thèse dirigée par Nadège LAUCHET

Examineurs :

Mme le Professeur Nathalie Dumoitier, PU-MG Présidente

Mme le Professeur Anne-Laure Fauchais, PU-PH Juge

M. le Professeur Vincent Guignonis, PU-PH Juge

Mme le Docteur Marie-Pierre Nord-Rouby, PH Membre invité

Mme le Docteur Nadège Lauchet, MCA-MG Directrice



Faculté de Médecine

Année 2018

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

Le 20 avril 2018

Par Julie Tronche

Née le 2 décembre 1989 à Brive la gaillarde

Vaccination anti-HPV : pourquoi tant de difficultés ? Le point de vue de médecins généralistes.

Thèse dirigée par Nadège LAUCHET

Examineurs :

Mme le Professeur Nathalie Dumoitier, PU-MGPrésidente

Mme le Professeur Anne-Laure Fauchais, PU-PH Juge

M. le Professeur Vincent Guigonis, PU-PH Juge

Mme le Docteur Marie-Pierre Nord-Rouby, PH Membre invité

Mme le Docteur Nadège Lauchet, MCA-MG Directrice



Professeurs des Universités - praticiens hospitaliers

Le 1^{er} septembre 2017

ABOYANS Victor	CARDIOLOGIE
ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
ALAIN Sophie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
ARCHAMBEAUD Françoise	MEDECINE INTERNE (Surnombre jusqu'au 31-08-2020)
AUBARD Yves	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
AUBRY Karine	O.R.L.
BEDANE Christophe	DERMATO-VENEREOLOGIE
BERTIN Philippe	THERAPEUTIQUE
BESSEDE Jean-Pierre	O.R.L. (Surnombre jusqu'au 31-08-2018)
BORDESSOULE Dominique	HEMATOLOGIE (Surnombre jusqu'au 31-08-2018)
CAIRE François	NEUROCHIRURGIE
CHARISSOUX Jean-Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
CLAVERE Pierre	RADIOTHERAPIE
CLEMENT Jean-Pierre	PSYCHIATRIE d'ADULTES
COGNE Michel	IMMUNOLOGIE
CORNU Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
COURATIER Philippe	NEUROLOGIE
DANTOINE Thierry	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
DARDE Marie-Laure	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
DAVIET Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
DESCAZEAUD Aurélien	UROLOGIE

DES GUETZ Gaëtan	CANCEROLOGIE
DESSPORT Jean-Claude	NUTRITION
DRUET-CABANAC Michel	MEDECINE et SANTE au TRAVAIL
DUMAS Jean-Philippe	UROLOGIE (Surnombre jusqu'au 31-08-2018)
DURAND-FONTANIER Sylvaine	ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE)
ESSIG Marie	NEPHROLOGIE
FAUCHAIS Anne-Laure	MEDECINE INTERNE
FAUCHER Jean-François	MALADIES INFECTIEUSES
FAVREAU Frédéric	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
FEUILLARD Jean	HEMATOLOGIE
FOURCADE Laurent	CHIRURGIE INFANTILE
GAUTHIER Tristan	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
GUIGONIS Vincent	PEDIATRIE
JACCARD Arnaud	HEMATOLOGIE
JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile	IMMUNOLOGIE
LABROUSSE François	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
LACROIX Philippe	MEDECINE VASCULAIRE
LAROCHE Marie-Laure	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
LIENHARDT-ROUSSIE Anne	PEDIATRIE
LOUSTAUD-RATTI Véronique	HEPATOLOGIE
LY Kim	MEDECINE INTERNE
MABIT Christian	ANATOMIE
MAGY Laurent	NEUROLOGIE
MARIN Benoît	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
MARQUET Pierre	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

MATHONNET Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE
MELLONI Boris	PNEUMOLOGIE
MOHTY Dania	CARDIOLOGIE
MONTEIL Jacques	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE
MOREAU Jean-Jacques	NEUROCHIRURGIE
MOUNAYER Charbel	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
NATHAN-DENIZOT Nathalie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
NUBUKPO Philippe	ADDICTOLOGIE
PARAF François	MEDECINE LEGALE et DROIT de la SANTE
PLOY Marie-Cécile	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
PREUX Pierre-Marie	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
ROBERT Pierre-Yves	OPHTALMOLOGIE
SALLE Jean-Yves	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
SAUTEREAU Denis	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
STURTZ Franck	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE et MALADIES METABOLIQUES
TREVES Richard	RHUMATOLOGIE
TUBIANA-MATHIEU Nicole	CANCEROLOGIE
VALLEIX Denis	ANATOMIE
VERGNENEGRE Alain	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
VERGNE-SALLE Pascale	THERAPEUTIQUE
VIGNON Philippe	REANIMATION
VINCENT François	PHYSIOLOGIE
WEINBRECK Pierre	MALADIES INFECTIEUSES
YARDIN Catherine	CYTOLOGIE et HISTOLOGIE

PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES A 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
(Retraite au 31-07-2018)

DURAND Karine

BIOLOGIE CELLULAIRE

ESCLAIRE Françoise

BIOLOGIE CELLULAIRE

HANTZ Sébastien

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

JACQUES Jérémie

GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE

JESUS Pierre

NUTRITION

LE GUYADER Alexandre

CHIRURGIE THORACIQUE et
CARDIOVASCULAIRE

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 (Maintenu en fonction jusqu'au 31.08.2019)

DUMOITIER Nathalie (Responsable du département de Médecine Générale)

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS DE MEDECINE GENERALE

MENARD Dominique (du 1^{er} septembre 2016 au 12 janvier 2018)

PREVOST Martine (du 1^{er} septembre 2015 au 31 août 2018)

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS DE MEDECINE GENERALE

HOUDARD Gaëtan (du 1^{er} septembre 2016 au 31 août 2019)

LAUCHET Nadège (du 1^{er} septembre 2017 au 31 août 2020)

PAUTOUT-GUILLAUME Marie-Paule (du 1^{er} septembre 2015 au 31 août 2018)

PROFESSEURS EMERITES

ADENIS Jean-Paul du 01.09.2017 au 31.08.2019

ALDIGIER Jean-Claude du 01.09.2016 au 31.08.2018

BONNAUD François du 01.09.2017 au 31.08.2019

DE LUMLEY WOODYEAR Lionel du 01.09.2017 au 31.08.2019

DENIS François du 01.09.2017 au 31.08.2019

GAINANT Alain du 01.09.2017 au 31.08.2019

MERLE Louis du 01.09.2017 au 31.08.2019

MOULIES Dominique du 01.09.2015 au 31.08.2018

VALLAT Jean-Michel du 01.09.2014 au 31.08.2018

VIROT Patrice du 01.09.2016 au 31.08.2018

Assistants Hospitaliers Universitaires – Chefs de Clinique

Le 1^{er} novembre 2017

ASSISTANTS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

BASTIEN Frédéric	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE
BAUDRIER Fabien	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
CHARISSOUX Aurélie	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
CHARPENTIER Mathieu	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
DUCHESNE Mathilde	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
FAYE Pierre-Antoine	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
GAUTHIER François	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
KONG Mélody	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
LARRADET Matthieu	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE (Démission à compter du 1 ^{er} janvier 2018)
LEGRAS Claire	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION (Surnombre du 1 ^{er} novembre 2017 au 20 février 2018 inclus)
MARQUET Valentine	HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE et CYTOGENETIQUE

CHEFS DE CLINIQUE - ASSISTANTS DES HOPITAUX

AZAÏS Julie	MEDECINE INTERNE A
BAUDONNET Romain	OPHTALMOLOGIE
BIDAUT-GARNIER Mélanie	OPHTALMOLOGIE (A compter du 11 mai 2016)
BLOSSIER Jean-David	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
BOSETTI Anaïs	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
BOUKEFFA Nejma	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
BOUSQUET Pauline	PEDIATRIE (A compter du 09 janvier 2017)

CHAMPIGNY Marie-Alexandrine	PEDIATRIE
CHRISTOU Niki	CHIRURGIE DIGESTIVE
COLOMBIÉ Stéphanie	MEDECINE INTERNE A (A compter du 02 mai 2017)
COMPAGNAT Maxence	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
CROSSE Julien	PEDIATRIE
DANTHU Clément	NEPHROLOGIE
DARNIS Natacha	PEDOPSYCHIATRIE
DELUCHE Elise	CANCEROLOGIE
DE POUILLY-LACHATRE Anaïs	RHUMATOLOGIE (A compter du 02 mai 2017)
DIDOT Valérian	CARDIOLOGIE
DUSSAULT-JARLAN Lucile	CARDIOLOGIE
EVARD Bruno	REANIMATION
FAURE Bertrand	PSYCHIATRIE d'ADULTES
FAYEMENDY Charlotte	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
GARDIC Solène	UROLOGIE
GORDIENCO Alen	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE MEDECINE VASCULAIRE
GOUDELIN Marine	REANIMATION
HARDY Jérémy	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
KRETZSCHMAR Tristan	PSYCHIATRE d'ADULTES
LACHATRE Denis	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
LACOSTE Marie	MALADIES INFECTIEUSES
GSCHWIND Marion	MEDECINE INTERNE B
LAFON Thomas	MEDECINE d'URGENCE
LAHMADI Sanae	NEUROLOGIE

LATHIERE Thomas	OPHTALMOLOGIE
LEHMAN Lauriane	GASTROENTEROLOGIE
LEPETIT Hugo	GASTROENTEROLOGIE
MARGUERITTE François	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
MARTINS Elie	CARDIOLOGIE
PRUD'HOMME Romain	DERMATOLOGIE-VENERELOGIE
RAMIN Lionel	ORL
ROUCHAUD Aymeric	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE (NRI)
ROUSSELLET Olivier	NEUROLOGIE
SAINT PAUL Aude	PNEUMOLOGIE (Démission à compter du 23 décembre 2017)
SALLE Henri	NEUROCHIRURGIE
SANGLIER Florian	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
TAÏBI Abdelkader	ANATOMIE
USSEGLIO-GROSSO Julie	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE et STOMATOLOGIE
VAYSSE VIC Mathieu	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
VITAL Pauline	MEDECINE INTERNE B
VITALE Gaetano	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE MEDECINE VASCULAIRE

CHEF DE CLINIQUE – MEDECINE GENERALE

DOIN Corinne

RUDELLE Karen

SEVE Léa

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

BALLOUHEY Quentin CHIRURGIE INFANTILE
(du 1er 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)

A ma famille, parce que l'union fait la force.

Sans boussole et sans voile, avec toi pour étoile.

Léo Ferré

Remerciements

AUX MEMBRES DU JURY,

A Madame le Professeur Nathalie Dumoitier,

Nous vous remercions du grand honneur que vous nous faites de bien vouloir présider cette thèse. Nous avons pu bénéficier de la qualité de votre enseignement au cours de nos études. Veuillez trouver ici l'expression de notre haute considération et de notre profond respect.

A Madame le Professeur Anne-Laure Fauchais,

Vous me faites l'honneur d'accepter de juger mon travail. Merci d'avoir partagé votre savoir au cours de mon stage en Polyclinique, j'en garde un merveilleux souvenir.

A Monsieur le Professeur Vincent Guignonis,

Vous avez accepté de juger mon travail. Vous faites partie des médecins qui ont participé à mon engagement dans la médecine et qui ont marqué mon souhait de faire de la Pédiatrie. Soyez en remercié.

A Madame le Docteur Marie-Pierre Nord-Rouby,

« Ma chef », merci d'avoir accepté de siéger dans mon jury. Mon premier semestre au sein de votre service restera à jamais dans ma mémoire. Vous avez été une personne maitresse pour me guider vers le médecin que je souhaite devenir, à savoir un médecin rigoureux, passionné, humain et à l'écoute.

A Madame le Docteur Nadège Lauchet,

Je vous remercie d'avoir accepté de diriger ma thèse. Vous m'avez éclairée tout au long de ce travail. Merci pour votre engagement, votre disponibilité et votre réactivité sans nom.

Je vous suis reconnaissante.

AUX PERSONNES QUI ONT RENDU CE TRAVAIL POSSIBLE,

Aux médecins généralistes participants aux *focus group*, un grand merci.

Merci au service de réanimation du CH de Brive pour m'avoir prêtée la salle de réunion et pour m'avoir soutenue tout au long de ce travail.

Merci au Dr Hantz pour son aide documentaire.

AUX PERSONNES RENCONTREES PENDANT MES ETUDES,

Merci aux médecins, infirmières, aides-soignantes ... de chaque stage effectué. Merci pour votre disponibilité, votre soutien, votre bonne humeur et vos conseils. Je garde un excellent souvenir de mon internat.

Merci à l'équipe de Médecine d'Ussel où j'ai fait mes premiers pas en tant qu'interne. Je me souviendrais longtemps de cet accueil chaleureux et de la calinothérapie.

Merci aux équipes des Urgences de Brive, de Cardiologie de St Junien, des urgences et du SAMU du CHU de Limoges. J'ai beaucoup appris à vos côtés.

Merci à mes maitres de stage en libéral pour la formation que vous m'avez donnée. Merci au Dr Bodé et votre humanité légendaire ; merci au Dr Jallais et son épouse pour votre accueil et votre soutien ; merci au Dr Darreye pour m'avoir appris à me dépasser.

Merci à l'équipe de Polyclinique, vous avez été ma famille et ma maison pendant 6 mois. J'ai appris à travailler de façon réfléchi et dans la bonne humeur. J'en garde de merveilleux souvenirs.

Merci aux Urgences pédiatriques de l'HME, vous avez consolidé mon engouement pour la pédiatrie.

Merci à l'équipe de Réanimation de Brive, je me souviendrais longtemps de mes derniers mois d'interne. Mention spéciale à Elias, merci d'avoir été si prévenant et attentionné, et merci d'avoir relu ma thèse.

Un grand merci au Dr Hani Karam, grâce à vous je vais pouvoir pleinement me réaliser au travers du métier d'urgentiste.

A MA FAMILLE,

A ma mère,

Ma première pensée à la clôture de mes études va à ma mère qui a été le premier pilier fondateur de ce que je suis et de ce que je fais aujourd'hui. Tu m'as poussée à faire le métier qui me plaît, « le meilleur du monde », où l'on reçoit bien plus que ce que l'on donne et j'en suis pleinement épanouie. Merci de tout mon cœur. Je t'aime maman.

A mon papounet,

Merci pour ton soutien indéfectible, ton amour et ton enthousiasme à l'égard de mes travaux comme dans ma vie personnelle. Tu es mon socle, solide et plein de joie, tout en m'apprenant à vivre une vie d'épicurienne et à aimer mes proches. Je t'aime papa.

A Edith,

Tu es une belle personne et je suis heureuse de te compter dans notre famille.

A ma sœur nini,

Tu te souviens de cette journée de juin, on était dans la voiture pour voir mes résultats de première année, et je l'avais. Tu pleurais à chaudes larmes tellement heureuse pour moi que je puisse réaliser mon rêve, celui de devenir médecin. Tu as toujours été là pour moi, m'encourageant à aller de l'avant, me motivant dans mon travail, stimulant ma confiance en moi. Je n'aurai rêvé mieux comme sœur à mes côtés. Merci ma nini.

A mon frère Alex,

Le plus beau mais ça tout le monde le sait ! J'ai de la chance d'avoir un frère comme toi, discret mais présent à chaque étape de ma vie. J'aime notre complicité acquise dès mon enfance à travers nos virées en voiture ou mes premières sorties avec la musique. Merci de m'encourager et de m'apprendre à ar-ti-cu-ler !

A Cécile et Fred,

Merci d'être là, de prendre soin de moi, de faire que notre famille est belle et forte. Vous m'avez vu grandir et m'épanouir et vous m'avez aimée comme votre petite sœur. Merci.

A ma tatie,

Merci de m'avoir donné goût aux voyages et à la découverte du monde qui nous entoure dès mon enfance.

A mes amours dont je suis si fière,

Clothilde, ta venue a été un rayon de soleil en pleine tempête, tu m'impressionnes par ta persévérance, ta droiture et ta maturité ;

Clémence, garde cette innocence et cette joie de vivre : « pour être heureux, faut être moelleux » ;

Jules, j'aime te voir marquer des buts ou jouer au billard avec toi (même si je perds à chaque partie) ;

Capucine, la petite dernière, tu as déjà un caractère bien trempé, j'aime quand tu nous chante des chansons.

Quel souvenir inoubliable de voir vos visages émerveillés lors de notre week-end à Disneyland.

A Josette, la Jo', merci d'avoir pris soin de moi depuis mon enfance, de me chouchouter et de me gâter avec tes bonnes confitures, tes fraises et framboises... Beaucoup de mes amis aimeraient avoir une Jo comme toi !! J'espère qu'on continuera à faire des brulots et de bons gâteaux et même nos repas d'étudiants gargantuesques.

A Babeth, tu m'as ouverte à un monde que je ne connaissais pas et m'as appris à être curieuse de tout. Merci.

A Léo et Julia, mes blondes adorées, à toutes nos souvenirs corses. Merci.

A Michel, je te craignais enfant, et t'admirais plus grande. Ton départ a été un vrai coup dur pendant ma première année mais m'a permis d'être plus combattive, avec un autre modèle à égaler.

A Fouchou, mon tonton d'adoption !! Continue de nous ramener de bonnes huitres.

A Yvaine, ton dynamisme et ton caractère sont une vraie leçon de vie. J'ai aimé mes voyages à Lille à tes côtés.

A mes cousines,

Cath et Noémie, merci pour votre soutien, c'est toujours avec autant de plaisir qu'on se retrouve.

Marion, ma cousine adorée, merci pour tes conseils. Être la marraine de Balthazar a été le plus beau des cadeaux.

Zaza, merci pour ta fraîcheur et ta joie de vivre, j'adore t'entendre rire.

A mon parrain, merci de me faire découvrir l'Art à travers mes voyages à Paris.

A Martine, Georges et Eva, merci pour tous ces souvenirs, ces vacances en camping-car, ces balades arrosées.

A Mam'viet, notre rencontre était fugace, belle et riche en émotions. Vous nous avez accueilli comme vos propres filles. J'espère vous revoir bientôt au Vietnam.

A MES AMIS,

A Olivia,

On se connaît depuis toujours. Toi ancienne ariégeoise, maintenant limougeaude, qui l'aurait cru ... Merci d'avoir toujours été d'un soutien imparable, depuis la première année où tu me disais : « t'inquiète la première année c'est comme une grossesse », ou « va prendre une douche ça ira mieux après » (4 douches par jour pendant les révisions, merci la facture de la SAUR), et surtout lors de cette dernière année où tu as été toujours présente et aidante. J'ai pu compter sur toi dans mes moments de doute, de fatigue, d'agacement après quelques formes administratives, de fous rires (shiga like) ... Merci sincèrement.

A Vivi, Bernard et Alexis, bon la Corrèze c'est quand même mieux que l'Ariège mais je vous aime quand même !

A Alexia,

Ma copine d'internat. Nous avons passé un super semestre à St Ju et je t'en remercie. C'est un plaisir de travailler avec toi, toujours pétillante et enjouée. Je suis fière de toi Dr Toupou.

A mon trio infernal,

Celui de ces longues études et avec qui j'ai parcouru le monde.

A Oriane,

Je viens de raccrocher et comme à chaque fois, c'est un véritable bol d'air frais que tu m'apportes. Toujours positive, énergique et volontaire, j'apprécie ta persévérance et ta détermination. Je suis tellement heureuse d'être ton amie. D'années en années, de concours de P1 (oui Madame tu étais déjà la meilleure) à la 6ème année, de cours d'anat en cours de plongée, de fous rires à la BU à des soirées arrosées, on était inséparables, nous les Tic et Tac. Et même maintenant, qu'on vit loin l'une de l'autre c'est toujours avec autant de plaisir que je te retrouve pour papoter (ça on sait bien faire), rire, s'amuser. Ma tastouille, merci d'avoir ce caractère qui m'a portée pendant ces belles années.

A Cloé,

Ma cloclo nationale, celle qui avance et qui ne regarde pas derrière elle. J'ai adoré ces années en médecine, ces apéros improvisés, ces parties de badminton. Mais c'est surtout lors de notre voyage au Vietnam que je t'ai découverte. Assez optimiste et très aventurière, je garde un souvenir intemporel de cette aventure à l'autre bout du monde, je l'ai tant aimé !!

A Astrid,

Pas de besoin de mots pour te montrer mon affection, un morceau de flûte suffit... Tu m'auras fait rire avec ton plongeon au milieu des méduses, pleurer le jour de ton mariage. Merci ma tritri.

A mes collègues,

JB, Potuc (mon parrain à jamais), Chauvette, pour toutes ces belles années partagées ; Arthur et Valentina, mes premiers colloqs à Ussel, Marion et Arthur, mes co-internes de Poly que j'ai adoré, Laetitia, Peter, Guigui et Mathilde, mes supers collègues de l'HME.

A Pierre, mon copain depuis toujours, on se sera suivis depuis la 1^{ère} année de maternelle, à croire que tu m'as inspirée...

Aux brivistes, merci pour ce dernier semestre : Marine, Rébecca, Alex, Délia, Violette, Elo, Chacha, Paul, Clément, Pauline ... Merci de m'avoir fait goûter aux joies de l'internat.

A Blandine, ma fidèle coloc et collègue, on se connaît depuis peu mais merci de m'avoir soutenue. Vive les risottos !

Agathe, tu es une pépite, inspirante et pleine de qualités, merci pour ton soutien.

Marine, merci pour ces gardes et à très vite pour de nouvelles aventures aux urgences.

Raph, « et ouais » l'internat, c'est fini !

Aux copains corréziens,

Pour tous ces moments partagés, à la musique, à Meyssac, en 306, autour d'un barbecue, d'une guitoune où à la maison. Parce que vous êtes des amis en or sur qui j'ai pu compter toutes ces années, parce que je suis fière de vous, fière de cette amitié, merci.

A Anso, ma plus vieille amie, ma copine, ma grande sœur, ma styliste... A nos vacances à la Rochelle, à nos virées bayonnaises. Merci d'être toi, merci d'être là.

A Perrine, ma cousine, ma prof, mon idole quand j'étais enfant. A nos danses aquatiques, nos virées parisiennes. Merci.

A Amandine, ma boubou. Pour nos road trip à vélo, à Berlin ou à Brighton. Merci.

A Soline et Baptiste, mes amis musiciens, de Figeac à Meyssac en passant par Puy d'Arnac, on a trop rigolé, dansé, joué. Merci.

A Agathe, ma gatou, merci pour ces supers moments passés ensemble.

A Soso, ma choco. A nos matchs de basket, nos fous rires pendant mes déménagements, à mon mental de chips. Merci.

A Romain, mon vieux copain, j'ai pu compter sur toi lors de mes plus grosses années en Médecine, je t'en remercie.

Aux « pièces rapportées » et adoptées, Antho, Lolo, Kéké, Dricou, Fanny, Denis, merci.

Aux copains Meyssacois :

Nath, Cyril, Francky, Régis et Aude, Rems et Maricha, Hélène et Eric, Virginie et Eric, Guillaume, Mathieu, Sancia et Vincent, Beubeu et Marie, Beubeul et Angèle, Labrugnole, Adri, Emeline, les cheyssiaux, les Bouygues, et tous les autres que je ne peux citer, merci.

Chaque retour en Corrèze sent bon le printemps et c'est une joie de vous retrouver.

A l'Étincelle Branceillaise, merci pour ces bons moments passés ensemble. Les études m'ont contrainte d'arrêter de jouer mais c'est toujours avec autant de joie que je viens vous retrouver. Et que la musique continue à sortir de la barrique !!

A LA COLOC'

A ma May,

J'ai adoré travailler avec toi comme infirmière : carrée, rigoureuse, humaine, j'ai découvert tes premières qualités. Ces années en colocation ont été magiques. Merci d'être toi, toujours de bonne humeur, motivée, enjouée et attentionnée. Tu as été un de mes principaux soutiens durant ces deux dernières années. Merci ma mayou.

A Valou,

D'apparence discret et réservé, tu as été très prévenant et as su m'apporter un peu de joie les soirs difficiles après de longues gardes en me préparant de bons petits plats, merci.

A Diederick, Phiho, Océane, Imane, Alexis, Cécile, Nono, merci pour ces belles soirées à la coloc', ces barbecues improvisés, ces fous-rires généralisés. C'est une joie de vous avoir rencontrés.

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

Al : Aluminium

AMM : Autorisation de mise sur le marché

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

ASC-US : Atypical squamous cells of undetermined significance, atypies des cellules malpighiennes de signification indéterminée

ASO4 : hydroxyde d'Al + MPL

CCP : Première consultation de contraception et de prévention des maladies sexuellement transmissibles

CCU : Cancer du col de l'utérus

CIN : Cervical Intraépithélial Neoplasia

CIS : Carcinome in situ

DIVA : Déterminants des Intentions de vaccination des médecins généralistes français

DTP : Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite

EGB : Échantillon généraliste des bénéficiaires

FCU : Frottis cervico-utérin

HAS : Haute Autorité de Santé

HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique

HLA : Human leukocyte antigen, antigène des leucocytes humains

HPV : Human Papilloma Virus, Papillomavirus humain

HSH : Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes

HSIL : Lésion épidermoïde intra-épithéliale de haut grade

InCa : Institut National du Cancer

InVS : Institut de Veille sanitaire

IST : Infection sexuellement transmissible

LSIL : Lésion épidermoïde intra-épithéliale de bas grade

MG : Médecin généraliste

MPL : O-désacyl-4'-mono- phosphoryl lipide A

MSD : Merck Sharp & Dohme

MST : Maladie sexuellement transmissible

OMS : Organisation mondiale de la santé

ORL : Oto-Rhino-Laryngologie

ROR : Rougeole-Oreillons-Rubéole

SFMG : Société Française de Médecine Générale

SEP : Sclérose en plaque

SVT : Science de la vie et de la terre

VHB : Virus de l'Hépatite B

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

VLP : Virus like particle, pseudo particule virale

Table des matières

Introduction	30
I. Introduction	31
I.1. Le Human Papilloma Virus.....	31
I.1.1. Généralités (1).....	31
I.1.2. Types d'HPV (1).....	32
I.1.3. Mode de contamination (1) (2) (3)	32
I.2. De l'HPV au cancer du col de l'utérus.....	33
I.2.1. Généralités.....	33
I.2.2. Physiopathologie (1).....	33
I.2.3. Facteurs de risque.....	34
I.2.4. Épidémiologie (5)	35
I.2.5. La prévention.....	35
I.2.5.1. La prévention primaire : le vaccin.....	35
I.2.5.2. La prévention secondaire : le frottis cervico-utérin	36
I.2.5.3. Le test HPV (6)	36
I.3. La vaccination anti-HPV.....	37
I.3.1. Origine et réglementation des vaccins anti-HPV.....	37
I.3.2. Mécanisme d'action.....	37
I.3.3. La vaccination anti-HPV en France	38
I.3.3.1. Les vaccins disponibles en France.....	38
I.3.3.2. CERVARIX® (9) (14)	38
I.3.3.3. GARDASIL® (10) (15)	39
I.3.3.4. GARDASIL 9® (16).....	39
I.3.3.5. Effets secondaires (9) (10).....	39
I.3.3.6. Vaccination anti-HPV et maladie auto-immune (17) (18).....	41
I.3.3.7. Schéma vaccinal.....	42
I.3.3.7.1. Vaccin bivalent (Cervarix®).....	42
I.3.3.7.2. Vaccin quadrivalent (Gardasil®)	42
I.3.3.7.3. Vaccin nonavalent (Gardasil 9®)	42
I.3.3.7.4. Co-administration avec d'autres vaccins.....	42
I.3.3.8. Couverture vaccinale	43
I.3.3.8.1. En France (20) (21) (22).....	43
I.3.3.8.2. A l'étranger (23).....	44
II. Méthode et matériel.....	45
II.1. Type d'étude	45
II.2. Recrutement des participants.....	45
II.2.1. Choix des praticiens	45
II.2.2. Constitution des groupes.....	45
II.3. <i>Focus group</i>	46
II.3.1. Choix du <i>focus group</i>	46
II.3.2. Fiche d'identification	46
II.3.3. Élaboration du guide d'entretien	47
II.3.4. Déroulement des entretiens.....	47
II.3.5. Recueil des données	48
II.4. Traitement des données	48

II.4.1. Analyse descriptive.....	48
II.4.2. Analyse thématique.....	48
II.4.3. Analyse matricielle.....	48
II.5. Objectifs de l'étude	49
III. Résultats	50
III.1. Présentation de la population de l'étude	50
III.1.1. Premier <i>focus group</i>	50
III.1.2. Deuxième <i>focus group</i>	50
III.1.3. Total.....	50
III.2. Analyse descriptive.....	54
III.3. Analyse thématique	58
III.3.1. La patiente et ses parents	58
III.3.1.1. L'influence de l'âge de la patiente	58
III.3.1.2. Le refus des patients et de leurs parents.....	59
III.3.1.3. L'influence des parents	59
III.3.1.4. La prise de décision	59
III.3.2. Le médecin généraliste et ses confrères	60
III.3.2.1. <i>Le médecin découragé</i>	60
III.3.2.1.1. Le manque de ressources médicales	60
III.3.2.1.2. Les réticence des confrères.....	61
III.3.2.1.3. La méfiance des médecins	62
III.3.2.1.4. Le doute du médecin	62
III.3.2.2. Le médecin et le vaccin.....	62
III.3.2.3. <i>Médecin pro-vaccin</i>	63
III.3.3. Le cancer du col de l'utérus et l'HPV	63
III.3.4. La vaccination et ses controverses.....	63
III.3.4.1. Le vaccin anti-HPV.....	63
III.3.4.2. Les freins vis-à-vis de la vaccination en général :	65
III.3.5. La culture française	65
III.3.5.1. La culture anti-vaccin	65
III.3.5.2. Le manque de culture	66
III.3.5.3. Les conséquences	66
III.3.6. Solutions, outils et facilitateurs	67
III.3.6.1. Les solutions adoptées au cours de la consultation.....	67
III.3.6.1.1. La discussion.....	67
III.3.6.1.2. L'information.....	67
III.3.6.1.3. Les avantages de la consultation en médecine générale.....	68
III.3.6.2. Outils.....	69
III.3.6.2.1. <i>Le carnet de santé</i>	69
III.3.6.2.2. <i>Le calendrier vaccinal</i>	69
III.3.6.2.3. <i>L'ordonnance</i>	69
III.3.6.2.4. <i>La visite pour le certificat de sport</i>	69
III.3.6.2.5. <i>La relation de confiance médecin malade</i>	69
III.3.6.2.6. <i>Avoir ses propres filles vaccinées</i>	70
III.3.6.2.7. <i>Témoignage de cas réels de HPV</i>	70
III.3.6.2.8. <i>Aide de la stagiaire</i>	70
III.3.6.2.9. <i>Appui des autres spécialités</i>	71
III.3.6.2.10. <i>Éducation scolaire</i>	71

III.3.6.2.11. « Campagne de prévention globale »	71
III.3.6.2.12. Création de la consultation adolescent	71
III.3.6.2.13. Support pédagogique	71
III.3.6.2.13.1. Des supports pour les médecins	72
III.3.6.2.13.2. Des supports pour les patientes et leurs parents.....	72
III.3.6.2.14. Vaccin obligatoire	72
III.3.6.3. Facilitateurs.....	72
III.4. Analyse matricielle	73
IV. Discussion	81
IV.1. Validité interne.....	81
IV.2. Validité externe.....	83
IV.2.1. La patiente et ses parents.....	83
IV.2.2. Le médecin généraliste et ses collègues.....	84
IV.2.3. Le cancer du col de l'utérus et l'HPV.....	85
IV.2.4. La vaccination et ses controverses	86
IV.2.5. La culture française.....	86
IV.2.6. Solutions, outils et facilitateurs	88
Conclusion	91
Références bibliographiques	92
Annexes	95
Serment d'Hippocrate.....	107

Table des illustrations

Figure 1: Génome de l'HPV.....	31
Figure 2: Stade des lésions dues à HPV	34
Figure 3: Principe de la production de chaque valence vaccinale par obtention de pseudo particules virales.....	37
Figure 4: Couverture vaccinale (%) par le vaccin HPV chez les jeunes filles pour une et trois doses (mise à jour au 31/12/2016)	43
Figure 5: Carte départementale de la couverture vaccinale HPV « 1 dose » à 15 ans, 2016	44
Figure 6: Pyramide des âges des médecins généralistes (2017).....	46
Figure 7: Répartition des médecins selon leurs caractéristiques	52
Figure 8: Nombre de médecins voyant 5 à 10 enfants ou plus de 10 enfants par semaine, en fonction de leurs caractéristiques.	53
Figure 9: Nuage de mots	80

Table des tableaux

Tableau 1: Différentes classifications des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus	33
Tableau 2: Évènements indésirables rapportés suite à la vaccination par Gardasil® et Cervarix® pendant les études cliniques et/ou après mise sur le marché (Vidal).....	41
Tableau 3: Caractéristiques des médecins.....	51
Tableau 4: Liste des codes.....	57
Tableau 5: Analyse matricielle des nœuds	79

Introduction

En France, le Cancer du col de l'utérus (CCU) est le 11ème cancer par fréquence chez la femme avec 3000 nouveaux cas par an et le 12ème le plus meurtrier avec 1100 décès par an.

Le Human Papilloma Virus (HPV) a été identifié comme principal facteur de risque du CCU, présent dans près de 100% des cas. Ces deux valences oncogènes, 16 et 18, sont présentes dans plus de 70% des CCU.

Depuis 2006, nous disposons d'une prévention primaire du CCU, par deux vaccins anti-HPV, le Gardasil® et le Cervarix®. En 10 ans, la couverture vaccinale est seulement de 20% en France.

Nous disposons également d'une prévention secondaire, le frottis cervico-utérin (FCU), permettant de dépister et de traiter des lésions précancéreuses du col de l'utérus.

Au cours de mon internat, j'ai accompagné des patientes souffrant du CCU, du dépistage jusqu'au décès pour certaines.

De plus, en stage chez le praticien, lorsque je présentais la vaccination anti-HPV aux jeunes filles et à leurs parents, j'ai été interpellée car peu d'entre eux souhaitaient réaliser cet acte de prévention.

Grâce aux nombreuses études présentes dans la littérature et à mon écoute des patientes et de leurs parents lors des consultations, j'ai pu facilement mettre en évidence leurs réticences.

Mais cela m'a surtout amené à mûrir la réflexion au sujet des difficultés rencontrées par les médecins généralistes pour prescrire le vaccin anti-HPV.

En effet, l'une des principales missions du médecin généraliste est la prévention au travers de la promotion de la vaccination et par la réalisation du FCU de dépistage.

J'ai donc rédigé ce travail de thèse pour tenter de répondre à ce questionnement.

I. Introduction

I.1. Le Human Papilloma Virus

I.1.1. Généralités (1)

Les Human Papilloma Virus (HPV) ou papillomavirus humains appartiennent à la famille des *Papillomaviridae*. Ce sont des virus nus, icosaédriques de 45 à 55 nm de diamètre. Leur génome se présente sous forme d'ADN bicaténaire circulaire dont un seul brin est codant, et comporte 3 régions :

- Une région précoce E codant des protéines non structurales (E1 à E7), dont E6 et E7 jouent un rôle dans la transformation cellulaire,
- Une protéine tardive L codant des protéines structurales de capsid (L1 et L2),
- Et une région non codante de régulation.

La protéine L1, protéine majeure de capsid, est immunogène, elle induit des anticorps protecteurs à la base des vaccins anti-HPV actuels.

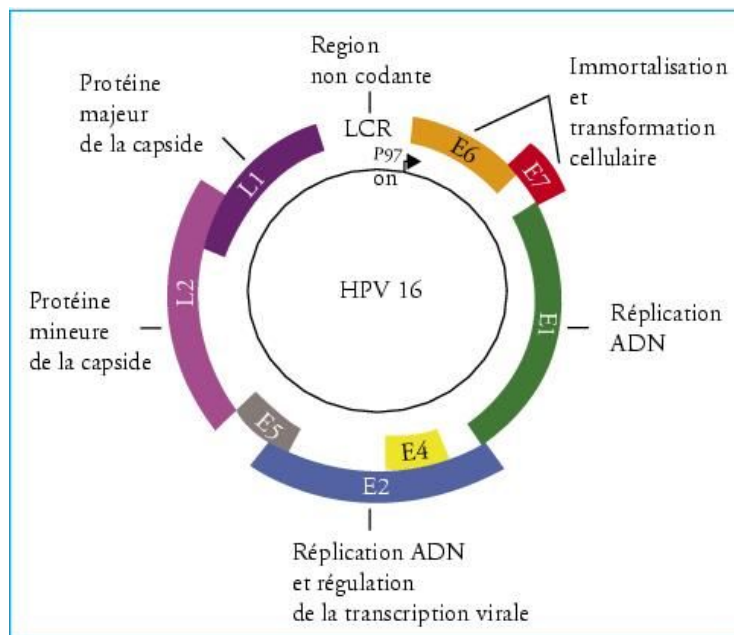


Figure 1: Génome de l'HPV

Les HPV possèdent une étroite spécificité d'hôte.

Ces virus sont non cultivables, ce qui exclut la culture pour le diagnostic virologique et l'obtention d'antigènes vaccinaux et oblige à recourir à des outils de biologie moléculaire.

I.1.2. Types d'HPV (1)

150 HPV ont été identifiés, très différents les uns des autres par leur ADN, chacun ayant un tropisme épithélial particulier, cutané ou muqueux. On parle ainsi de génotypes.

Chaque génotype paraît associé préférentiellement à une atteinte épithéliale et donc à une certaine catégorie de tumeur :

- Génotypes à tropisme épithélial cutané :
 - o HPV 1 et les verrues plantaires
 - o HPV 2 et les verrues vulgaires
 - o HPV 3 et les verrues planes
 - o HPV 4 et les verrues palmaires
 - o HPV 7 et les verrues palmaires dans certaines professions (bouchers, vétérinaires, abattoirs, poissonniers)
- Génotypes à tropisme épithélial muqueux :
 - o A bas risque oncogène : HPV 6 et 11 (condylomes ano-génitaux sans potentiel cancéreux ou les condylomes laryngés)
 - o A haut risque oncogène : HPV 16, 18, 31, 33, 35, 45, 52, 58 (les lésions dysplasiques précancéreuses du col utérin).

I.1.3. Mode de contamination (1) (2) (3)

Les HPV sont des virus résistants, pouvant survivre plusieurs heures sur des surfaces. Ils peuvent donc être transmis de façon directe par contact mais aussi de façon indirecte par des objets souillés...

L'infection par HPV muqueux se fait le plus souvent lors des relations sexuelles sans qu'il y ait nécessairement de pénétration. Ce mode de transmission est favorisé par un nombre élevé de partenaires, par la précocité des premiers rapports sexuels et par des antécédents d'autres infections sexuellement transmissibles (IST). Il a été estimé que 70 % des adultes sexuellement actifs sont infectés au cours de leur vie.

L'infection à HPV est une des trois principales infections sexuellement transmissibles et la première des IST virales (4).

Compte tenu de sa grande résistance, l'utilisation de préservatifs ne protège que partiellement contre l'HPV (70%).

En dehors des rapports sexuels ano-génitaux, les rapports oro-génitaux constituent un mode de transmission invoqué notamment dans les cancers ORL.

La transmission horizontale, par l'intermédiaire d'objets souillés est rare.

La transmission verticale est essentiellement périnatale et n'est possible que si l'infection à HPV est active chez la mère. Elle est responsable des papillomatoses laryngées juvéniles dues aux HPV 6, 11 et 32.

I.2. De l'HPV au cancer du col de l'utérus

I.2.1. Généralités

Le terme « Cancer du col de l'utérus » regroupe les tumeurs d'origine épithéliales parmi lesquelles on distingue les carcinomes épidermoïdes, qui sont les plus fréquents (autour de 80%), et les adénocarcinomes, plus rares (entre 10 et 20%) et moins accessibles au dépistage. Les tumeurs cervicales non épithéliales (sarcomes, mélanomes, lymphomes, tumeurs secondaires), beaucoup plus rares, ne sont pas incluses.

Les lésions cervicales précancéreuses correspondent à des modifications des cellules de l'épithélium du col de l'utérus appelées néoplasies intraépithéliales (*Cervical Intraépithelial Neoplasia* – CIN). Il en existe trois grades selon le degré de désorganisation de l'épithélium, les CIN3 étant les plus sévères.

Le cancer in situ correspond au stade initial du développement, sans franchissement de la membrane basale. Cette dénomination ne concerne que l'adénocarcinome, le carcinome épidermoïde in situ n'étant plus véritablement individualisé de la CIN3.

Le cancer est dénommé invasif (ou infiltrant) lorsqu'il franchit la membrane basale pour infiltrer le chorion.

Classification de l'OMS	Classification de Richard	Classification de Bethesda
Dysplasie légère	Lésion virale / Condylomes	Lésion épidermoïde intra-épithéliale de bas grade (LSIL)
	CIN I avec koïlocytose	
Dysplasie moyenne	CIN II avec ou sans koïlocytose	Lésion épidermoïde intra-épithéliale de haut grade (HSIL)
Dysplasie sévère	CIN III	
Carcinome in situ (CIS)		
Carcinome invasif	Carcinome invasif	Carcinome invasif

Tableau 1: Différentes classifications des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus

I.2.2. Physiopathologie (1)

Le site primaire d'infection correspond aux cellules basales de l'épithélium, à la suite de la pénétration du virus au niveau de microlésions.

Le cycle viral peut être divisé en 2 phases initiales distinctes :

- Une phase non productive dans les cellules basales et parabasales avec réplication de l'ADN au rythme des divisions cellulaires (au cours de cette phase, seules les protéines précoces sont exprimées),
- Une phase productive dans les cellules superficielles différenciées, avec amplification de l'ADN viral ; au cours de cette phase, les protéines tardives sont exprimées et

permettent la formation de virions qui sont libérés en surface lors de la desquamation cellulaire.

L'infection par le HPV est le plus souvent transitoire, elle régresse en 12 mois environ, avec pour le col de l'utérus des taux de clairance de 70 % à 1 an, 70 à 90 % à 2 ans et de 90 % à 3 ans. La plupart des infections par le HPV évoluent dans le sens d'une clairance virale qui aboutit à la guérison spontanée de l'infection.

Les mécanismes responsables de cette clairance impliquent le système immunitaire de l'hôte (immunodépression et infection par le VIH favorisent la persistance et l'évolution vers les cancers), mais aussi le système HLA, l'âge, la multiparité, les co-infections, certains facteurs hormonaux sans compter les facteurs environnementaux (tabac, nutrition, carences alimentaires, etc.).

10 à 20 % des infections persistent, ce qui constitue le principal facteur de développement des lésions préinvasives ou invasives.

L'intervalle entre l'infection et le cancer est en moyenne d'une dizaine d'années. Il n'y a pas forcément de continuum CIN1 - CIN2 - CIN3 - cancer ; on peut observer des CIN3 d'emblée, mais aussi des régressions.

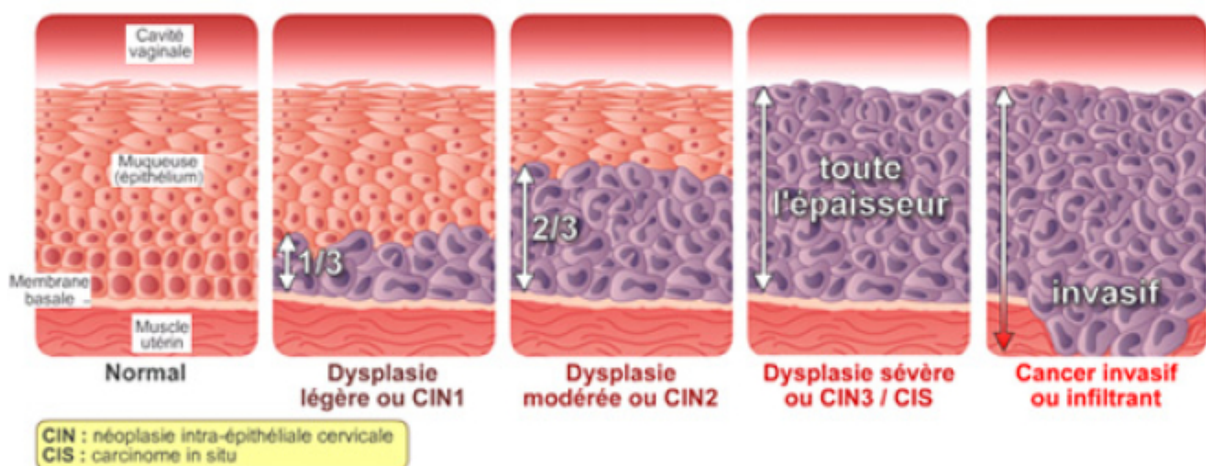


Figure 2: Stade des lésions dues à HPV

I.2.3. Facteurs de risque

On recense :

- L'infection à HPV : le principal facteur de risque,
- L'activité sexuelle : le jeune âge lors du premier rapport et le nombre de partenaires sexuels qui augmentent le risque de contamination par HPV,
- Le tabagisme, de par la présence de substances cancérigènes. Des chercheurs ont observé des sous-produits de la fumée de cigarette dans les cellules qui tapissent le col de l'utérus des femmes qui fument,
- La multiparité, bien qu'on ne connaisse pas exactement le mécanisme,
- L'utilisation prolongée des oestroprogestatifs (nombreuses études en cours),
- Les déficits immunitaires (séropositivité à HIV, patientes transplantées rénales),

- Certaines infections (Chlamydia Trachomatis ou virus de l'herpès simplex de type 2).

I.2.4. Épidémiologie (5)

Au niveau mondial, le cancer du col de l'utérus est responsable d'environ 250 000 à 300 000 décès et de 500 000 nouveaux cas par an d'après le Centre International de Recherche sur le Cancer. En Europe, près de 65 000 femmes sont touchées, et environ 25 000 nouveaux cas sont recensés chaque année, avec une mortalité de 4,7%.

En 2017, le CCU était le 11ème cancer chez la femme en France métropolitaine avec 3 000 nouveaux cas, et le 12ème plus meurtrier avec 1 100 décès. Le pic d'incidence est faible après l'âge de 40 ans et la mortalité présente un pic à 50 ans, augmentant avec l'âge, notamment après 70 ans.

L'incidence du CCU ne cesse de diminuer depuis 1980. Le taux d'incidence standardisé a baissé en France de 2,5% par an entre 1980 (15 cas pour 100 000 femmes) et 2012 (6,7 cas pour 100 000 femmes). Cette baisse est cependant moindre depuis 2000. Elle n'était plus que de 1,3% par an entre 2000 et 2012.

La mortalité du CCU diminue aussi régulièrement depuis 1980 grâce au dépistage par FCU. Le taux de mortalité standardisé a baissé de 3,2% par an entre 1980 (5 cas pour 100 000 femmes) et 2012 (1,8 cas pour 100 000 femmes). Cette baisse est cependant moindre depuis 2000. Elle n'était plus que de 2,0% par an entre 2000 et 2012.

La survie à 5 ans tend cependant à diminuer au cours du temps, passant de 68 % pour les femmes diagnostiquées en 1989-1993 à 63 % pour celles diagnostiquées en 2005-2010. L'hypothèse évoquée pour expliquer ce phénomène est que, grâce au dépistage, moins de cancers sont diagnostiqués au stade invasif, mais que ces derniers comportent une proportion plus importante de cancers à évolution rapide de mauvais pronostic (cancers non dépistés, cancers de femmes n'effectuant pas de dépistage). Le taux de survie est de 62 % 5 ans après le diagnostic et de 55 % 10 ans après le diagnostic de CCU invasif.

I.2.5. La prévention

I.2.5.1. La prévention primaire : le vaccin

La vaccination HPV vise à éviter l'infection par les deux génotypes d'HPV responsables d'environ 70% des CCU (HPV 16 et 18). Ce vaccin ne protège pas les femmes déjà infectées par ces génotypes et n'a aucune efficacité thérapeutique.

Un nouveau vaccin, le Gardasil 9, dirigé contre 9 génotypes de HPV à haut-risque responsables de plus de 90 % des cancers du col de l'utérus, devrait être bientôt disponible en France.

La couverture vaccinale anti-HPV en France est cependant très faible et en baisse depuis 2010. En 2015, elle était de 20% pour une dose à 15 ans (chez les jeunes filles nées en 2000) et de 14% pour trois doses à 16 ans (chez les jeunes filles nées en 1999). L'objectif fixé dans le Plan Cancer 2014-19 est d'atteindre un taux de couverture de la vaccination de 60 %.

I.2.5.2. La prévention secondaire : le frottis cervico-utérin

Le frottis cervico utérin (FCU) reste la méthode de référence pour le dépistage du cancer du col utérin. Il est d'une innocuité totale, de réalisation simple et d'un faible coût. Sa spécificité est excellente (supérieure à 95 %) mais sa sensibilité est faible (55 à 77 %), particulièrement pour les lésions glandulaires.

Le FCU est recommandé chez toutes les femmes âgées de 25 à 65 ans (sauf celles ayant subi une hystérectomie totale et celles n'ayant jamais eu de rapport sexuel), tous les trois ans, après deux frottis négatifs réalisés à un an d'intervalle.

Le FCU permet de diagnostiquer des CCU mais aussi des CIN permettant de les traiter avant qu'elles ne se transforment en cancer. On considère que 90 % des cancers du col de l'utérus pourraient être évités avec un frottis réalisé tous les 3 ans.

Tout FCU positif doit être suivi d'investigations diagnostiques complémentaires.

I.2.5.3. Le test HPV (6)

Le test HPV est un examen fiable et simple à réaliser. C'est un test de biologie moléculaire qualitatif permettant de détecter la présence d'ADN viral de HPV oncogène dans un prélèvement de cellules du col de l'utérus.

En France, de nouvelles recommandations sur « la conduite à tenir devant une femme ayant une cytologie cervico-utérine anormale » (7) ont été rédigées par l'Institut National du Cancer (InCa) en janvier 2017, elles précisent les indications de l'utilisation du test HPV en France.

Le test HPV est recommandé en première intention en cas de cytologie ASC-US initiale avant et après 30 ans. Si le test est positif, les patientes bénéficieront d'une colposcopie avec biopsies si présence d'anomalies.

Le test HPV peut être réalisé :

- Soit par un test HPV réflexe (à partir du frottis initial) si le frottis initial a été réalisé en milieu liquide. La brosse chargée de cellules est, aussitôt après le prélèvement, plongée dans le milieu liquide de conservation cellulaire. Le tout (flacon + brosse) est ensuite envoyé, à température ambiante, au cabinet d'anatomie et cytologie pathologiques ou au laboratoire pour analyse,
- Soit, à l'aide d'un second prélèvement en milieu dédié, si le frottis initial était sur lame. Dans ce cas, la répétition de l'examen cytologique n'est pas nécessaire. Il est possible d'éviter une deuxième consultation en prescrivant le test HPV à réaliser dans un laboratoire de biologie médicale.

Les résultats sont habituellement rendus de la manière suivante :

- Positif : présence d'HPV oncogènes
- Négatif : absence d'HPV oncogènes

La sensibilité du test HPV est supérieure à 95 %. L'association HPV-cytologie a une sensibilité proche de 100 %. Ainsi, lorsque le frottis cervico-utérin et le test HPV sont négatifs, la patiente a un risque quasi inexistant de développer une lésion dysplasique du col de l'utérus dans les années qui suivent.

I.3. La vaccination anti-HPV

I.3.1. Origine et réglementation des vaccins anti-HPV

La démonstration de l'activité oncogène de certains HPV remonte aux années 80.

Le prix Nobel de médecine 2008 a été attribué notamment à l'Allemand Harald Zur Hausen pour ses travaux ayant mis en exergue le pouvoir pathogène des HPV et leur rôle dans la survenue du cancer du col de l'utérus. (8)

Ces travaux ont conduit à développer un vaccin anti-HPV afin de réduire l'incidence des cancers du col de l'utérus, car on sait que chez près de 100% des femmes atteintes du cancer du col de l'utérus, on retrouve une infection à HPV à haut risque oncogène.

Le premier vaccin à base de pseudo particules virales (VLP=Virus Like Particles) date de 1991, la première mise en évidence d'efficacité de 2001 et l'autorisation de mise sur le marché (AMM) a été obtenue en 2008. (1)

I.3.2. Mécanisme d'action

Les vaccins anti-HPV sont des vaccins recombinants, bi ou quadrivalents, avec adjuvant, préparé à partir de pseudo-particules virales (VLP).

Les VLP sont le résultat d'un auto-assemblage de la protéine L1 (principale protéine de la capsid des HPV), obtenue par clonage du gène codant et expression dans différents systèmes.

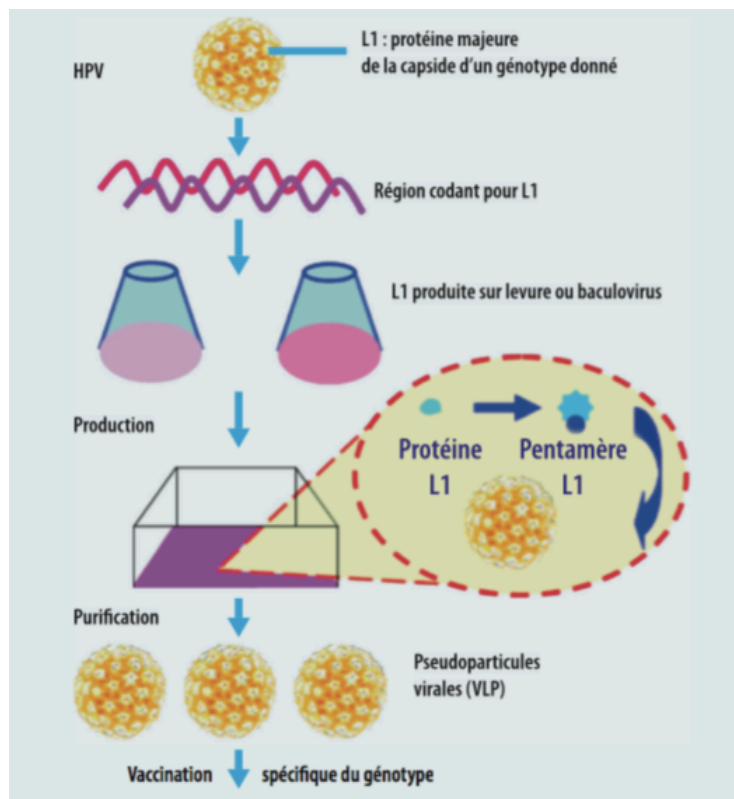


Figure 3: Principe de la production de chaque valence vaccinale par obtention de pseudo particules virales.

Les VLP sont physiquement identiques et ont le même antigène que les virions naturels, mais ils ne contiennent pas d'ADN viral, elles ne peuvent donc pas infecter les cellules, ni se multiplier ou provoquer de maladie.

Diverses études chez l'animal montrent que l'efficacité des vaccins résulte principalement d'une réponse immunitaire à médiation humorale. (9) (10)

I.3.3. La vaccination anti-HPV en France

La vaccination anti-HPV a été recommandée en France en juillet 2007 chez les jeunes filles âgées de 14 ans, avec un rattrapage chez les jeunes filles âgées de 15 à 24 ans. En 2013, la recommandation a évolué pour concerner les jeunes filles âgées de 11 à 14 ans, avec un rattrapage pour celles âgées de 15 à 19 ans révolus.

I.3.3.1. Les vaccins disponibles en France

En France, deux vaccins sont commercialisés : le GARDASIL® qui a l'AMM et est commercialisé depuis 2006 (11) ainsi que le CERVARIX® qui a l'AMM depuis 2007 et est commercialisé depuis 2008 (12).

Le GARDASIL 9®, nouveau vaccin anti-HPV comportant 9 valences, a l'AMM depuis 2006 mais n'est pas encore commercialisé.

Ces trois vaccins s'administrent par voie intramusculaire.

Ils ont les mêmes contre-indications à savoir une hypersensibilité aux substances actives ou à l'un des excipients du vaccin.

Ils sont pris en charge sur prescription médicale par l'Assurance Maladie et remboursés à 65% dans le respect des indications (13).

Ils diffèrent néanmoins dans leurs indications (9) (10). Bien qu'ils soient recommandés par la Haute Autorité de Santé (HAS) à l'âge de 11 ans, le CERVARIX® et le GARDASIL® sont indiqués dès l'âge de 9 ans dans la prévention des lésions ano-génitales précancéreuses (du col de l'utérus, de la vulve, du vagin et de l'anus) et des cancers du col et de l'anus dus à certains types oncogènes de HPV. Mais le GARDASIL® est également indiqué dans la prévention des verrues génitales (condylomes) dues à des HPV spécifiques.

I.3.3.2. CERVARIX® (9) (14)

Il se compose de protéines de 2 HPV oncogènes :

- 20 µg de protéine L1 de *papillomavirus* Humain de type 16
- 20 µg protéine L1 de *papillomavirus* Humain de type 18

Il est produit sur baculovirus par la technique de l'ADN recombinant.

Il a comme adjuvant de l'AS04 (hydroxyde d'Al + O-désacyl-4'-mono-phosphoryl lipide A ou MPL [500 µg/50 µg]) et comme excipients du chlorure de sodium, du phosphate monosodique dihydraté et de l'eau ppi.

Son prix est de 109,32€.

I.3.3.3. GARDASIL® (10) (15)

Il se compose de protéines de 2 HPV non oncogènes et de 2 HPV oncogènes :

- 20 µg de protéine L1 de *papillomavirus* humain de type 6
- 40 µg de protéine L1 de *papillomavirus* humain de type 11
- 40 µg de protéine L1 de *papillomavirus* humain de type 16
- 20 µg de protéine L1 de *papillomavirus* humain de type 18

Il est produit sur des levures par la technique de l'ADN recombinant.

Il a comme principal adjuvant du sulfate d'hydroxyphosphate d'Al (225 µg) et comme excipients du chlorure de sodium, de la L-histidine, du polysorbate 80, du borate de sodium et de l'eau ppi.

Son prix est de 121,08€.

I.3.3.4. GARDASIL 9® (16)

Il se compose de protéines de 2 HPV non oncogènes et de 7 HPV oncogènes :

- 30 µg de protéine L1 de *papillomavirus* humain de type 6
- 40 µg de protéine L1 de *papillomavirus* humain de type 11
- 60 µg de protéine L1 de *papillomavirus* humain de type 16
- 40 µg de protéine L1 de *papillomavirus* humain de type 18
- 20 µg de protéine L1 de *papillomavirus* humain de type 31
- 20 µg de protéine L1 de *papillomavirus* humain de type 33
- 20 µg de protéine L1 de *papillomavirus* humain de type 45
- 20 µg de protéine L1 de *papillomavirus* humain de type 52
- 20 µg de protéine L1 de *papillomavirus* humain de type 58

Il est produit sur des levures par la technique de l'ADN recombinant.

Il a comme principal adjuvant du sulfate d'hydroxyphosphate d'aluminium amorphe (500 µg) et comme excipients du chlorure de sodium, de la L-histidine, du Polysorbate 80, du Borate de sodium et de l'eau ppi.

Il n'est pour l'instant pas disponible sur le marché français.

I.3.3.5. Effets secondaires (9) (10)

Divers événements indésirables ont été recensés pendant les études cliniques et après la mise sur le marché du Gardasil® et du Cervarix®.

Les plus fréquents sont : les céphalées, les réactions au site d'injection et les troubles digestifs à type de nausées et vomissements.

Classe de système / organe	Effets indésirables du GARDASIL®	Fréquence	Effets indésirables du CERVARIX®	Fréquence
Infections et infestations	Cellulite au site d'injection*	Indéterminée	Infection des voies respiratoires supérieures	Peu fréquent
Affections hématologiques et du système lymphatique	Purpura thrombopénique idiopathique*, adénopathie*	Indéterminée	Adénopathie	Inconnue*
Affections du système immunitaire	Réactions d'hypersensibilité incluant des réactions anaphylactiques / anaphylactoïdes*	Indéterminée	Réactions d'hypersensibilité incluant des réactions anaphylactiques/ anaphylactoïdes, œdème de Quincke	Inconnue*
Affections du système nerveux	Céphalées Encéphalomyélite aiguë disséminée, sensation de vertige, syndrome de Guillain Barré	Très fréquent	Céphalées Syncope ou réaction vasovagale à l'injection, parfois accompagnée de mouvements tonico-cloniques	Très fréquent
		Indéterminée		Inconnue*
Affections gastro-intestinales	Nausées	Fréquent	Nausées, vomissements, douleurs abdominales	Fréquent
	Vomissements*	Indéterminée		
Affections musculo-squelettiques et systémiques	Douleur des extrémités	Fréquent	Myalgies	Très fréquent
	Arthralgies*, myalgies*	Indéterminée	Arthralgies	Fréquent

Troubles généraux et anomalies au site d'administration	Au site d'injection : érythème, douleur, gonflement	Très fréquent	Au site d'injection : érythème, douleur, gonflement	Très fréquent
	Fièvre Au site d'injection : ecchymose, prurit	Fréquent	Fièvre Au site d'injection : ecchymose, prurit	Fréquent
	Asthénie*, frissons*, fatigue*, malaise*	Indéterminée	Asthénie*, frissons*, fatigue*, malaise*	Indéterminée

Tableau 2: Évènements indésirables rapportés suite à la vaccination par Gardasil® et Cervarix® pendant les études cliniques et/ou après mise sur le marché (Vidal).

* Évènements indésirables observés après la mise sur le marché (leur fréquence ne peut pas être estimée sur la base des données disponibles).

En gras : effets secondaires les plus fréquents.

I.3.3.6. Vaccination anti-HPV et maladie auto-immune (17) (18)

Depuis 2010, on observe une diminution de la couverture vaccinale en France ; date à laquelle la population française a exprimé une préoccupation suite à la notification de maladies auto-immunes, notamment des affections démyélinisantes, chez des jeunes filles vaccinées par un vaccin anti-papillomavirus.

Depuis leur commercialisation en 2006 pour Gardasil® et 2008 pour Cervarix®, ces deux vaccins font l'objet d'une surveillance renforcée des effets indésirables (pharmacovigilance) sur le plan national et européen. Le but de cette surveillance est d'évaluer en particulier le risque potentiel de maladies auto-immunes.

En 2015, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) publie une cohorte, conjointement réalisée avec l'Assurance Maladie, de 2,2 millions de jeunes filles âgées de 13 à 16 ans.

Celle-ci montre que la vaccination contre les infections à papillomavirus humains par Gardasil et Cervarix n'entraîne pas d'augmentation du risque global de survenue de maladies auto-immunes. En revanche, une augmentation du risque de syndrome de Guillain-Barré après vaccination contre les infections à HPV apparaît quant à elle probable. Ce syndrome est un risque connu et figure d'ailleurs dans l'AMM de Gardasil. Ces conséquences sont limitées (1 à 2 cas pour 100 000 filles vaccinées) compte tenu de la rareté de la maladie.

I.3.3.7. Schéma vaccinal

D'après le calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales de 2017 (19), **la vaccination est recommandée pour toutes les jeunes filles âgées de 11 à 14 ans**. La vaccination est d'autant plus efficace que les jeunes filles n'ont pas encore été exposées au risque d'infection par le HPV.

Par ailleurs, **dans le cadre du rattrapage vaccinal, la vaccination est recommandée pour les jeunes filles et jeunes femmes entre 15 et 19 ans révolus**. Le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) a recommandé que les jeunes filles et jeunes femmes non antérieurement vaccinées reçoivent le Gardasil 9®. Cette recommandation sera applicable dès lors que ce vaccin sera disponible et remboursé.

Dans l'attente, cette vaccination peut être effectuée indifféremment avec l'un ou l'autre des deux vaccins existants (Cervarix® ou Gardasil®).

Les vaccins ne sont pas interchangeables et toute vaccination initiée avec l'un d'eux doit être menée à son terme avec le même vaccin.

I.3.3.7.1. Vaccin bivalent (Cervarix®)

Vaccination initiée :

- Entre 11 et 14 ans révolus : deux doses espacées de 6 mois.
- Entre 15 et 19 ans révolus : trois doses administrées selon un schéma 0, 1 et 6 mois.

I.3.3.7.2. Vaccin quadrivalent (Gardasil®)

Vaccination initiée :

- Entre 11 et 13 ans révolus : deux doses espacées de 6 mois.
- Entre 14 et 19 ans révolus : trois doses administrées selon un schéma 0, 2 et 6 mois.
- Pour les hommes homosexuels jusqu'à 26 ans révolus : trois doses administrées selon un schéma 0, 2 et 6 mois. (AMM)

I.3.3.7.3. Vaccin nonavalent (Gardasil 9®)

Vaccination initiée :

- Entre 11 et 14 ans révolus : deux doses espacées de 6 à 13 mois.
- Entre 15 ans et 19 ans révolus : 3 doses administrées selon un schéma 0, 2 et 6 mois.
- Pour les hommes homosexuels jusqu'à 26 ans révolus : trois doses administrées selon un schéma 0, 2 et 6 mois. (Pas d'AMM)

I.3.3.7.4. Co-administration avec d'autres vaccins

L'une des doses de la vaccination contre les infections à papillomavirus humains peut être co-administrée notamment avec le rappel diphtérie-tétanos-coqueluche-poliomyélite prévu entre 11 et 13 ans ou avec un vaccin contre l'hépatite B, ainsi qu'avec le vaccin contre le méningocoque de sérogroupe C dans le cadre du rattrapage vaccinal (19).

I.3.3.8. Couverture vaccinale

I.3.3.8.1. En France (20) (21) (22)

L'InVS (Institut de Veille Sanitaire) est en charge du suivi et de l'estimation de la couverture de la vaccination contre les infections à papillomavirus humain (HPV) chez les jeunes. Ces estimations sont réalisées à partir des données de l'échantillon généraliste des bénéficiaires (EGB) du régime général de l'Assurance maladie. Elles sont publiées chaque année.

D'après ces données, moins de 20% de la population cible est vaccinée, un des taux les plus bas d'Europe alors que le Plan Cancer 2014-2019 fixe un objectif de 60%.

Depuis la période de la recommandation, on observe une diminution régulière de la couverture vaccinale. En 2010, 27 % des jeunes filles de 15 ans avaient reçu un schéma vaccinal complet à trois doses à l'âge de 16 ans. En 2012, 18 % d'entre elles ont reçu un schéma complet à 16 ans.

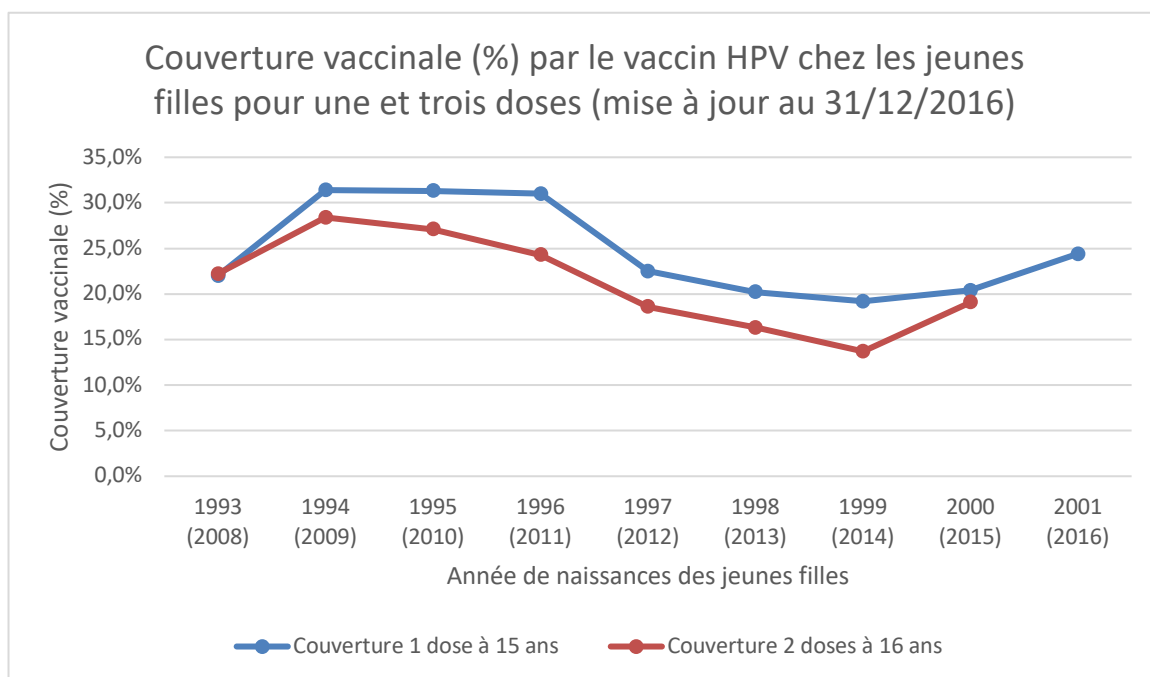


Figure 4: Couverture vaccinale (%) par le vaccin HPV chez les jeunes filles pour une et trois doses (mise à jour au 31/12/2016)

La diminution de la couverture vaccinale est observée en France depuis 2010. Cette date correspond à la préoccupation exprimée par le public suite à la notification de maladies auto-immunes, notamment des affections démyélinisantes, chez des jeunes filles vaccinées par un vaccin anti-papillomavirus. (17)

Par ailleurs, au sein même du territoire français, on observe une disparité de la couverture vaccinale par département.

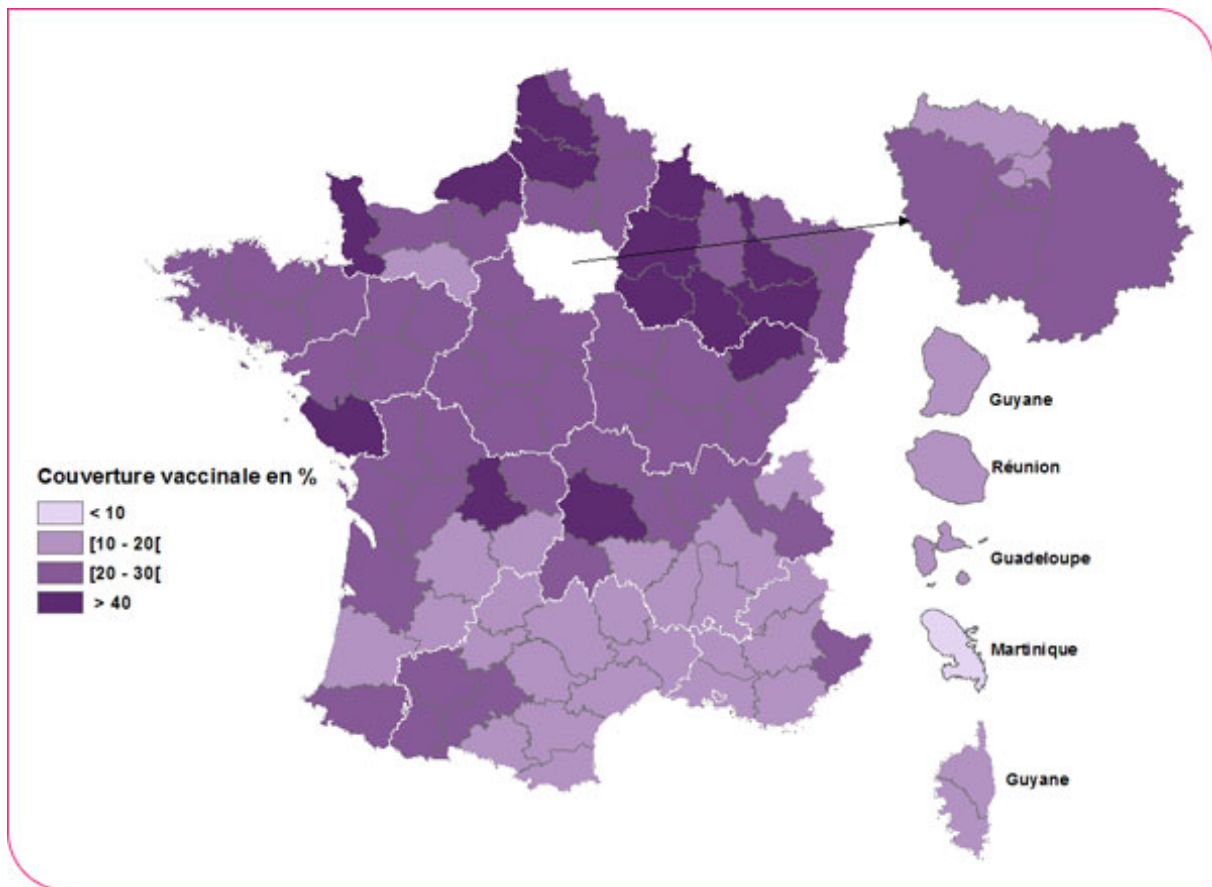


Figure 5: Carte départementale de la couverture vaccinale HPV « 1 dose » à 15 ans, 2016

I.3.3.8.2. A l'étranger (23)

À la fin de l'année 2016, 74 pays avaient procédé à l'introduction du vaccin contre le papillomavirus humain.

Dans certains pays comme l'Australie, le Royaume-Uni, la Suède ou la Nouvelle-Zélande, la couverture vaccinale dépasse les 80%. Ces pays ont choisi de réaliser une campagne de vaccination « volontariste » avec une vaccination précoce et débutée à l'école, en collaboration avec les médecins généralistes.

A partir de ces conclusions et des difficultés lors de la prescription du vaccin anti-HPV, nous avons souhaité identifier les difficultés du médecin généraliste pour le prescrire.

II. Méthode et matériel

II.1. Type d'étude

Une étude qualitative évalue des opinions, croyances, sentiments de personnes sur un sujet clairement délimité. Elle fait appel à des méthodes qualitatives telles que l'observation, l'interview, l'observation participative, le focus group et autres méthodes consensuelles. Les résultats d'une recherche qualitative ne sont pas exprimés en chiffres et ne sont pas à généraliser (24).

L'étude est fondée sur la réalisation puis l'analyse d'entretiens individuels dirigés et/ou de groupes appelés *focus group*.

Elle donne un aperçu du comportement et des perceptions de la population choisie et permet d'étudier leurs opinions et leurs conceptions sur un thème précis.

L'intérêt est de ne pas avoir de cadre « limitant ». Toutes les idées même éphémères peuvent être exprimées et prises en compte dans l'analyse.

Aussi, nous avons choisi ce type d'étude afin de répondre à notre objectif principal, à savoir, identifier les difficultés rencontrées par le médecin généraliste pour prescrire le vaccin anti-HPV.

L'étude qualitative permet un réel échange entre médecins et permet d'explorer l'ensemble des avis et croyances de ceux-ci.

II.2. Recrutement des participants

II.2.1. Choix des praticiens

Les divers stages réalisés dans le bassin de Brive la Gaillarde (Corrèze) dans le cadre de l'internat nous ont spontanément orientés vers les professionnels exerçant dans cette région.

Nous avons contacté 25 médecins généralistes parmi lesquels 12 ont répondu favorablement, 10 n'étaient pas disponibles et 3 non intéressés.

A l'occasion de cette première prise de contact, nous avons présenté succinctement l'étude, ses objectifs et ses modalités ; à savoir la réalisation de *focus group* les 19 et 20 décembre 2017.

Les médecins contactés ont montré un certain engouement suivi d'une réelle curiosité vis-à-vis de l'étude, tant sur la forme que sur le fond.

II.2.2. Constitution des groupes

La constitution des groupes s'est faite en fonction des disponibilités des médecins.

Le 19 décembre 2017 : 7 médecins généralistes et une étudiante en médecine (en stage chez le praticien).

Le 20 décembre 2017 : 5 médecins généralistes.

II.3. Focus group

II.3.1. Choix du focus group

Nous avons réalisé 2 *focus group* à l'aide d'un guide d'entretien élaboré antérieurement et adapté à la problématique. Ce mode d'entretien nous semble idéal, permettant aux participants de s'exprimer librement grâce aux questions ouvertes. L'étude est effectuée en discussion de groupe afin de lever les barrières de la timidité et de favoriser un phénomène de stimulation.

II.3.2. Fiche d'identification

Au préalable, nous avons élaboré une fiche d'identification de format A4, remise à chacun des médecins en début de séance. (Annexe 1.)

Cette fiche est réfléchi de façon à :

- Identifier et caractériser les médecins participants aux *focus groups*
- Rechercher l'influence de ces caractéristiques sur les difficultés de prescription de ce vaccin.

Elle se compose de :

- **Age du médecin** : Au vue de la pyramide des âges des médecins généralistes en France (25), nous avons classé les médecins en 4 catégories : moins de 40 ans, 40-49 ans, 50-59 ans, plus de 60 ans.

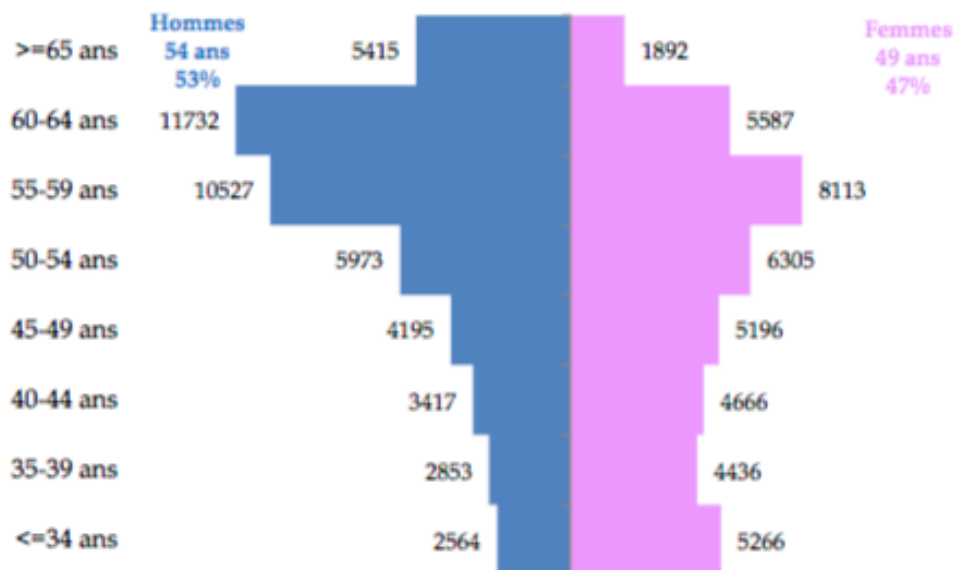


Figure 6: Pyramide des âges des médecins généralistes (2017)

- **Genre du médecin** : homme / femme
- **Ville d'exercice et type de patientèle** : de manière arbitraire, n'existant pas de définition exacte disponible, nous avons scindé le type de patientèle en 2 groupes :
 - o Urbain > 10 000 habitants
 - o Rural < 10 000 habitants

- **Nombre d'enfants vus par semaine** : suite à notre expérience, nous avons classé le nombre d'enfants de moins de 16 ans vus par semaine en 3 groupes, hors période épidémique : 0 à 5, 5 à 10, plus de 10.
- **Adresse mail** : les résultats de l'étude seront communiqués à l'ensemble des médecins intéressés et ayant précisé leur adresse mail.

II.3.3. Élaboration du guide d'entretien

Le guide d'entretien a été élaboré en amont après la formulation de notre question de recherche. Il permet de définir le déroulement de chaque entretien et de garantir la reproductibilité des questions entre chaque groupe.

Notre guide comporte une trame de 4 questions ouvertes et neutres, permettant de laisser une grande liberté d'expression et de favoriser les associations d'idées. (Annexe 2.)

- Que pensez-vous de la vaccination anti-HPV ? Nous avons choisi cette première question « brise-glace » afin de libérer les échanges.
- Comment abordez-vous le sujet de la vaccination anti HPV ?
 - o *Quand ?*
 - o *A qui en parlez-vous ?*
- Quelles sont les difficultés que vous rencontrez quant à la prescription de ce vaccin ?
- Quelles solutions / propositions adoptez-vous pour faciliter la prescription de la vaccination ?
 - o *Dirigez-vous les patientes vers des confrères / consœurs (Gynécologue, sage-femme...) ?*
 - o *Arguments*

Dans le souci d'une discussion dynamique, nous avons reformulé certaines questions le demandant.

II.3.4. Déroulement des entretiens

Nous avons réalisé les 2 *focus groups* en salle de réunion de l'hôpital de Brive.

Chacun des groupes s'est réuni autour d'une table de façon à ce que tout le monde puisse se voir et partager un repas offert.

Les entretiens ont été enregistrés par 2 dictaphones.

A leur arrivée, les médecins étaient invités à remplir la fiche d'identification.

Les *focus group* ont débuté par une phase de présentation du sujet de l'étude par l'animateur et l'observateur, ainsi qu'une explication du déroulement de la discussion.

L'animateur posait les questions suivant le guide d'entretien prédéfini. Il pouvait stimuler un intervenant en particulier s'il ne s'était pas exprimé sur une question ou ne semblait pas au bout de sa pensée. Il avait le droit de reformuler et de faire préciser certaines idées exprimées. Son rôle était de faciliter les interactions au sein du groupe et de gérer au mieux le débat.

L'observateur assistait au *focus group* sans pouvoir intervenir dans le débat. Son rôle était de consigner les gestes, communications non verbales des participations et ces impressions

concernant la discussion. La présence de l'observateur pouvait surprendre les participants, il a donc été nécessaire d'expliquer le rôle de chacun avant le début des séances.

Les débats se sont installés rapidement entre les différents participants permettant de faire circuler la parole et de faire émerger de multiples idées. Aucun ordre précis de parole n'a été établi laissant ainsi chacun s'exprimer librement. Il était néanmoins demandé aux participants de se présenter avant leur prise de parole afin de faciliter la retranscription.

II.3.5. Recueil des données

Les enregistrements réalisés lors des *focus groups* ont été retranscrits par écrit via le logiciel Word®. Plusieurs relectures (4) ont permis une retranscription intégrale (mot à mot ou *verbatim*). Les notes de l'observateur ont été intégrées à la suite.

Ce recueil de données constitue le *verbatim*. C'est à partir de ces données que l'analyse a été réalisée.

II.4. Traitement des données

L'analyse du *verbatim* effectuée via le logiciel d'analyse qualitative N'VIVO s'est déroulée en plusieurs temps.

Au préalable, chaque élément du *verbatim* (chaque phrase, ponctuation, expression des médecins intervenants lors de l'entretien) a été encodé.

N'VIVO était alors en mesure d'identifier et classer les données en fonction des caractéristiques des « cas » ou intervenants.

II.4.1. Analyse descriptive

Tout d'abord, nous avons réalisé un codage ouvert en théorisation ancrée, où chaque idée nouvelle présente dans le *verbatim* entraînait la création d'un code (ou « nœud ») descriptif. Ce code était réutilisé si l'idée était de nouveau retrouvée ultérieurement. A chaque code, le logiciel rattachait la citation explicite et la source de l'extrait. Enfin, chaque code était associé à un nombre de citation et de sources. Dans notre étude, le nombre de sources correspondait au nombre de *focus group* réalisés.

L'analyse descriptive représente une étape capitale de l'étude.

Nous avons réalisé un codage en double aveugle. Les codes extraits par chaque investigateur ont été comparés. Certains « nœuds » ont été conservés, d'autres modifiés, et affinés et enfin d'autres supprimés (car répétitifs ou hors sujet) pour parvenir à un accord mutuel.

II.4.2. Analyse thématique

Nous avons classé en double aveugle les différents codes du *verbatim*. L'analyse de ce classement a permis de mettre en évidence des axes de réflexion concernant notre étude, correspondant à nos 6 thèmes.

II.4.3. Analyse matricielle

Les données de l'analyse descriptive et thématique ont été croisées avec les caractéristiques des « cas ».

II.5. Objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette étude est d'identifier les difficultés du médecin généraliste à prescrire le vaccin anti-HPV.

Les objectifs secondaires sont de :

- Déterminer les solutions pour faciliter la prescription du vaccin anti HPV par le médecin généraliste
- Déterminer s'il existe une typologie de médecins facilitant la prescription du vaccin anti-HPV.

III. Résultats

III.1. Présentation de la population de l'étude

Dans le cadre de notre étude, nous avons réalisé deux *focus group*.

III.1.1. Premier *focus group*

Le premier *focus group* a eu lieu le 19 décembre à 20h en salle de réunion de l'hôpital de Brive la Gaillarde. L'entretien a duré 3h30. 7 médecins généralistes et 1 étudiante en médecine (en stage chez l'un des praticiens) ont participé.

La directrice de thèse a animé le *focus group* et j'étais l'observatrice.

III.1.2. Deuxième *focus group*

Le deuxième *focus group* a eu lieu le 20 décembre à 20h en salle de réunion de l'hôpital de Brive la Gaillarde. L'entretien a duré 2h30. 5 médecins généralistes ont participé.

J'ai animé le *focus group* et ma sœur aînée, infirmière, était l'observatrice.

III.1.3. Total

Au total, 12 médecins ont participé à l'étude. Leurs caractéristiques démographiques sont résumées dans les figures suivantes.

Médecin	Age	Genre	Type de patientèle	Nombre d'enfants vus par semaine
FOCUS 1				
Médecin PC	Plus de 60 ans	Homme	Urbain	5 à 10
Médecin SM	Moins de 40 ans	Homme	Rural	5 à 10
Médecin JNC	50-59 ans	Homme	Rural	Plus de 10
Médecin AJ	Plus de 60 ans	Homme	Rural	5 à 10
Médecin AB	50-59 ans	Femme	Rural	5 à 10
Médecin DP	40-49 ans	Homme	Rural	Plus de 10
Médecin EB	Plus de 60 ans	Homme	Urbain	5-10
FOCUS 2				
Médecin AV	Moins de 40 ans	Femme	Rural	Plus de 10
Médecin LP	50-59 ans	Femme	Rural	Plus de 10
Médecin OD	50-59 ans	Homme	Rural	5-10
Médecin MJC	Moins de 40 ans	Femme	Rural	Plus de 10
Médecin MN	50-59 ans	Homme	Rural	Plus de 10

Tableau 3: Caractéristiques des médecins

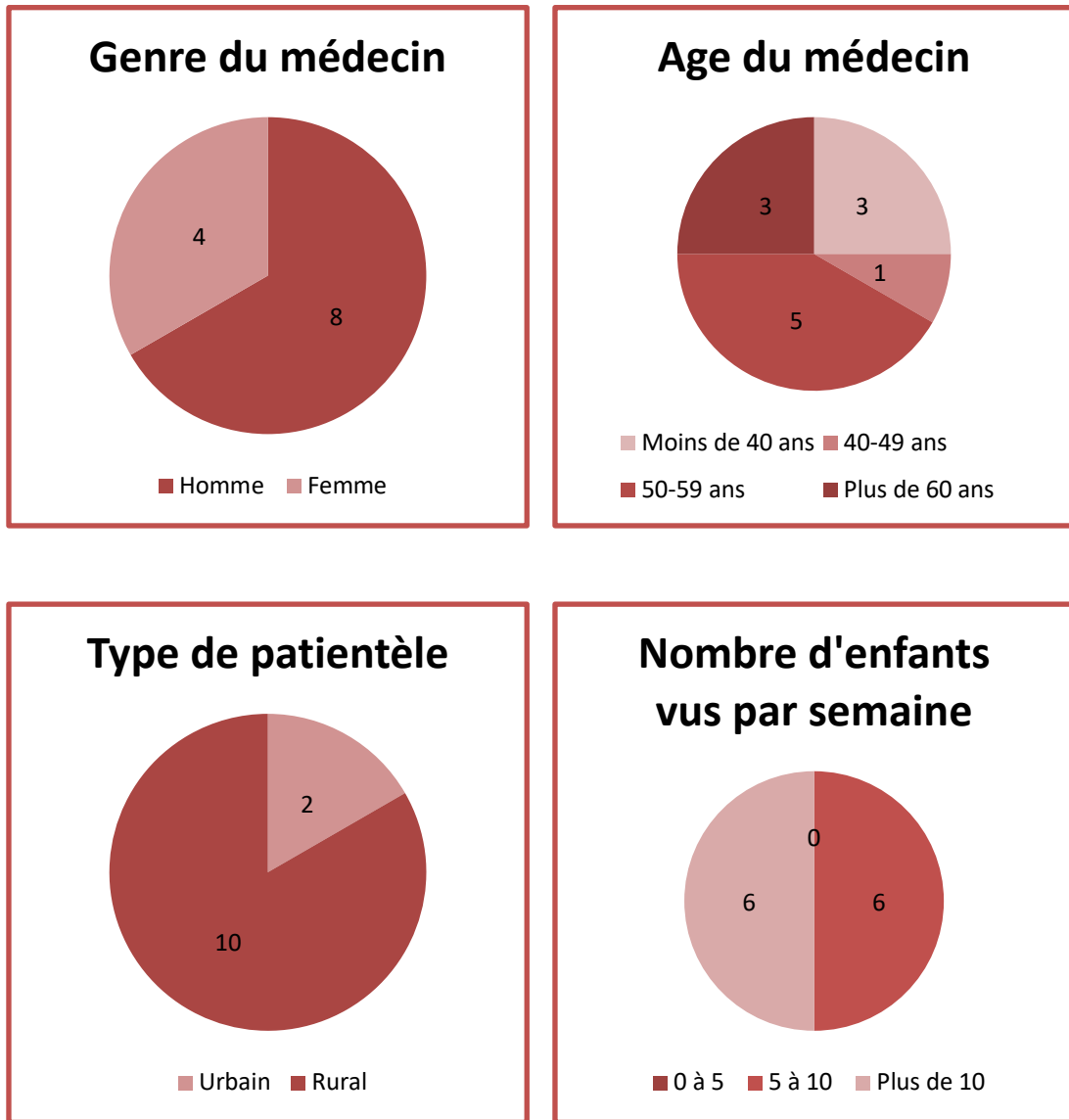


Figure 7: Répartition des médecins selon leurs caractéristiques

Notre population de médecins généralistes était donc composée de :

- 67% d'hommes et 33% de femmes,
- 25% de moins de 40 ans, 8% de 40 à 49 ans, 42% de 50 à 59 ans et 25% de plus de 60 ans
- 83% de médecins exerçant en milieu rural et 17% exerçant en milieu urbain,

La moitié d'entre eux voyait entre 5 à 10 enfants par semaine, l'autre moitié voyait plus de 10 enfants par semaine.

Nombre de médecins voyant 5 à 10 enfants ou plus de 10 enfants par semaine, en fonction de leurs caractéristiques.

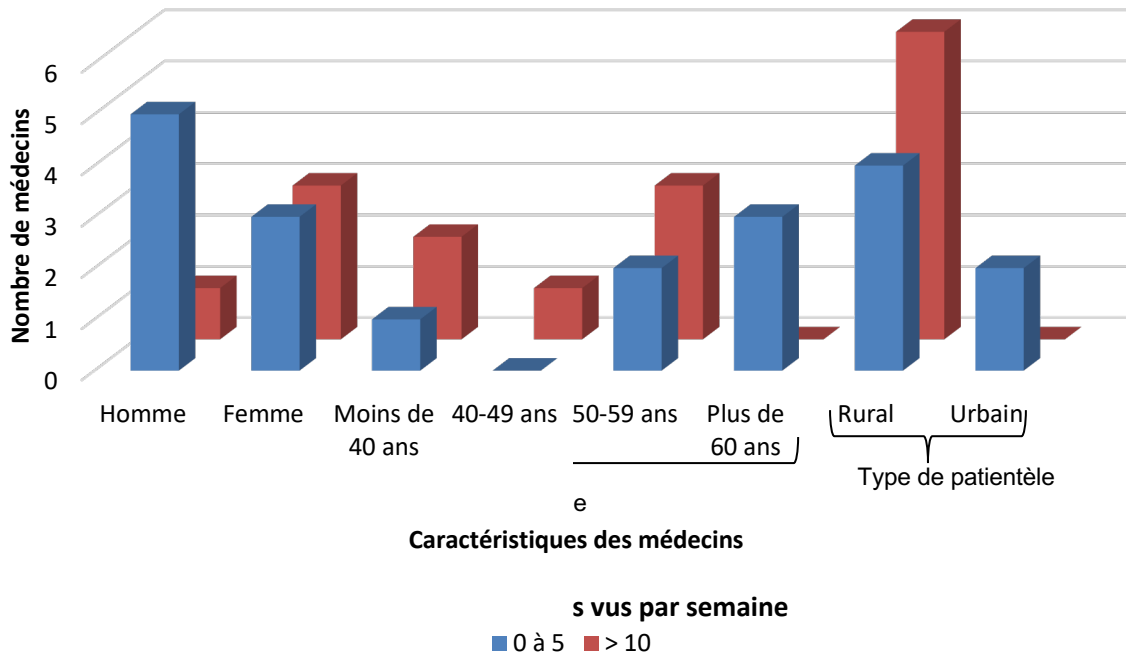


Figure 8: Nombre de médecins voyant 5 à 10 enfants ou plus de 10 enfants par semaine, en fonction de leurs caractéristiques.

III.2. Analyse descriptive

A partir du *verbatim* des deux *focus group*, 97 codes ont été extraits.

Pour simplifier la lecture, un code couleur a été appliqué allant du rouge clair au rouge foncé en fonction du nombre de sources citées et du bleu ciel au bleu foncé en fonction du nombre de références de chaque code.

Nom du code	Sources	Références
11ans, concrétisation difficile	1	1
11ans, connaissance sur l'HPV	1	5
11ans, difficulté pour en discuter	2	10
11ans, enfants vus en consultation	1	3
11ans, facilite la discussion	1	2
11ans, sujet abordé par les parents	1	1
14ans, sujet abordé par les jeunes filles	1	1
2 injections = facilités	2	3
Adaptation du langage en fonction de l'âge	1	1
Ado, facilite la discussion	2	3
Anti-vaccin	2	5
Autant controversé que le vaccin VHB	2	7
Balance bénéfice risque	1	2
Chronophage	1	4
Complexité liée à la tranche d'âge	1	1
Compliance des patients	1	3
Couverture vaccinale faible	1	3
Croyance vis-à-vis des vaccins	1	1
Décision prise par les parents	1	7
Délai de réflexion respecté	1	6
Dépistage du cancer du col	1	7
Difficulté à vacciner de façon générale	2	4

Difficulté, diversité des vaccins	1	6
Diminution des visites médicales scolaires	1	2
Discussion fréquente avec les parents	2	7
Doute du médecin	2	12
Doute induit par la formation initiale	1	2
Éducation des jeunes filles	2	19
Élargir la vaccination aux garçons	1	4
Évolution des pratiques sexuelles = + HPV	1	1
Facilité, demande émanant des patients parents	1	3
Facilité, grande sœur vaccinée	1	1
Frein, HPV asymptomatique	1	1
Frein, la vaccination n'évite pas le frottis	1	1
Frein, nombre important de vaccins	1	3
Frein, polémique sur les 11 vaccins obligatoires	2	11
Influence des laboratoires	2	6
Influence du genre du médecin	1	8
Influence du lobbying anti-vaccin	2	15
Influence positive du père	1	4
Informations aux parents	2	26
Informations sur les risques liés à l'HPV	1	2
Intérêt du vaccin quand frottis non fait	1	2
Intervention exceptionnelle du père	1	1
Jeune fille impliquée dans la décision	2	8
Jeune fille non décisionnaire seule	1	2
Le FCU est-il suffisant pour prévenir les lésions cancéreuses	1	3
Manque de recul du vaccin	1	4
Manque de ressources scientifiques aux médecins	1	13

Méconnaissance de l'existence du vaccin des jeunes filles	1	3
Méconnaissance des IST	1	1
Méconnaissance du corps	1	1
Médecin découragé	2	6
Médecin pro-vaccin	2	7
Méfiance des médecins	1	6
Méfiance des parents	1	5
Moins controversé que les autres vaccins	1	3
Outil, appui des autres spécialités	2	14
Outil, avoir des filles vaccinées	1	9
Outil, calendrier vaccinal	2	6
Outil, campagne de prévention	2	11
Outil, carnet de santé	2	9
Outil, certificat de sport	1	8
Outil, création la consultation ado	2	17
Outil, éducation scolaire	2	9
Outil, faire une ordonnance	2	6
Outil, preuves scientifiques	2	4
Outil, recommandations	1	1
Outil, relation de confiance	1	5
Outil, sensibilisation par ses copines	1	3
Outil, stagiaire	1	7
Outil, support pédagogique	2	18
Outil, témoignage de cas réels de HPV	1	5
Patients non vus = difficulté	2	9
Pays autres plus obéissant	2	3
Peur des effets secondaires liés aux vaccins	2	13

Possibilité d'en reparler	2	5
Proposition occasionnelle	2	6
Proposition systématique	2	14
Protection future du vaccin	1	2
Refus des rappels par les enfants	1	2
Refus fréquent des patients	2	3
Réflexivité des médecins	2	9
Réticence des confrères	2	9
Réticence des patients, parents	2	11
Sexualité, sujet tabou	2	10
Solution, vaccin obligatoire	1	7
Vaccin anti cancer	1	2
Vaccin couplé = simplicité	1	9
Vaccin douloureux	1	1
Vaccin non altruiste	1	2
Vaccin non obligatoire	1	5
Vaccin prescrit mais non réalisé	1	2
Vaccin au cas par cas	1	2
Vaccination effectuée par les médecins	2	10
Vaccination non effectuée par les médecins	1	2
Voir l'ado seule facilite la discussion	2	2

Tableau 4: Liste des codes

III.3. Analyse thématique

Les 97 codes ont été regroupés en 6 grandes thématiques.

Les nœuds apparaissent en italique et les citations entre guillemets.

III.3.1. La patiente et ses parents

III.3.1.1. L'influence de l'âge de la patiente

Au cours des deux *focus group*, les médecins ont souligné l'impact de l'âge de la patiente sur la vaccination et ont exprimés des difficultés ou facilités vis-à-vis de celui-ci. Ils ont par ailleurs discuté des deux schémas vaccinaux proposés par les recommandations depuis la mise sur le marché du vaccin, leurs avantages et inconvénients.

Ils ont exprimé *une complexité liée à la tranche d'âge* car « c'est une tranche de population qu'on ne voit pas souvent, parce qu'ils ne sont pas malades » et « où il y a tellement de sujets entre l'école, les problèmes à l'école, les problèmes d'Internet, la pathologie pour laquelle ils sont venus... ».

A l'âge de 11ans, les médecins ont ressenti une certaine *difficulté pour en discuter* avec la patiente : « c'est un âge compliqué », « c'est sûr que le faire dès 11ans, c'est difficile ».

Certains ont regretté la nouvelle recommandation de vacciner à 11 ans. A l'âge de 14 ans, un des médecins avait « l'impression que c'est plus eux (...) qui amènent la discussion plus que moi ». La patiente n'était alors « plus une enfant » et ils pouvaient *voir l'adolescente seule* lors de la consultation et ainsi « rétablir un colloque singulier » et *faciliter la discussion*.

Cette difficulté viendrait du fait que :

- A 11ans, la *concrétisation serait difficile* : « même le col de l'utérus en fait ce n'est pas quelque chose qu'elle peut imaginer peut-être facilement »
- A cet âge, il y aurait une *méconnaissance du corps* : « il n'y a aucune connaissance du corps, aucune compréhension des règles, de l'ovulation, de tout ce qu'on veut »
- Il y aurait une *méconnaissance de l'existence du vaccin par les jeunes filles* : « j'ai l'impression qu'ils ont pas l'air vraiment au courant. A 11-12ans, qu'il y a un vaccin contre le papillomavirus. »
- Il y aurait une *méconnaissance des IST* et de « la protection »
- Le vaccin renverrait à *la sexualité qui est un sujet tabou* et les « parents trouvent l'enfant jeune pour parler des maladies entre guillemets sexuellement transmissibles » :
 - « C'est une vaccination qui est liée à la sexualité », « ça interpelle sur la sexualité »
 - Le vaccin est contre « une maladie sexuellement transmissible » et les parents trouvent qu' « elle est trop jeune pour ça »
 - « La vaccination par Gardasil® ou Cervarix®, c'est un petit peu la porte d'entrée vers la contraception ou la pilule »
 - « Quand je regarde je le dis à maman, je la regarde et je lui dis : « à quel âge vous pensez que votre fille va avoir son premier rapport ? si vous pensez qu'elle va vous le dire avant » En général y'a un blanc. »

Mais les médecins ont aussi reconnu que l'âge recommandé pour la vaccination aurait certains avantages :

- A 11ans, les enfants sont vus en consultation : « on les voit quasiment tous ne serait-ce pour le rappel du DTP », « c'est pour ça que c'est bien de les faire à 11-12 ans (...) c'est un sacré intérêt »
- A 11 ans, les patientes auraient des *connaissances sur l'HPV* : « ils parlent de la sexualité en fin de primaire maintenant, du coup ils connaissent déjà un peu le corps humain ». « A 11-12 ans, les jeunes filles, elles savent très bien de quoi on parle ». « On commence à savoir ce qu'est le papillomavirus, quels sont les risques encourus ».
- A 11 ans, elles sauraient de quoi on parle « quand on parle de cancer »
- A 11 ans, le *sujet est abordé par les parents* : « à 11-12ans, c'est souvent les parents qui m'en parlent » alors qu'à 14ans, le sujet est abordé par les jeunes filles : « à 13-14-15ans donc j'ai l'impression que c'est plus eux, moi j'ai l'impression, qui amènent la discussion plus que moi »
- L'âge de 11ans *faciliterait la discussion* : « le passage à 11ans simplifie un petit peu les choses, on en parle plus facilement »

III.3.1.2. Le refus des patients et de leurs parents

Une des principales difficultés rencontrées par l'ensemble des médecins a été le *refus fréquent des patientes et de leurs parents* : « j'ai quand même pas mal de refus ».

Ils ont eu cette difficulté pour la première injection et/ou pour le *rappel* : « j'avais commencé des vaccins chez certaines jeunes filles qui ont été interrompu parce que les parents n'ont pas voulu continuer », « alors moi j'ai vu des jeunes vaccinées et refuser les rappels suite à la polémique qu'il y avait eu contre l'avis de leur parent. »

« La méfiance vis-à-vis de la vaccination » serait une des principales raisons apportées par les parents à ces refus.

Les médecins ont constaté que la principale difficulté n'est pas de le prescrire mais de le faire accepter : « Moi je le prescris, ce n'est pas un problème. » « C'est les difficultés à le faire accepter », « c'est ce dont on a parlé depuis le début, la principale difficulté est là. »

III.3.1.3. L'influence des parents

Les médecins ont exprimé des *réticences des parents* à vacciner leur enfant. Ils ont donc souvent « discuté avec les parents » du vaccin, *informé les patientes et leurs parents* sur « l'HPV (...), la maladie, ce qu'elles risquent » et *éduqué les jeunes filles*.

Les médecins ont reconnu avoir plus de facilités pour vacciner lorsque « la demande émane des parents » ou lorsque « la grande sœur est vaccinée ».

III.3.1.4. La prise de décision

La *jeune fille est souvent impliquée* dans la discussion : « j'implique beaucoup aussi les adolescentes, je leur explique parce que je trouve qu'elles doivent participer à la discussion » parce qu' « elles sont capables de réfléchir et de donner leur avis ». Les médecins déclaraient : « ce qu'elle en pense et vice versa (...) si elle a compris à quoi ça servait si du coup ça lui semble intéressant aussi... ».

Mais la *jeune fille serait non décisionnaire seule*.

La *décision serait prise par les parents* : « la prise de décision je pense qu'elle est vraiment au niveau des parents », notamment au niveau de « la maman qui décide quand même » parce que *l'intervention du père serait exceptionnelle*. Même si parfois, *le père a pu avoir une influence positive* : « j'ai prescrit une vaccination par l'intermédiaire du père alors que la mère était contre et c'est le père qui a convaincu la mère donc... ».

Donc « Moralité, il faut parler à tout le monde ».

III.3.2. Le médecin généraliste et ses confrères

III.3.2.1. Le médecin découragé

Les médecins interrogés étaient, à certains moments de leur carrière, *découragé* face à la réticence des patients : « A partir du moment où les gens ne veulent pas, je me bats pas », peut-être :

- Par manque de stimulation médiatique « parce ce qu'on en parle peut-être un peu moins, on est beaucoup moins stimulé peut-être par, premièrement les pubs peut-être, deuxièmement par le cancer du col dont on parle très peu et donc on est peut-être un peu moins motivé pour faire les vaccinations »,
- Par « manque de motivation » ou,
- Par manque de temps : « on a peu de temps à consacrer à ce sujet ».

Dans ce sens, la *vaccination n'était pas effectuée par les médecins* : « depuis six mois je n'ai pas fait un vaccin HPV », « ça fait un bon bout de temps que je n'ai pas vacciné chez les jeunes ».

III.3.2.1.1. Le manque de ressources médicales

Les médecins interrogés ont reconnu un « manque d'informations », de chiffres concrets : « au début quand on a des chiffres en tête ça va et puis après ça s'oublie on pense à autre chose et on a plus les chiffres en tête il faudrait qu'on ait ça en tablette ou à la disposition des clientes pour qu'elles puissent réfléchir. Moi j'ai donné toutes les pubs que me donnaient le labo. » « Donc la difficulté c'est de ne pas avoir les données réelles. »

Ils ont déclaré manquer « de(s) ressources scientifiques pour argumenter auprès du patient ».

Il en a découlé plusieurs interrogations :

- « Est-ce que le vaccin est en premier lieu efficace, est ce qu'il protège réellement contre le cancer du col de l'utérus ? Est-ce que quelqu'un peut me répondre ? »
- « Ma naïveté croyait que oui, dans quel pourcentage ? »
- « Il se pose la question des rappels, quelle durée dans le temps ? Ça, on n'a pas de réponse. »
- « Quelle protection dans le temps, est ce qu'il y aura des rappels, est ce que... »
- « Le gros problème c'est de savoir nous ce qu'on fait à la longue que ce soit sur le plan territorial, si on protège réellement et dans le temps »

Toutes ces interrogations sans réponses ont confirmé ce manque d'informations scientifiques, identifié comme une limite pour les médecins : « En fait on est en train de se rendre compte, du moins je me rends compte que de notre point de vue, de ma pauvreté peut être d'informations scientifique sur ce vaccin-là, de mes limites. »

En ce sens, ils ont développé leur *réflexivité* afin de répondre à certaines questions :

Les médecins s'interrogeaient sur les dires des laboratoires : « est-ce que vraiment on nous dit la vérité, parce qu'on entend dire des choses de la part de certaines personnes, les laboratoires jurent que ça risque rien ou pas grand-chose, alors on peut être un peu embêtées ». « Moi je ne fais pas confiance aux laboratoires » affirmait un médecin.

Tout en sachant que « la différence c'est qu'il y a des recommandations et moi je ne fais pas confiance aux laboratoires ».

Les médecins se sont interrogés sur la validité des recommandations : « le problème c'est qu'on nous informe de ce que l'on veut bien nous informer », « on n'a pas toutes les cartes en main. »

La solution proposée par les médecins interrogés était de « comparer les études pour savoir si cette étude est réellement bien ou si elle est pleine de biais. Après on écoute d'une oreille, on regarde, on lit, à la fois dans prescrire par exemple ou les recommandations, et après on se fait son idée. »

Cependant, malgré toute leur réflexivité, les médecins décidaient de « faire confiance aux recommandations, à ceux qui sont spécialistes en santé publique, (...) au ministère de la santé » car « c'est très compliqué de tout épilucher et j'ai pas le temps, faut que je dorme ».

Les médecins interrogés ont exprimé le souhait d'« avoir des supports pédagogiques mais à condition que ce soit indépendant de l'industrie pharmaceutique parce qu'on va encore nous accuser qu'on est la solde des labos, avec un conflit d'intérêt » et d' « être lucide par rapport au discours des labos ».

III.3.2.1.2. Les réticence des confrères

Les médecins ont regretté que certains confrères pourraient émettre une réticence vis-à-vis de la vaccination :

- A l'école : « la prof de SVT ben grosso modo elle aura dit que c'était pas bien (...) et qu'il fallait pas ». Ce médecin a trouvé « ça dommageable parce que ben les profs ils sont quand même très écoutés »,
- Certains pédiatres : « vous voulez vraiment que je vous le dise ? J'ai vu des pédiatres dans ma localité (...) qui ne faisait pas le vaccin hexavalent ni contre la méningite donc... »,
- Des Professeurs universitaires qui passeraient des messages : « bon ça sert à rien de le faire ». Ce qui entrainerait un *doute induit de la formation médicale*,
- Certaines sages-femmes : « j'ai déjà eu des sages-femmes libérales qui sont contre »,
- Des médecins généralistes : « Les réticences, oui je pense aussi qu'on en a. Moi j'en ai en tant que médecin de temps en temps. »

III.3.2.1.3. La méfiance des médecins

Les médecins ont reconnu avoir une certaine « méfiance vis-à-vis de la vaccination » car « on sait toujours ce qu'on fait mais il y a toujours un risque à vacciner ». « On a tous des méfiances quand même par rapport au vaccin en général ». « Même nous finalement on ne sait pas si on fait bien ou pas bien » (« oui c'est un peu le problème »).

III.3.2.1.4. Le doute du médecin

De façon unanime, les médecins ont exprimé un doute : « oui c'est vrai qu'il y a toujours un doute ».

De par leur expérience professionnelle : « après avoir eu une myofasciite véritable authentifiée, j'ai un petit peu reculé parce que j'en ai eu deux en fait. Ça pose un problème quand même ce n'est pas anodin, moi j'ai vacciné quand même pas mal de personnes ; j'étais pour parce que les cancers du col j'en ai vu aussi ». « c'est vraiment la grosse difficulté parce que quand on l'a vécu après à chaque vaccin on dit mais qu'est-ce que je fais ? »

De par l'estimation de la balance bénéfique risque : « le gros problème c'est nous d'être convaincu que ça n'aboutit pas à des pathologies neurologiques sévères, ça j'en sais rien et à chaque fois que je vaccine je me dis mon dieu est-ce que j'ai pas une bêtise. »

Mais un des médecins a constaté « que c'est quand même difficile pour être motivé pour vacciner si on est dans un doute ».

III.3.2.2. Le médecin et le vaccin

Lors du premier *focus group*, les médecins s'étaient interrogés sur *l'influence du genre du médecin*.

Les médecins hommes ont exprimé l'idée que « ça se passe peut-être plus facilement quand c'est proposé par des femmes » que « c'est sûrement plus facile ». Le médecin femme « ne croit pas », elle n'est « pas d'accord ».

Certains médecins ont souligné que le fait d'avoir des stagiaires, « ça nous permet peut-être de faire passer plus facilement le message, avec le moins d'écart d'âge forcément et peut-être que le message passe mieux » et « c'était bien utile parce que souvent ça débouchait sur pas mal de choses intéressantes ». Et de nouveau, l'un d'eux affirmait que « la stagiaire c'est encore mieux si c'était une femme pour proposer ce genre de vaccination là ».

Les médecins ont expliqué « peser le pour et le contre devant chaque situation ».

Après leur avoir présenté le vaccin, ils leur « demandent d'y réfléchir en disant qu'il n'y a pas d'urgence et qu'on en reparlera à l'occasion ».

Certains médecins ont avoué « ne pas proposer systématiquement la vaccination » anti-HPV

- Du fait « des effets secondaires » et
- Par oubli : « on propose moins le vaccin pendant une durée de plusieurs mois et après ça repart. »

D'autres médecins le « proposent systématiquement », ils « le proposent, le reproposent », « je leur parle des vaccins à chaque consultation pédiatrique ».

Un des médecins « pense que proposer le vaccin dépend de la motivation forte ou pas, de l'implication du médecin ».

Un des médecins a interrogé ses collègues : « vaccinez-vous les jeunes filles ? »

De façon unanime, les médecins ont vacciné les jeunes filles même si certains affirment que « ça fait un bon bout de temps que je n'ai pas vacciné chez les jeunes ». Certains médecins ont *vacciné au cas par cas*.

III.3.2.3. Médecin pro-vaccin

Malgré des doutes, des difficultés à vacciner, des questionnements, les médecins ont affirmé être « pro vaccination » : « bien sûr je suis pro vaccination ».

III.3.3. Le cancer du col de l'utérus et l'HPV

Un des freins identifiés par les médecins a été que l'HPV est un *virus asymptomatique* : « je pense aussi que le défaut, ça n'entraîne pas une maladie dont on voit les symptômes ».

Il existerait une *méconnaissance des IST* dont l'HPV au niveau de la population, ainsi que de « la protection » contre les IST alors qu'« à la vue des pratiques sexuelles des générations à venir. Il y en aura peut-être plus. »

Les médecins s'interrogeaient sur le *dépistage du cancer du col de l'utérus* : « Les jeunes femmes si elles se font bien suivre elles n'ont pas plus de risque d'avoir un cancer du col de l'utérus que d'autres ». « Le problème c'est que le frottis est quelque chose qui ne marche pas si bien que ça en termes de préve..., de suivi, actuellement je crois qu'on est à 40 ou 50% de femmes qui font des frottis ». « Puis il y en a d'autres qui ont un frottis une fois dans leur vie ou jamais » « normalement avec les nouvelles recommandations, on le fait à 25 ans... » « Moi quand elles ont une vie sexuelle jeune, ça m'arrive de le faire un peu plus tôt »

Ils s'interrogeaient pour savoir si le *FCU était suffisant pour prévenir les lésions cancéreuses* : « Mais est ce que l'on peut compter que sur le frottis pour éviter le cancer du col de l'utérus ? », « surtout ça n'évitera pas les conisations... », « Les condylomes, les machins, les trucs comme ça qui ne sont pas forcément très sympas. »

Ils *informaient les patientes sur les risques liés à l'HPV* : « quels sont les risques encourus », « Je leur explique le cancer mais aussi les complications, qu'il peut y avoir des traitements avant les lésions cancéreuses ».

III.3.4. La vaccination et ses controverses

III.3.4.1. Le vaccin anti-HPV

Les médecins ont décrit plusieurs freins liés au vaccin anti-HPV lui-même :

- La *douleur* au point d'injection : « Le vaccin anti HPV peut parfois être douloureux, même assez douloureux à l'injection et les copines se le disent »
- Le vaccin anti-HPV serait *non altruiste* : « C'est un vaccin qui protège que soi-même, c'est-à-dire que ce n'est pas comme la grippe, il y en a c'est des vaccins altruistes et sur lequel on peut jouer là-dessus pour nous protéger et protéger les autres » « Le vaccin contre papillomavirus, c'est un vaccin pour soi, quand même »
- *Vaccin non obligatoire* : « c'est le seul vaccin » qui n'est pas obligatoire, et « parce qu'il n'est pas obligatoire, il n'est pas important » selon les patients.

- *La vaccination n'évite pas le frottis* : « ça sert à rien de le faire parce que de toute façon il faut quand même faire les frottis »
- Le caractère récent du vaccin : « on n'a toujours pas montré qu'on diminuait le nombre de cancer du col de l'utérus » et dont on ne connaît pas le risque « de l'effet secondaire sur le long terme, le moyen terme de ce vaccin, spécifique à l'HPV. »

Le premier *focus group* affirmaient qu'il existait un « amalgame avec la vaccination contre le VHB » : les médecins à l'unanimité « Affirmation de tout le monde », affirmaient « qu'il y a à peu près les mêmes polémiques, autant de réticences pour l'un et pour l'autre, par rapport à l'hépatite B » et l'un d'eux « rapprocherai(t) quand même l'anti HPV de l'hépatite B sur le fantasme que ça peut faire dans la population ».

Alors que lors du deuxième focus group, les médecins trouvaient « qu'il y (avait) beaucoup plus de polémique avec l'hépatite B qu'avec le papillomavirus » « parce que finalement il y a très peu de dossiers qui sont remontés par rapport à l'HPV ».

La *faible couverture vaccinale* empêcherait d'« impacter des chiffres de santé publique, les chiffres ne peuvent être qu'individuels. »

Le choix entre deux vaccins serait « un problème (pour) déterminer l'intérêt des deux vaccins, spécifique des deux vaccins », « celui qui était le plus intéressant, et celui qui donnait le moins d'effets secondaires, les labos se sont battus, et nous on était là à savoir qui on prendrait pour vacciner. C'est difficile. »

Les médecins ont décrit que les « familles qui se plaignent du nombre de vaccin » car « c'est un âge où ils pensent qu'ils sont débarrassés mais non en fait il y en a deux autres de plus » « et c'est là où on peut avoir une réticence c'est qu'à un moment donné on ne peut pas leur faire 4 vaccins donc à un moment donné il va falloir faire des choix ». Les médecins interrogés ont alors proposé une solution ; si le vaccin « était inclus dans un vaccin combiné, avec les autres se serait beaucoup plus simple ».

Les médecins ont aussi décrit quelques avantages de ce vaccin :

C'est un *vaccin anti-cancer* : « moi je présente ça comme un vaccin qui protège du cancer ».

Les médecins ont constaté que les nouvelles recommandations leur facilitaient la tâche :

- Du fait des deux doses : « C'est plus facile, maintenant qu'on peut le faire en 2 injections, donc c'est un peu plus simple il me semble ». « Le fait d'avoir 2 doses et qu'après on passe à 3 doses ça permet quand même qu'on économise une pique, je trouve que ça aide un peu. »
- Depuis le passage à l'âge de 11 ans en même temps qu'un rappel : les médecins « vaccine plus maintenant depuis qu'on vaccine à partir de 11ans » car c'est « en même temps que les autres types de vaccins, c'est vrai que, quand on parle de, on peut parler plus facilement des vaccins, et dans ces cas-là ça vient peut-être un peu plus facilement. »

Enfin, les médecins ont discuté de la *vaccination chez les hommes* : « pour le moment on ne vaccine que les filles. Il y a des pays où l'on vaccine les garçons aussi. »

Ils s'interrogeaient sur les recommandations pour les hommes : « je crois que la question s'était posée en fonction du type de patients, il y avait une histoire sur les homosexuels, ça

avait été abordé comme proposition de recommandation, il me semble, à un moment donné ».

Pour certains médecins, ils étaient assez favorables : « pourquoi pas effectivement ça paraît assez logique pour éviter des contaminations entre... hétéro ou homosexuel, peu importe mais je pense que ça paraît logique. »

III.3.4.2. Les freins vis-à-vis de la vaccination en général :

Les médecins ont décrit plusieurs freins vis-à-vis de la vaccination en général :

- *La peur des effets secondaires* : « Après il y a des risques inhérents aux vaccins donc ce n'est pas lié à ce vaccin-là donc »
- Les réticences basées sur des *croyances* « ils se sont inventés des maladies liées au vaccin alors que dans la majorité des cas, il n'y en a pas ». Mais ces « réticences, souvent elles ne sont pas fondées » et il leur serait possible de « les démontrer argument par argument »
- « La polémique pour rendre les 11 vaccins obligatoires ».

III.3.5. La culture française

Les médecins reconnaissent « que pour la vaccination de façon générale c'est assez compliqué » et qu'ils avaient « pas mal galéré pendant longtemps » : « c'est vrai qu'il faut sortir les rames ».

III.3.5.1. La culture anti-vaccin

Dans leur patientèle, les médecins ont identifié « des forcenés de l'anti vaccination » : « les anti-vaccins », « ceux qui réclament le DTP point ». Pour ces gens-là « on ne peut pas trop y faire grand-chose ». « Quand ils sont anti rougeole, anti tétanos, alors là le papillomavirus c'est très, très difficile. » Même s'ils ont reconnu qu'« il n'y en a pas tant que ça des familles qui sont anti vaccins » mais «ça nous marque. La discussion s'arrête rapidement. »

Ils ont regretté de façon unanime la *polémique sur les 11 vaccins obligatoires* « alors que 90% des nourrissons sont vaccinés. Ça fait un scandale alors que ça n'en est pas un. » « Les familles arrivent en disant : « c'est scandaleux » et puis on ouvre le carnet de santé, beh non vous le faites déjà ». « Du coup il y a eu un effet d'annonce sur les 11 vaccins qui fait peur ».

Par conséquent, ils se sont interrogés afin de connaître la répercussion de la non obligation du vaccin anti-HPV, contrairement aux autres : « Est-ce qu'à un moment donné, euh, on va se rendre compte (que c'est le seul non obligatoire) et les polémiques vont rentrer là-dedans, parce qu'il n'est pas obligatoire donc il n'est pas important ». Cependant l'inquiétude était moindre « comme les vaccins obligatoires ce n'est que pour les tout-petits de toute façon, je pense que la question, on va être tranquille encore pendant quelques années. »

Ils ont « été quand même très embêté par la campagne anti vaccin » car « ça ne touche pas que le vaccin anti HPV puisque maintenant, comme je le disais tout à l'heure, j'ai certaines personnes qui refusent le vaccin contre la grippe qu'on faisait auparavant. » « Ce n'est pas spécifique au HPV, c'est la vaccination en général. C'est même avec les vaccinations, moi j'en ai qui m'ont refusé de faire les trois vaccins obligatoires chez un nourrisson ».

Ils ont regretté *l'influence du lobbying anti-vaccin* qui au travers de « quelques histoires malheureuses qui ont été médiatisées, surmédiatisées : je me rappelle d'avoir vu dans un journal télévisé une pauvre fille dans un fauteuil roulant qui accusait le vaccin anti HPV de l'avoir mise dans cet état » compliquerait les choses « pour inverser la tendance quand il y a eu des dégâts médiatiques comme ça ».

Ils ont regretté ne pas avoir « trop de pouvoir maintenant, notre parole est souvent mise en doute pour un rien et je pense qu'il faudrait qu'on ait de l'aide. ». Les propos des médecins apparaissaient de nos jours moins entendus que ceux des médias : « C'est plus le problème de la médecine qui est maintenant plus par les médias que par les cabinets médicaux. Donc des fois on passe du temps à convaincre les gens et puis il suffit qu'il y ait un gros titre et tout ce qu'on a fait avant est balayé en 5 secondes, donc ça c'est un décevant, mais bon faudra faire avec. »

D'après les médecins, cette « campagne anti-vaccin » était entretenue :

- Par les *croyances vis-à-vis des vaccins* : « tous les vaccins sont mauvais, ils contiennent tous des adjuvants, c'est du poison »,
- Par les « fantasmes des maladies qui existent où qui n'existent ».

Ils souhaiteraient « dédramatiser la vaccination globalement parce que finalement je ne pense pas que c'est la peur de ce vaccin-là plus qu'un autre, il y a une peur du vaccin globalement » et qu'il y ait « un discours positif de la vaccination ».

III.3.5.2. Le manque de culture

Les médecins ont identifié plusieurs freins à la réalisation du vaccin anti-HPV :

Tout d'abord des freins en lien avec la patiente, comme nous l'avons mentionné plus haut. Il existerait une *méconnaissance du corps et des IST* ainsi qu'une *méconnaissance de l'existence du vaccin*. A cet âge-là, les médecins ont ressenti une difficulté pour discuter de la sexualité, c'était un *sujet tabou*.

Puis, des freins liés aux parents. Nous avons vu que les *parents* exprimaient une certaine *méfiance* vis-à-vis de ce vaccin. Même si le père pouvait avoir une *influence positive*, celle-ci était *exceptionnelle*.

Nous avons constaté que les médecins jouaient aussi un rôle dans l'acceptation de la vaccination. Ils regrettaient néanmoins *l'influence des laboratoires* et le *manque de ressources scientifiques* sur lesquelles ils peuvent s'appuyer.

Enfin, ils regrettaient la diminution des visites médicales scolaires : « quand il y en a à l'école, parce qu'il y en a de moins en moins ».

III.3.5.3. Les conséquences

La *couverture vaccinale en France est faible*, « je crois que de tête comme ça le taux de vaccination est autour de 10-15%, c'est quand même pas grand-chose ».

Alors que « dans les pays nordiques, je pense qu'ils étaient à 80% de vaccination » parce que « dans certains pays, quand on leur dit de faire quelque chose ils le font ».

III.3.6. Solutions, outils et facilitateurs

Au cours des deux *focus group*, les médecins ont présenté les solutions et outils utilisés dans la pratique courante, et proposé de nouvelles aides afin de faciliter la présentation du vaccin et ainsi faciliter l'adhésion à la vaccination.

III.3.6.1. Les solutions adoptées au cours de la consultation

Au cours de la consultation, les médecins adoptaient des solutions pour présenter l'HPV et le vaccin afin que les patientes et leurs parents adhèrent à la vaccination.

III.3.6.1.1. La discussion

« Évidemment il faut en parler pendant les consultations » et les médecins ont précisé qu'il fallait en parler « à tout le monde ».

Ils discutaient « toujours avec les patientes » en *adaptant le langage en fonction de l'âge* : « les mots sont utilisés différemment, moi je n'utilise pas le même langage à 15 ou 16 ans qu'à 11 ou 12 ans mais je les implique beaucoup », en schématisant avec « des dessins ».

Ils « impliquent beaucoup les adolescentes » sans « se limiter aux parents ». Ils leur « demandent ce qu'elles ont compris ».

Ils déclaraient également aborder le sujet avec leurs parents : « j'en discute souvent avec les parents » qui viennent accompagner leur enfant : « Ce qui est bien, c'est qu'ils viennent à 11 ans donc la maman vient, on en parle, moi j'ai des mamans qui demandent ».

Cependant, les médecins déclaraient s'adresser plus souvent aux mères : « on en parle plus facilement aux mères », « C'est souvent aux mères qu'on s'adresse. C'est en sensibilisant les mamans qu'on arrive à convaincre. » Même si les pères participaient peu au débat, ils pouvaient avoir une *influence positive* : « il ne faut pas oublier les pères, rires collectifs ».

III.3.6.1.2. L'information

Ils ont remarqué que s'ils prennent le temps « d'expliquer » « en parlant aux adolescentes et aux mères », « ils arrivent à vacciner ». « Il faut beaucoup expliquer, faut beaucoup parler aux ados, à leur mère ».

Pendant la consultation, de façon unanime, les médecins informaient (*l'information donnée aux parents*) et faisaient de *l'éducation aux jeunes filles* : « Je leur dis que c'est l'âge et puis que c'est à ce moment-là qu'on commence parce qu'il faut faire la vaccination avant l'exposition au virus qui se passe au moment du début des rapports ». « Je leur explique que le préservatif ça marche pas pour le HPV du coup ça ne protège pas de tout. »

Malgré qu'il y ait « des gens qui refusent catégoriquement le vaccin », ils les informaient sur l'HPV, le vaccin.

Les médecins expliquent « ce qu'est l'HPV », « *les risques encourus* », « *les complications de l'HPV* », « *avant de leur parler de vaccination* » ; car « si on leur explique ce qu'est un HPV, comment ça marche et quelle lésion ça peut induire, le cheminement est plus logique. »

Ils parlaient du FCU et de l'intérêt du suivi avec la contrepartie que « au bout du compte elles disent oui mais il y a le frottis, on fait le frottis régulièrement, on le dépiste tôt, et le cancer grosso modo, si on se fait dépister on ne va pas spécialement en mourir, si on est suivi

régulièrement. J'ai toujours des proportions qui m'échappe mais... je leur dis mais est-ce que votre fille elle se fera suivre, réellement, ou pas, ça on ne peut pas le savoir non plus. »

Les médecins déclaraient aller même jusqu'à aborder le sujet de la conisation : « Et je leur dit c'est bien mais, si il y a qu'une conisation s'il y a du laser ça va mais s'il y a une conisation ça expose à d'autres choses », et de ses possibles complications : « avec les risques d'accouchement prématuré et de complications de la prématurité tout ça, donc on touche plus spécialement qu'à sa fille qui deviendra mère, on touche aussi à l'enfant qu'elle pourrait avoir qui pourrait naître prématurément avec des complications de la prématurité ».

Ils regrettaient que ce type d'informations ne soit pas « beaucoup dans l'argumentaire des médias » alors que « des histoires de chasse avec des maladies très rares », « on en parle de façon grande échelle à chaque fois qu'il y a un ou deux cas car à chaque fois il y a beaucoup de remontée avec la nouvelle profession de lanceur d'alerte pour tout et n'importe quoi pour leur faire remonter des informations mais les gens sont noyés ».

De ce fait, ils déclaraient aborder le sujet des effets indésirables du vaccin : « moi je pense, moi je leur explique que la vaccination ça reste un acte médical » en leur expliquant qu'ils existent mais « qu'il y a des histoires de chasse avec des maladies très rares, de Guillain barré, des maladies neurologiques ou autres, oui ça existe, c'est marqué dans les mentions légales », en leur spécifiant à l'aide de statistiques : « la probabilité d'avoir un cancer du col c'est tant, la probabilité d'avoir un effet indésirable, c'est tant, donc la probabilité d'avoir l'effet indésirable est bien moindre que la probabilité d'avoir la maladie donc au bout du compte c'est qu'une histoire de probabilité. »

Ils terminaient leur argumentaire en s'aidant de la balance bénéfice risque : « Oui on fait un acte médical, il y a un risque, il y a un risque iatrogène, on l'accepte ou on l'accepte pas, mais moi, je l'explique. »

Un médecin utilisait même un « argument choc : je leur dis 1500 morts par an, c'est la population de X qui est dézinguée tous les ans, la population de notre village. Ça, ça les fait réfléchir parce que 1500, ça (ne) leur parle pas donc je leur dis que c'est l'équivalent de notre village qui part chaque année, ça leur parle plus. Et c'est vrai, je dis ça et à la mère et en général à l'adolescente. »

Un autre médecin concluait la consultation en responsabilisant les parents : « Après je finis souvent la discussion avec : je sais, réfléchissez, c'est une grande responsabilité de vacciner ses enfants mais c'est aussi une grande responsabilité de ne pas le faire donc c'est à vous de voir. »

III.3.6.1.3. Les avantages de la consultation en médecine générale

La médecine générale demandant un suivi des patients dans le temps, ces consultations permettraient de :

- Respecter le délai de réflexion des patients : « je leur demande d'y réfléchir en disant qu'il n'y a pas d'urgence et qu'on en reparlera à l'occasion », « je laisse la porte ouverte », car « de toute façon on ne peut pas leur sauter dessus ».
- *Pouvoir en parler* à chaque consultation : « la vaccination anti HPV je la commence sur trois ans c'est-à-dire que pendant trois ans j'en parle j'en parle à chaque consultation et je continue. »

III.3.6.2. Les outils

III.3.6.2.1. Le carnet de santé

Le carnet de santé semblait être un outil d'information : « Je leur demande le carnet de santé du coup je leur parle des vaccins » et « quand ils amènent le carnet, on ouvre le carnet et on regarde et on dit tiens ça, ça a été fait, ça, ça n'a pas été fait c'est comme ça que j'amène le sujet de la vaccination. »

Les médecins soulignaient l'intérêt « de noter dans le calendrier, dans le carnet les échéances, voilà on a fait ça aujourd'hui, à telle date il faudra prévoir ça, ça c'est important. »

« Avec la limite que des fois, autant les carnets de vaccination sont amenés systématiquement pour les petits... » que pour les adolescents, les carnets ne sont pas forcément amenés. « Même s'ils n'ont pas le carnet, je leur demande si c'est à jour, du coup j'aborde les vaccins qui potentiellement ils n'ont pas eu. »

III.3.6.2.2. Le calendrier vaccinal

A propos d'un « outil qui permettrait à convaincre pour la vaccination », les médecins utilisaient « la petite carte format carte postale avec les vaccinations, le calendrier vaccinal », facile à sortir à chaque consultation : « et quand je leur fais voir, et que ça fait 5 ou 6 ans que je leur fais voir avec les vaccinations ». (Annexe 3.)

Elle permettrait d'aborder toutes les vaccinations à venir et « d'avoir préparé longtemps à l'avance que, il y allait avoir ce vaccin à cette date-là, beh, moi pour ceux que j'ai vacciné j'ai l'impression que c'était plus facile. » D'autant plus que « ce petit calendrier-là était mis à jour tous les ans ». « Affirmation de l'assemblée. »

III.3.6.2.3. L'ordonnance

Les médecins utilisaient l'ordonnance comme un outil de réflexion : « Je fais assez souvent l'ordonnance en leur disant de réfléchir s'ils ne sont pas encore complètement pour mais je fais l'ordonnance. Parce que des fois j'ai la surprise qu'ils reviennent avec le vaccin » et « ça appuie un peu notre discours ».

III.3.6.2.4. La visite pour le certificat de sport

Les médecins regrettent le passage du certificat de sport à 3 ans car « le certificat de sport était aussi un moment de prévention », « une vraie période pour la pédiatrie ». Il permettait de « voir les enfants » et de « prendre du temps pour parler de tous les sujets ».

Ils reconnaissaient que « le certificat n'est qu'un prétexte finalement » pour réaliser « une vraie consultation de prévention ».

III.3.6.2.5. La relation de confiance médecin malade

Les médecins jouaient « sur la relation de confiance qu'on a depuis des années » pour « réussir à faire passer des choses ».

Cette relation était d'autant plus importante en cette période d'adolescence : « On ne parle pas uniquement à la mère, aussi à l'adolescente et si la relation on a réussi à la construire, je pense qu'effectivement, on va pouvoir lui parler aussi » car « il ne faut pas se les coller à dos quand elles sont ados parce que sinon elles nous écouteront pas. »

Le passage de l'enfance à l'adolescence a été identifié comme à risque de perdre cette relation de confiance : « quand on parle de relation de confiance, il y a la mère, la famille, l'enfant, c'est différent à l'enfant qui devient l'ado, attention, que nous sommes, la sensation que nous avons qu'ils ont confiance en nous. » La consultation « en colloque singulier pourrait être une solution ».

III.3.6.2.6. Avoir ses propres filles vaccinées

« Je crois qu'il y a un argument choc, un argument c'est quand même quand on a deux filles c'est qu'elles aient été vaccinées, ça c'est un argument marquant ». « C'est indéniable. J'ai beaucoup de mère qui me disent « et vous docteur qu'est-ce que vous faites ? » « Si tu prônes la vaccination et que tu ne vaccines pas tes gosses, t'es pas crédible ». D'après les médecins, c'est « un argument très puissant ».

A l'inverse, « je considère que ça ne doit pas vraiment influencer, ça ne devrait pas influencer le patient, à mon sens ». « C'est vraiment un argument que je ne vais pas donner ; que je vais donner uniquement si on me le demande, que je n'expose pas. »

Cependant, même si « ce n'est pas un argument que j'avance spontanément mais moi j'ai des gens qui me disent qui me demandent à titre personnel qu'est-ce que vous faites ? »

III.3.6.2.7. Témoignage de cas réels de patientes infectées par l'HPV

Les médecins utilisaient leur propre « expérience » professionnelle pour « essayer de les convaincre » : « j'argumente aussi sur les témoignages, d'avoir dans la clientèle des consultations qui ont été faites tôt chez des jeunes femmes de bonne heure. Ça on a l'impression qu'elles écoutent, quand même. »

Par exemple : « En plein dans la vaccination, sa mère se fait dépister une lésion, une dysplasie de haut grade dû à l'HPV. Elle m'a dit : « j'ai eu l'HPV donc moi ma fille elle est vaccinée. Je n'ai pas d'autres filles mais effectivement mais si j'en avais d'autres j'hésiterais pas ». »

III.3.6.2.8. Aide de la stagiaire

Les médecins qui reçoivent des internes en stages reconnaissent un intérêt de celle-ci pour faire passer le message en utilisant :

- Leur âge proche des patientes concernées : « c'est vrai que quand on a déjà des jeunes stagiaires bah ça nous permet peut-être de faire passer plus facilement le message, avec le moins d'écart d'âge forcément et peut-être que le message passe mieux »
- Leur genre : « tu es en train de dire que la stagiaire c'est encore mieux si c'était une femme pour proposer ce genre de vaccination là »
- La consultation en trinôme : « un peu comme pour la contraception, c'est souvent des consultations à trois en fait et j'ai trouvé que quand on avait, quand j'avais des stagiaires, souvent (la stagiaire) s'occupait de la gamine, discutait avec la gamine et moi je restais avec la mère pour discuter dans le bureau. Ça c'était bien utile parce que souvent ça débouchait sur pas mal de choses intéressantes. »

III.3.6.2.9. Appui des autres spécialités

Malgré certains professionnels réticents à la vaccination comme décrit ci-dessus, tous les médecins reconnaissent avoir l'appui de certains confrères.

Certaines mères aborderaient le sujet avec leur gynécologue qui les adresserait vers le généraliste : « il arrive qu'il y ait des mamans qui en aient parlé avec leur gynécologue de la vaccination du coup, qui demande un deuxième discours », « parlez-en avec votre généraliste ».

A l'adolescence, les jeunes filles consulteraient volontiers le « planning familial », « la sage-femme » ainsi que le « gynécologue » devenant alors source d'informations car « c'est le moyen d'émancipation, de se sortir des griffes de la famille ».

III.3.6.2.10. Éducation scolaire

Les médecins reconnaissent que les adolescentes « connaissent déjà un peu le corps humain car « ils parlent de la sexualité en fin de primaire » même « s'il y a de moins en moins » de visite scolaire.

Ils souhaiteraient créer « des actions ciblées dans les collèges, dans les lycées, sur la contraception, les maladies sexuellement transmissibles » en sensibilisant « les infirmières scolaires qui pourrait faire passer le message. » « Effectivement, ça peut nous aider. » « Elles ont un rôle de prévention, ça c'est clair. »

III.3.6.2.11. « Campagne de prévention globale »

Les médecins ont également abordé le sujet des campagnes à grande échelle : « Il faudrait qu'on ait un peu plus d'aide peut-être au niveau de la promotion de ses vaccins, au niveau je sais pas, par exemple du ministère de la santé qui explique, qu'il fasse des campagnes de formation aux jeunes filles pour leur expliquer quelles sont déjà les enjeux », des « campagnes de sensibilisation parce que ça aiderait quand même ou au moins ça lancerait un peu plus le débat peut-être ».

III.3.6.2.12. Création de la consultation adolescent

Les médecins des deux *focus group* étaient tous d'accord sur l'intérêt de créer une « consultation adolescent », « une consultation type promotion prise en charge à 100 % » avec une « cotation spécifique pour la première consultation de contraception », « dans le cadre justement d'une politique un peu globale d'éducation féminine à la santé, contraception, prévention » : « Tout ce qui est prévention chez l'ado, la contraception, la prévention MST ».

III.3.6.2.13. Support pédagogique

Les médecins, de façon unanime, sont très demandeurs de support pédagogiques.

Ils ont bénéficié auparavant de « documents distribués par les laboratoires » mais ils ont reproché à ces documents de ne pas être exhaustifs. Par ailleurs, ils préféreraient avoir une totale indépendance vis-à-vis des laboratoires pour ne pas être accusé d'être « à la solde des laboratoires, avec un conflit d'intérêt. »

Ils souhaiteraient des « outils pédagogiques qui viennent des autorités, qui leur permettrait d'avoir plus de crédit. » Ils ont regretté le fait que si « ça existe peut-être sur internet mais effectivement ça ne nous est pas proposé. » « L'HAS a sûrement dû produire des

documents là-dessus mais c'est tellement compliqué, il faudrait quelque chose de plus simple peut être. »

III.3.6.2.13.1. Des supports pour les médecins

Les médecins souhaiteraient des supports pédagogiques pour leur propre utilisation : « ce serait déjà bien qu'on en ait nous », car « au début quand on a des chiffres en tête ça va et puis après ça s'oublie on pense à autre chose et on a plus les chiffres en tête ».

Ils reconnaissaient avoir des manques d'informations et souhaiteraient avoir une « fiche » récapitulative, « quelque chose de simple et clair » comprenant des données sur le « vaccin », « le pourcentage de vaccination, de la population qui est vaccinée », « le risque relatif, et le risque de la maladie et le risque de la vaccination », des « statistiques sur l'efficacité du vaccin dans les pays où la couverture vaccinale est plus importante ».

Avec les nouvelles technologies, ils discutaient sur le type de support : « tablette », papier...

III.3.6.2.13.2. Des supports pour les patientes et leurs parents

Les médecins souhaiteraient pouvoir « remettre (aux patientes) au terme de la consultation une petite plaquette explicative avec les intérêts, le mode de vaccination », « savoir combien de femmes ça touche et dans quels âges et quand, comment protège le vaccin », « quelque chose de plus vulgarisé pour les patientes » « avec des références de site à consulter en dessous. »

Ils discutaient du type de support car les jeunes d'aujourd'hui ne « sont plus trop papier maintenant ».

Certains s'aidaient de « sites internet, de fil santé jeunes » en leur proposant d'aller voir ces sites et « poser des questions » au médecin lors de la prochaine consultation.

III.3.6.2.14. Vaccin obligatoire

Sur un ton d'humour (« rires communs »), les médecins avaient trouvé « la solution : c'est le vaccin unique, ou le vaccin obligatoire » car « malgré tout (...) c'est bien quand ça a été intégré l'hépatite B que ça nous a posé moins de problème » et que « c'est le plus simple ».

III.3.6.3. Facilitateurs

Pour le faire accepter plus facilement, les médecins présentaient le vaccin anti-HPV comme un « vaccin qui protège du cancer » (*vaccin anti cancer*)

Ils ont remarqué qu'il existait des situations facilitant la présentation et l'acceptation du vaccin : quand « une fille aînée a déjà été vaccinée », quand les patientes « en ont parlé entre copines », ou bien quand la discussion provient de la patiente ou de ses parents : « les patientes qui viennent en consultation accompagnée de leurs parents et qui abordent le sujet sont des personnes déjà très motivées ».

A 11 ans, les médecins profitaient de la vaccination obligatoire pour « parler plus facilement des vaccins, et dans ces cas-là ça vient peut-être un peu plus facilement ». Par conséquent « on vaccine plus maintenant depuis qu'on vaccine à partir de 11ans », disait un des médecins, idée affirmée par ses confrères.

III.4. Analyse matricielle

En croisant les codes obtenus lors de l'analyse descriptive et les caractéristiques des médecins ayant participé aux deux *focus group*, nous avons obtenu une matrice. Les chiffres représentent le nombre de références associées à un code et énoncées par une catégorie de médecins. Pour faciliter la lecture, un code couleur a été appliqué allant du bleu clair vers le bleu foncé en fonction du nombre de références.

	Age				Genre		Nombre d'enfants vus / semaine		Type de patientèle	
	Moins de 40ans	40-49ans	50-59ans	Plus de 60ans	Homme	Femme	5-10	Plus de 10	Urbain	Rural
11ans, concrétisation difficile	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1
11ans, connaissances sur l'HPV	3	0	2	0	2	3	1	4	0	5
11ans, difficulté pour en discuter	5	0	5	0	2	8	4	6	0	10
11ans, enfants vus en consultation	1	0	3	0	1	3	1	3	0	4
11ans, facilite la discussion	1	0	1	0	1	1	1	1	0	2
11ans, sujet abordé par les parents	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1
14ans, sujet abordé par les jeunes filles	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1
2 injections = facilité	2	0	1	0	2	1	2	1	0	3
Adaptation du langage en fonction de l'âge	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1
Ado, facilite la discussion	1	0	4	0	3	2	3	2	0	5

Anti-vaccin	1	1	3	0	4	1	2	3	0	5
Autant controversé que le vaccin VHB	0	3	3	1	4	3	3	4	0	6
Balance bénéfique risque	1	0	1	0	1	1	1	1	0	2
Chronophage	0	0	3	1	1	3	4	0	1	3
Complexité liée à la tranche d'âge	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1
Compliance des patients	0	0	3	0	3	0	2	1	0	3
Couverture vaccinale faible	0	0	3	0	2	1	2	1	0	3
Croyance vis à vis des vaccins	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1
Décision prise par les parents	3	0	4	0	2	5	0	7	0	7
Délai de réflexion respecté	4	0	2	0	1	5	1	5	0	6
Dépistage du cancer du col	3	0	4	0	3	4	2	5	0	7
Difficulté à vacciner de façon générale	0	2	2	0	3	1	0	4	0	4
Difficulté, diversité des vaccins	1	1	1	3	5	1	5	1	2	4
Diminution des visites médicales scolaires	2	0	0	0	0	2	0	2	0	2
Discussion fréquente avec les parents	5	0	1	1	1	6	1	6	1	6
Doute du médecin	3	0	4	3	6	4	5	5	3	7

Doute induit par la formation initiale	1	0	1	0	1	1	1	1	0	2
Éducation des jeunes filles	9	8	1	1	10	9	2	17	1	18
Élargir la vaccination aux garçons	2	0	2	0	1	3	1	3	0	4
Évolution des pratiques sexuelles = + HPV	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1
Facilité, demande émanant des patients parents	1	0	2	0	1	2	1	2	0	3
Facilité, grande sœur vaccinée	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1
Frein, HPV asymptomatique	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1
Frein, la vaccination n'évite pas le frottis	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1
Frein, nombre important de vaccins	1	0	2	0	2	1	2	1	0	3
Frein, polémique sur les 11 vaccins obligatoires	5	0	4	1	4	6	4	6	1	9
Influence des laboratoires	2	0	2	3	6	1	6	1	3	4
Influence du genre du médecin	2	1	1	4	6	1	6	1	2	5
Influence du lobbying anti-vaccin	4	3	5	3	10	5	6	9	2	13
Influence positive du père	0	3	1	0	3	1	1	3	0	4

Information aux parents	11	9	3	3	19	7	8	18	3	23
Informations sur les risques liés à l'HPV	1	0	1	0	1	1	0	2	0	2
Intérêt du vaccin quand frottis non fait	0	0	2	0	2	0	2	0	0	2
Intervention exceptionnelle du père	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1
Jeune fille impliquée dans la décision	6	0	1	1	1	7	1	7	0	8
Jeune fille non décisionnaire seule	0	0	2	0	0	2	0	2	0	2
Le FCU est-il suffisant pour prévenir les lésions cancéreuses	1	0	2	0	2	1	2	1	0	3
Manque de recul du vaccin	2	0	2	0	2	2	2	2	0	4
Manque de ressources scientifiques aux médecins	0	2	5	5	9	3	8	4	4	8
Méconnaissance de l'existence du vaccin des jeunes filles	1	0	4	0	2	3	0	5	0	5
Méconnaissance des IST	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1
Méconnaissance du corps	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1
Médecin découragé	0	0	6	0	5	1	1	5	0	6
Médecin pro-vaccin	1	2	3	1	4	3	2	5	1	6

Méfiance des médecins	4	0	2	0	0	6	0	6	0	6
Méfiance des parents	2	0	3	0	1	4	0	5	0	5
Moins controversé que les autres vaccins	1	0	2	0	2	1	2	1	0	3
Outil, appui des autres spécialités	4	1	7	1	5	8	2	11	1	12
Outil, avoir ses filles vaccinées	2	4	2	2	9	0	4	6	0	9
Outil, calendrier vaccinal	4	0	1	0	3	2	3	2	0	5
Outil, campagne de prévention	1	1	11	1	9	5	7	7	1	13
Outil, carnet de santé	4	3	2	0	4	5	1	8	0	9
Outil, certificat de sport	4	2	0	2	8	0	6	2	1	7
Outil, création de la cs ado	5	4	7	0	12	4	10	6	0	16
Outil, éducation scolaire	3	1	4	0	3	5	2	6	0	8
Outil, faire une ordonnance	3	0	3	0	4	2	3	4	0	6
Outil, preuves scientifiques	3	1	0	0	1	3	0	4	0	4
Outil, recommandation	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1
Outil, relation de confiance	1	1	2	1	3	2	4	1	0	5
Outil, sensibilisation par ses copines	2	0	1	0	0	3	0	3	0	3
Outil, stagiaire	0	0	0	5	5	0	5	0	2	3

Outil, support pédagogique	3	3	5	7	11	7	11	7	5	13
Outil, témoignage de cas réels de HPV	0	1	0	3	4	0	3	1	3	1
Patients non vus = difficulté	2	1	4	2	6	3	3	6	0	9
Pays autres plus obéissant	0	0	2	1	3	0	3	0	1	2
Peur des effets secondaires liés aux vaccins	4	0	9	0	7	6	3	10	0	13
Possibilité d'en reparler	4	0	0	1	2	3	2	3	1	4
Proposition occasionnelle	2	0	4	0	4	2	0	6	0	6
Proposition systématique	6	0	8	0	7	7	3	11	0	14
Protection future du vaccin	1	0	1	0	1	1	1	1	0	2
Refus des rappels par les enfants	0	0	2	0	0	2	0	2	0	2
Refus fréquent des patients	0	0	2	1	3	0	2	1	1	2
Réflexivité des médecins	5	0	0	4	8	1	8	1	4	5
Réticence des confrères	5	0	2	2	7	2	6	3	1	8
Réticence des patients parents	4	0	7	0	6	5	3	8	0	11
Sexualité, sujet tabou	4	1	4	1	7	3	9	1	0	10
Solution, vaccin obligatoire	1	1	3	0	4	1	2	3	0	5
Vaccin anti cancer	0	0	2	0	1	1	1	1	0	2

Vaccin couplé = simplicité	1	0	8	0	8	1	6	3	0	9
Vaccin douloureux	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1
Vaccin non altruiste	0	0	2	0	2	0	2	0	0	2
Vaccin non obligatoire	0	0	5	0	3	2	2	3	0	5
Vaccin prescrit mais non réalisé	1	2	0	0	3	0	1	2	0	3
Vaccination au cas par cas	2	0	0	0	0	2	0	2	0	2
Vaccination effectuée par les médecins	1	3	3	2	6	3	2	7	2	7
Vaccination non effectuée par les médecins	0	0	2	0	2	0	0	2	0	2
Voir l'ado seule facilite la discussion	0	0	1	1	1	1	1	1	0	2

Tableau 5: Analyse matricielle des nœuds

Par ailleurs, nous avons réalisé un nuage de mots les plus fréquemment cités dans le *verbatim*.

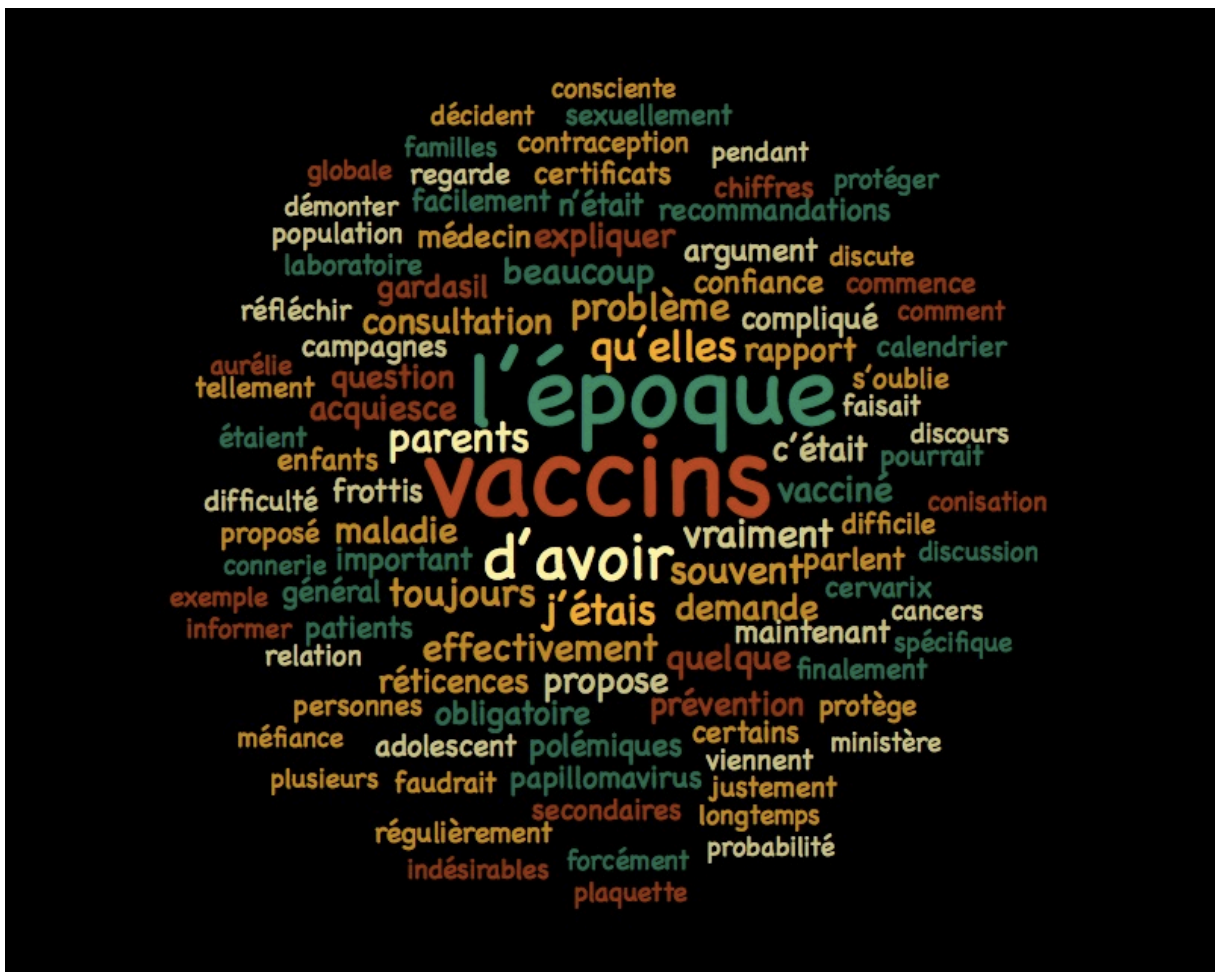


Figure 9: Nuage de mots

IV. Discussion

IV.1. Validité interne

La méthodologie de recherche qualitative a été choisie afin d'identifier toutes les difficultés rencontrées par le médecin généraliste pour prescrire le vaccin anti-HPV et ainsi faire émerger de nouvelles données.

Cette étude présente tous les biais inhérents aux études qualitatives mais nous avons travaillé afin de les minimiser au maximum.

L'une des procédures pour assurer la rigueur de la recherche qualitative est la triangulation, dont l'objectif est d'éliminer ou de réduire les biais et augmenter ainsi la fiabilité et la validité de l'étude. Dans notre étude, on note l'absence de triangulation des méthodes : nous avons choisi de n'utiliser que des *focus group* pour dynamiser les échanges et favoriser les associations d'idées. Cependant, nous avons respecté la triangulation des sources : nous avons réalisé deux *focus group* avec au total 12 médecins généralistes.

L'autre procédure consiste à coder en double aveugle. Les codes extraits par chaque investigateur ont été comparés. Certains « nœuds » ont été conservés, d'autres modifiés, et affinés et enfin d'autres supprimés pour parvenir à un accord mutuel.

Les critères d'inclusion étaient simples : tous médecins généralistes installés, acceptant de participer au *focus group*.

Il existe cependant un biais de sélection puisque tous les participants étaient volontaires et nous connaissions certains participants. La faible taille de l'échantillon et son mode de sélection empêche toute représentativité de la population de médecins généralistes en France mais celle-ci n'est pas nécessaire en recherche qualitative, car il ne s'agit pas de faire des statistiques sur une population, mais d'obtenir des réponses les plus variées possibles.

Contrairement à une étude quantitative, le recueil des données est concomitant avec l'analyse des données. Cette analyse de données définit l'arrêt des inclusions à saturation. Nous n'avons donc pas eu à calculer le nombre de sujets nécessaires.

La difficulté majeure pour l'enquêteur est de mener les entretiens de façon à obtenir la plus grande richesse d'informations, sans influencer la personne interrogée. Il est donc nécessaire de maîtriser la technique de conduite d'entretien par la reformulation, la clarification, l'écoute active et l'esprit de synthèse. L'animateur du premier focus était formé aux techniques d'entretien alors que l'animateur du deuxième focus avait pris comme modèle l'animateur formé.

Une autre limite est le changement d'animateur entre les deux *focus group*. L'impact a cependant été minime puisque le guide d'entretien était identique.

Des biais d'informations :

L'utilisation du *focus group* a certains avantages (26) :

- Collecte de nombreuses informations, de manière rapide et peu coûteuse
- Entretien bien accepté par les participants car ressemble à une discussion naturelle

- Intérêt dans la phase de recherche exploratoire, notamment si le milieu est peu connu
- Accessible aux non-experts de la recherche qualitative

Et certains inconvénients :

- Intérêt limité dans l'exploration en profondeur d'un sujet délicat : notre sujet de thèse n'est pas considéré comme délicat,
- Limite dans la généralisabilité des résultats dans la communauté : nous avons précisé qu'elle n'était pas nécessaire en recherche qualitative, car il ne s'agit pas de faire des statistiques sur une population, mais d'obtenir des réponses les plus variées possibles,
- Un personnage fort risque d'influencer les réponses des autres participants : l'animation de l'entretien donne la parole à tous les participants,
- Risque de non-dit par peur du regard des autres et par peur d'un éventuel jugement concernant ses opinions : nous avons spécifié en début de séance qu'il s'agissait d'une discussion entre pairs sans jugement.

Les biais d'interprétation sont indissociables de la méthode qualitative. Nous avons tenté de limiter au maximum la subjectivité par la triangulation du codage du verbatim par deux investigateurs en aveugle. Il n'a pas été observé de réelle discordance dans la corrélation des codages.

IV.2. Validité externe

IV.2.1. La patiente et ses parents

L'âge de la patiente a été au centre du *verbatim*, comme étant soit un frein soit un facilitateur pour prescrire le vaccin, la patiente ayant une place centrale dans la vaccination anti-HPV.

Nous avons pu voir que plusieurs grandes idées ressortaient :

Depuis quelques années, la vaccination anti-HPV est recommandée pour les jeunes filles de 11 à 14 ans puis de 15 à 19 ans pour le rattrapage, alors qu'au début de la vaccination, elle n'était recommandée qu'à partir de 14 ans. Les autorités publiques ont souhaité avancer l'âge de la vaccination afin que les jeunes filles soient vaccinées avant tout contact avec l'HPV. Les médecins sont globalement satisfaits du choix de l'âge de 11 ans car c'est un âge où ils voient plus souvent les patientes.

Par ailleurs, le principal motif de consultation des enfants de 10 à 15 ans est la vaccination.

Par contre, certains ont constaté qu'il était plus difficile d'aborder le sujet de l'HPV, étant une IST car les « parents trouvent l'enfant jeune pour parler des maladies entre guillemets sexuellement transmissibles ».

De plus, un des freins exprimés par les médecins était la méconnaissance des jeunes filles des IST et de la vaccination anti-HPV. Malgré qu'au collège, le programme de SVT (Science de la Vie et de la Terre) aborde l'anatomie du corps humain, le système de reproduction et le risque infectieux (27).

Une étude transversale, réalisée en 2009 auprès de 508 élèves de classes de secondes de différents lycées des Alpes-Maritimes évaluait par auto-questionnaire les connaissances des jeunes autour des HPV et étudiait la couverture vaccinale de ce vaccin à partir des données du carnet de santé (28).

Au total, 63% des élèves avaient entendu parler des HPV, 53% présentait un bon score de connaissances de ce virus et 32% avait une bonne connaissance des IST.

Les élèves ne définissaient pas les papillomavirus comme une IST, mais faisaient correctement le lien HPV–cancer du col de l'utérus. Le rôle protecteur de la vaccination HPV contre le cancer du col était connu, contrairement à la nécessité du dépistage par frottis cervico-utérin. Les taux de couverture vaccinale des élèves pour l'HPV, estimés à partir des carnets de santé, étaient de 25,1% chez les filles (au moins une dose vaccinale).

Par ailleurs, nous avons vu que les parents avaient aussi un rôle majeur dans la vaccination anti-HPV. Ils sont les premiers décisionnaires et expriment de nombreuses réticences vis-à-vis du vaccin ce qui est un gros frein quant à la prescription et à la réalisation de celui-ci : « j'ai pas trop envie de la faire vacciner », « c'est les parents qui décident de toute façon ».

IV.2.2. Le médecin généraliste et ses collègues

La fonction de santé publique est l'une des cinq fonctions qui incombent au médecin généraliste après les fonctions de premiers secours, de prise en charge globale, de continuité des soins et de coordination des soins (29) (Annexe 4.).

Cette fonction s'inscrit dans une perspective de prévention, d'information, d'éducation et de promotion de la santé, à l'échelon individuel et en relais des priorités nationales.

Effectivement, les médecins généralistes jouent un rôle pivot dans la vaccination de la population en France. Ils sont le principal interlocuteur et sont chargés de proposer aux patients les vaccins qui les concernent et, en cas de réticences, de les convaincre.

Pour la vaccination anti-HPV, les médecins ont également ce rôle. D'autant plus que dans ce contexte de polémique, ils doivent expliquer et rassurer davantage leurs patients.

En 2016, la SFMG (Société française de médecine générale) publie l'étude DIVA (Déterminants des Intentions de Vaccination des médecins généralistes français) (30) dont les deux objectifs sont de comprendre les représentations des MG (médecins généralistes) par rapport à la vaccination et prédire l'engagement des MG dans la vaccination.

Ce projet est né devant plusieurs constatations :

- Les bénéfices de la vaccination sont indiscutables,
- Les bénéfices de la vaccination vont bien au-delà du bénéfice de santé,
- En France, les objectifs de couverture vaccinale sont loin d'être atteints,
- Il n'y a pas d'échelle validée permettant de comprendre et de mesurer l'engagement des MG dans la vaccination.

Cette étude s'est appuyée sur des entretiens collectifs menés auprès de 36 médecins généralistes (MG) et sur une enquête en ligne auprès de 1069 médecins généralistes sur deux ans.

Au cours de nos *focus group*, nous avons constaté que tous les médecins interrogés étaient « pro-vaccin », ce qui rejoint les résultats de l'étude DIVA, qui objective que neuf médecins sur dix sont favorables à la vaccination, mais les réticences s'expriment selon le type de vaccins et quant à la présence d'adjuvants.

En effet, nos médecins ont exprimé une certaine méfiance et un doute vis-à-vis de la vaccination, conséquences de plusieurs freins.

Les médecins interrogés reconnaissent que discuter du vaccin est *chronophage* et regrettaient ne pas avoir le temps lors de certaine consultation. Dans l'étude DIVA (31) : deux médecins sur trois disent aussi manquer de temps pour en discuter avec les patients dans le cadre des consultations.

Les médecins interrogés ont aussi exprimé comme frein la réticence de leurs confrères. D'après l'étude DIVA, plus de 8 généralistes sur 10 ont déclaré avoir pour habitude de prescrire les vaccins prévus par le calendrier vaccinal, mais environ un quart n'étaient pas d'accord pour les infections à HPV (27,7%). 10% des médecins se disent neutres, réticents voire défavorables, particulièrement lorsqu'il s'agit des vaccins contre le papillomavirus.

Enfin, les médecins interrogés désignaient comme un frein les informations véhiculées par les pouvoirs publics et par les médias, en effet, d'après l'étude DIVA, un médecin sur trois ressent ce frein-là.

A propos de la réticence des confrères à vacciner contre le HPV, le Dr Bernard Dalbergue a écrit un livre en 2014 (32) : « Omerta dans les labos pharmaceutiques : confession d'un médecin » dans lequel il dénonce les pratiques de son ancien employeur auquel il reconnaît avoir longtemps prêté son concours : essais cliniques biaisés, effets secondaires dissimulés, experts achetés... Employé jusqu'en 2011 par le groupe MSD, il y a travaillé pendant 20 ans.

Il dénonce que : « le Gardasil sera le plus grand scandale de tous les temps ». « Parce qu'à un moment on va prouver par A + B que ce vaccin, pour prouesse technique et scientifique qu'il soit, n'a aucun effet sur le cancer du col de l'utérus et que les très nombreux cas d'effets indésirables qui détruisent des vies, voire tuent, ne sont là que pour le seul profit des laboratoires. »

« Prenez le Gardasil®, il faut bien mesurer l'étendue du scandale : tout le monde savait au moment de l'obtention de l'autorisation américaine de mise sur le marché que ce vaccin n'apporterait strictement rien ! »

« Pendant de longues décennies, l'industrie pharmaceutique a connu une liberté absolue marquée par des prouesses technologiques et le développement de médicaments innovants. En outre, il ne faut pas oublier la mortalité iatrogène, liée à la prise médicamenteuse. C'est ce facteur de mortalité qui (...) fera tomber l'industrie pharmaceutique parce que 18 000 à 30 000 morts liés à la prise de médicaments en France et les quelque 200 000 décès reconnus par la Commission européenne, c'est très inquiétant. »

Par ailleurs, les médecins interrogés regrettaient le *manque de ressources médicales* et s'interrogeaient sur « l'efficacité du vaccin », « s'il protège réellement contre le CCU ? ».

Cette « pauvreté (...) d'informations scientifique sur ce vaccin-là » les amenaient à avoir des doutes voir même des réticences vis-à-vis du vaccin anti-HPV.

Au total, nous nous rendons compte que le médecin généraliste est avant tout un être humain, avec ses représentations et sa vulnérabilité.

IV.2.3. Le cancer du col de l'utérus et l'HPV

Les médecins interrogés décrivaient que l'HPV est asymptomatique ce qui constitue un frein.

En effet, l'infection à HPV est asymptomatique la plupart du temps (33). Les manifestations cliniques sont sous forme de proliférations bénignes cutanées ou muqueuses, les condylomes ou de proliférations malignes, les carcinomes. Au stade précoce les carcinomes sont asymptomatiques et sont diagnostiqués par FCU. Au stade avancé, la patiente peut présenter des signes d'envahissement locorégional comme des douleurs abdominales, des signes de compression digestive, des métrorragies...

En France, la majorité des vaccins préconisés sont dirigés contre des maladies symptomatiques, comme la rougeole, les oreillons... Du fait que l'HPV soit asymptomatique, les patients sont moins craintifs.

Dès 1970, les chercheurs avaient la conviction qu'il était possible de prévenir un processus cancéreux viro-induit chez l'homme par la vaccination. C'est en 1997 qu'ils en ont apporté la preuve avec la prévention des hépatocarcinomes par la vaccination contre l'hépatite B (1).

Le vaccin anti-HPV a le même principe que le vaccin anti-VHB, tous deux protègent contre un virus qui entraîne des cancers.

IV.2.4. La vaccination et ses controverses

Les médecins interrogés reconnaissaient que le caractère récent du vaccin : « on n'a toujours pas montré qu'on diminuait le nombre de cancer du col de l'utérus » était un frein à la vaccination.

Compte tenu du délai d'apparition du cancer du col de l'utérus (entre 10 et 15 ans après la primo-infection), il est encore trop tôt pour pouvoir mesurer un bénéfice de la vaccination sur son incidence.

D'autres marqueurs des bénéfices de la vaccination, plus précoces, peuvent néanmoins être utilisés : on peut ainsi étudier l'impact de la vaccination sur les verrues génitales et sur les lésions précancéreuses (CIN 2-3).

La revue systématique de S.M. Garland et al. (34) colligeant 58 études montre, après 10 ans de vaccination, des réductions d'environ 90 % des infections par les HPV 6, 11, 16 et 18, de 90 % des verrues génitales, de 45 % des anomalies cytologiques cervicales de bas grade et de 85 % des anomalies histologiques de haut grade.

Récemment, une étude épidémiologique pilote australienne a révélé que la proportion de femmes âgées de 18 à 24 ans porteuses des deux principaux types de virus (HPV 16 et 18) a chuté de 23% à 1%. L'Australie espère ainsi éradiquer le virus HPV dans les prochaines années. C'est le résultat d'une campagne de vaccination nationale débutée en 2007. Ce jour, 80% des australiennes et 75% des australiens sont vaccinés. (35) (36)

Par ailleurs, les médecins ont discuté de la vaccination chez les hommes et ils ne semblaient pas connaître les dernières recommandations.

D'après le calendrier vaccinal de 2018 (37) et suite au rapport du HCSP du 2 février 2016 (38), la vaccination anti-HPV par Gardasil® est recommandée pour les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) jusqu'à l'âge de 26 ans. L'utilisation du vaccin Gardasil 9® est également recommandé dans cette indication.

Par ailleurs, il est aussi mentionné (37) que pour les patients immunodéprimés, la vaccination contre l'HPV est recommandée chez les garçons comme les filles au même âge que dans la population générale, avec un rattrapage jusqu'à 10 ans révolus.

L'absence de résultats positifs sur la diminution de l'incidence des CCU en France, l'absence de généralisation du vaccin aux hommes et aux femmes et le non engagement des pouvoirs publics dans la promotion de ce vaccin entretient la controverse.

IV.2.5. La culture française

Les médecins reconnaissaient « que pour la vaccination de façon générale c'est assez compliqué » et qu'ils avaient « pas mal galéré pendant longtemps » : « c'est vrai qu'il faut sortir les rames ».

Ils ont regretté *l'influence du lobbying anti-vaccin* qui au travers de « quelques histoires malheureuses qui ont été médiatisées, surmédiatisées ».

En effet, d'importantes polémiques planent autour de la vaccination et elles ont été de plus en plus médiatisées ces dernières années.

Elles ont concerné plusieurs vaccins :

- Le vaccin ROR a été suspecté d'être responsable de l'autisme de certains enfants,
- Le vaccin contre l'hépatite B de provoquer des scléroses en plaques (SEP),
- L'aluminium contenu dans les vaccins d'entraîner une maladie encore mal définie (myofasciite à macrophages),
- Le vaccin contre la grippe H1N1 d'être responsable de narcolepsie,
- Les vaccins anti-HPV d'être à l'origine de maladies auto-immunes.

Les polémiques sont surtout apparues il y a une vingtaine d'années avec le vaccin contre l'hépatite B. Bien que le lien entre le vaccin et la SEP n'ait jamais été démontré, les doutes persistent dans l'esprit du public. Le fait que le ministre de la Santé de l'époque, M. Bernard Kouchner, interrompe la vaccination en milieu scolaire en 1998, que certains patients aient été indemnisés et que des laboratoires aient été mis en examen est source de confusion pour le public.

Quant aux vaccins anti-HPV, la polémique a commencé dès 2008 avec les décès inexplicables de deux jeunes filles ayant été vaccinées contre l'HPV, l'une en Allemagne et l'autre en Autriche. La ministre de la Santé autrichienne avait alors décidé de retirer les vaccins anti-HPV du programme officiel et de cesser de les rembourser.

En 2009, en Espagne, deux jeunes filles présentant des convulsions avaient été hospitalisées à la suite d'une vaccination par le Gardasil. Dans le doute, l'Espagne avait suspendu temporairement son programme de vaccination, avant de le reprendre quelque temps après, le lien de cause à effet n'ayant pu être établi.

En 2013, devant le signalement de nombreux effets secondaires (notamment des douleurs diffuses inexplicables), le Japon décide d'interrompre sa campagne de vaccination.

En France, toujours depuis cette même année 2013, des plaintes de jeunes filles contre le laboratoire commercialisant le Gardasil® et l'ANSM se succèdent. Ces jeunes filles se déclarent victimes du vaccin car elles sont atteintes de différentes pathologies auto-immunes dont les premiers symptômes sont apparus après la vaccination.

La médiatisation de ses événements et l'absence de démenti clair et accessible de la part des autorités sanitaires entretiennent le doute et la confusion, d'autant plus que les discours anti-vaccins sont de plus présents dans les médias : « C'est plus le problème de la médecine qui est maintenant plus par les médias que par les cabinets médicaux. Donc des fois on passe du temps à convaincre les gens et puis il suffit qu'il y ait un gros titre et tout ce qu'on a fait avant est balayé en 5 secondes, donc ça c'est un décevant, mais bon faudra faire avec. »

De par ces diverses polémiques, le Gardasil® et le Cervarix®, depuis leur commercialisation, font l'objet d'une surveillance renforcée des effets indésirables (pharmacovigilance) sur le plan national et européen. Le but de cette surveillance est d'évaluer en particulier le risque potentiel de maladies auto-immunes. L'étude publiée par l'ANSM en 2015 montre que la vaccination contre les infections à papillomavirus humains par Gardasil et Cervarix n'entraîne pas d'augmentation du risque global de survenue de maladies auto-immunes. (18)

IV.2.6. Solutions, outils et facilitateurs

Nous avons pu voir que les médecins généralistes ont trouvé plusieurs solutions pour faciliter l'adhésion et la prescription du vaccin anti-HPV.

De façon unanime, les médecins ont déclaré en discuter avec chaque protagoniste, la jeune fille et ses parents.

En effet, la consultation chez l'enfant fait intervenir 3 particules : le médecin généraliste, l'enfant et ses parents. Et chaque individu a un rôle à jouer.

A chaque consultation, les médecins informaient la jeune et ses parents car lorsque les différents protagonistes comprenaient l'intérêt du vaccin, ce qu'était la maladie... Ils étaient plus à même à prendre une décision positive quant à la vaccination anti-HPV.

Ils n'hésitaient d'ailleurs pas à discuter des réticences des patients.

Ils reconnaissaient que le médecin généraliste était le plus à même de parler de la vaccination avec les facilités liés à la médecine générale : pouvoir rediscuter du vaccin à chaque consultation et pouvoir respecter le délai de réflexion des patients et de leurs parents à l'aide de la relation de confiance qu'ils avaient créé avec leur patientèle.

Par ailleurs, les médecins déclaraient avoir plusieurs outils à leur disposition afin de présenter le vaccin.

Les médecins déclaraient profiter de chaque consultation avec la jeune fille pour discuter de prévention et de vaccination n'ayant pas à leur disposition une consultation dédiée. Bien souvent, la consultation pour réaliser un certificat de non contre-indication de sport leurs permettait d'aborder divers sujets, notamment la vaccination.

Ils utilisaient le carnet de santé et le calendrier vaccinal pour aborder le sujet.

Ils utilisaient parfois quelques arguments comme le témoignage de patientes victime de l'HPV ou le fait d'avoir ses propres filles vaccinées...

Ils prescrivaient le vaccin sur une ordonnance en fin de consultation dans l'espoir que les parents, une fois décidés, reviennent avec leur enfant pour se faire vacciner.

Cependant, ils étaient très demandeurs d'une aide à plus grande échelle pour leur faciliter la promotion de la vaccination.

Ils souhaitaient par exemple avoir des fiches pédagogiques pour les patientes mais aussi pour eux, avec des données statistiques, des ressources médicales. Ils disposent à ce jour de fiches distribuées par l'Inca, adressées aux patientes et leurs parents (Annexes 6 et 7.).

Depuis la révision de la nomenclature des médecins généralistes en 2017, les médecins disposent d'une cotation dédiée à la première consultation de contraception et de prévention des maladies sexuellement transmissibles (CCP). Lors de cette consultation, le médecin informe la patiente sur les méthodes contraceptives et sur les MST. Il conseille, prescrit et explique l'emploi de la méthode choisie et ses éventuelles interactions médicamenteuses. Cette consultation est réservée aux jeunes filles de 15 à 18 ans demandeuses de contraception et est prise en charge à 100%. (39)

Cette consultation constitue un progrès mais n'est pas encore totalement adaptée :

- Elle est réservée que pour les jeunes filles âgées de 15 à 18 ans, donc après les recommandations de vaccination de l'HPV,
- Elle ne concerne que les jeunes filles souhaitant une contraception.

En ce sens, les médecins proposaient de créer une *consultation spécifique adolescent*, « prise en charge à 100 % », avec une « cotation spécifique », « dans le cadre justement d'une politique un peu globale d'éducation féminine à la santé, contraception, prévention ».

Actuellement, le dépistage du cancer du col de l'utérus est un dépistage individuel via le FCU. Le FCU est recommandé pour toutes les femmes âgées de 25 à 65 ans (sauf celles ayant subi une hystérectomie totale et celles n'ayant jamais eu de rapport sexuel), tous les trois ans, après deux frottis négatifs réalisés à un an d'intervalle.

Le taux de couverture du dépistage du CCU est de 53,2% sur la période 2009-2011 (40) avec une disparité selon l'âge, la classe sociale, la profession des patientes et le territoire français.

De 2010 à 2014, 13 départements ont mis en place une expérimentation de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus reposant sur un protocole commun : invitation et relance des femmes de 25 à 65 ans non testées dans les trois dernières années, et recueil par les structures de gestion de tous les tests réalisés par les femmes, que le dépistage ait été réalisé spontanément ou suite à une invitation (13).

L'expérimentation a porté sur près de 2,4 millions de femmes de 25 à 65 ans, soit 13,4% de la population-cible totale en France (Insee). La couverture globale du dépistage était de 62%, avec d'importantes disparités territoriales et une diminution après 50 ans. Les invitations ont permis de dépister près de 231 000 femmes, soit, rapporté à la population-cible totale, une augmentation de la participation au dépistage de 12 points de pourcentage.

Parmi les frottis interprétables, 4,2% étaient positifs, la majorité présentant des anomalies de type ASC-US (2,3%) ou de bas grade (1,2%). Au total, 5 125 lésions malpighiennes précancéreuses de haut grade, 55 carcinomes glandulaires in situ (AIS) et 323 cancers invasifs ont été dépistés, soit des taux de détection respectifs de 620,5, de 6,7 et de 39,1 pour 100 000 femmes dépistées.

Cette évaluation montre qu'une généralisation du dépistage organisé permettrait d'accroître le nombre de femmes dépistées.

Le lundi 26 mars, le gouvernement a dévoilé le volet prévention de sa stratégie santé lors d'un comité interministériel :

"Une vraie politique de prévention permettrait de préserver près de 100.000 vies par an"

Le plan comprend des mesures anti-tabac, des mesures contre l'obésité des enfants, des mesures pour l'élargissement des compétences vaccinales mais aussi l'introduction d'un troisième programme national de dépistage organisé, celui du cancer du col de l'utérus.

En effet, à l'heure actuelle, seuls les dépistages du cancer colorectal et du cancer du sein sont organisés et gratuits en France.

Le coût d'un frottis comprend le prix de la consultation (41), qui varie suivant le professionnel de santé consulté, le prix du prélèvement (4,82 euros) et le prix de la lecture du frottis (15,40 euros) : l'ensemble est remboursé par l'Assurance-maladie à 70%.

Un examen qui pourrait bientôt être pris en charge à 100% par l'Assurance maladie, comme le souhaite Agnès Buzyn.

Bertrand de Rochambeau, co-président du syndicat national des gynécologues-obstétriciens de France estime (42) que « c'est une bonne mesure qui reste *toutefois incomplète* » car « *on a une arme beaucoup plus efficace qui est la vaccination* ».

Cette nouvelle campagne de prévention par le FCU permet de relancer le débat sur l'HPV. Dans ses recommandations pour le FCU, l'HAS souligne l'importance de réaliser la prévention primaire par la vaccination anti-HPV.

Les 2 moyens de prévention du CCU s'adressent à deux populations d'âge différent : La vaccination pour les jeunes filles puis le FCU pour les femmes âgées de 25 à 65 ans et pourraient permettre une nette diminution de l'incidence et de la mortalité du CCU dans les années à venir.

Comme le soulignait les médecins interrogés : « dédramatiser la vaccination » et avoir « un discours positif de la vaccination » à l'aide d'une campagne de prévention du CCU pourrait augmenter l'acceptation du vaccin contre ce cancer.

Conclusion

A travers cette étude qualitative, nous avons répondu à notre objectif principal qui était d'identifier les difficultés rencontrées par le médecin généraliste pour prescrire le vaccin anti-HPV.

L'influence de la patiente et de ses parents, du médecin généraliste et de ses confrères, de la vaccination et ses controverses et la culture française sont les principaux freins déclarés.

Les médecins généralistes ont également identifié des freins en lien avec le cancer du col de l'utérus et l'HPV.

Enfin, malgré toute leur réflexivité et leur enthousiasme vis-à-vis de cette vaccination, les médecins généralistes doutent, ce qui ne facilite pas la promotion de ce vaccin.

Au cours des entretiens, les médecins généralistes nous ont fait part de leurs astuces pour faciliter la prescription de ce vaccin et des outils qu'ils souhaiteraient avoir à leur disposition : fiches pédagogiques, création d'une consultation dédiée à l'adolescent, campagne de prévention.

L'implication des pouvoirs publics semblent donc primordiale pour répondre aux freins des médecins généralistes, premiers prescripteurs de ce vaccin. Faut-il encore qu'une fois prescrit, le vaccin soit réalisé. A quand une campagne de prévention par la vaccination dans une dynamique éducative et non restrictive ?

Références bibliographiques

1. Denis F, Hantz S. Le point de vue du virologue. Lett Gynécologue. 2016;(405):8- 14.
2. Transmission papillomavirus humain [Internet]. Crips Ile-de-France. [cité 18 mars 2018]. Disponible sur: <http://www.lecrips-idf.net/professionnels/dossier-thematique/papillomavirus-humain-cancers/mode-transmission-hpv.htm>
3. Les mises à jour en Gynécologie et Obstétrique: transmission materno-foetal des HPV [Internet]. CNGOF. [cité 26 mars 2018]. Disponible sur: http://www.cngof.asso.fr/data/CNGOF_MAJ_RPC.html
4. Avis du conseil superieur d'hygiene publique de france section maladies transmissibles relatif à la vaccination anti-papillomavirus type 16 et 18. Ministère de la santé et des solidarités; 2006.
5. Cancer du col de l'utérus [Internet]. Santé publique France. [cité 21 mars 2018]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Donnees-par-localisation/Cancer-du-col-de-l-uterus>
6. Généralités sur le HPV - Papillomavirus - Test HPV [Internet]. frottis.info. [cité 21 mars 2018]. Disponible sur: https://www.frottis.info/faq_gal_h.html/
7. Frottis ASCUS ou Bas grade - Conduite à tenir [Internet]. Gynéco-online. [cité 24 mars 2018]. Disponible sur: <https://www.gyneco-online.com/gynecologie/frottis-ascus-ou-bas-grade-conduite-tenir>
8. Launay O. Prix Nobel de Médecine 2008 (Harald zur Hausen) : Papillomavirus et cancer du col de l'utérus. médecine/sciences. nov 2008;24(11):981- 2.
9. Cervarix [Internet]. VIDAL. [cité 13 janv 2018]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/Medicament/cervarix-82527.htm>
10. Gardasil [Internet]. VIDAL. [cité 13 janv 2018]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/Medicament/gardasil-76438.htm>
11. Gardasil [Internet]. ANSM. [cité 28 févr 2018]. Disponible sur: <http://ansm.sante.fr/Activites/Surveillances-des-medicaments/Medicaments-faisant-l-objet-d-un-plan-de-gestion-des-risques/Medicaments-faisant-l-objet-d-un-Plan-de-Gestion-des-Risques-PGR2/GARDASIL>
12. Cervarix [Internet]. ANSM. [cité 28 févr 2018]. Disponible sur: <http://ansm.sante.fr/Activites/Surveillances-des-medicaments/Medicaments-faisant-l-objet-d-un-plan-de-gestion-des-risques/Medicaments-faisant-l-objet-d-un-Plan-de-Gestion-des-Risques-PGR2/CERVARIX>
13. Prévention du cancer du col de l'utérus [Internet]. AMELI. [cité 18 mars 2018]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/sante-prevention/cancers/cancer-col-uterus>
14. Cervarix [Internet]. MesVaccins.net. [cité 30 janv 2018]. Disponible sur: <https://www.mesvaccins.net/web/vaccines/44-cervarix>
15. Gardasil [Internet]. MesVaccins.net. [cité 30 janv 2018]. Disponible sur: <https://www.mesvaccins.net/web/vaccines/7-gardasil>
16. Gardasil 9 [Internet]. MesVaccins.net. [cité 30 janv 2018]. Disponible sur: <https://www.mesvaccins.net/web/vaccines/523-gardasil-9>
17. Couverture vaccinale en France en 2014 [Internet]. MesVaccins.net. [cité 20 mars 2018]. Disponible sur: <https://www.mesvaccins.net/web/news/6140-couverture-vaccinale-en-france-en-2015>
18. Vaccination contre les infections à HPV et risque de maladies auto-immunes : une étude Cnamts/ANSM rassurante [Internet]. ANSM. [cité 20 mars 2018]. 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>

19. Le calendrier vaccinal [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. [cité 26 mars 2018]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/vaccination/calendrier-vaccinal>
20. Cancer du col de l'utérus : une meilleure couverture vaccinale et un dépistage renforcé restent la priorité [Internet]. HAS. [cité 20 mars 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2797450/fr/cancer-du-col-de-l-uterus-une-meilleure-couverture-vaccinale-et-un-depistage-renforce-restent-la-priorite
21. Papillomavirus humains [Internet]. Santé Publique France. [cité 10 mars 2018]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Couverture-vaccinale/Donnees/Papillomavirus-humains>
22. Evaluation de la couverture vaccinale du vaccin contre l'infection à papillomavirus [Internet]. Santé Publique France. [cité 20 mars 2018]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Infections-a-papillomavirus/Evaluation-de-la-couverture-vaccinale-du-vaccin-contre-l-infection-a-papillomavirus>
23. Couverture vaccinale [Internet]. WHO. [cité 20 nov 2017]. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs378/fr/>
24. Etudes qualitatives et revues systématiques [Internet]. Lepcam. [cité 9 mars 2018]. Disponible sur: http://lepcam.fr/index.php/les-etapes/id_quali/
25. Ordre national des médecins. Atlas de la démographie médicale. 2017;323.
26. Recueil de données en recherche qualitative [Internet]. Lepcam. [cité 9 mars 2018]. Disponible sur: http://lepcam.fr/index.php/les-etapes/protocole_quali/#consensus
27. Programme de SVT au collège [Internet]. Ministère de l'éducation nationale. [cité 29 mars 2018]. Disponible sur: <http://eduscol.education.fr/svt/enseigner/ressources-par-niveau-et-programme/college.html>
28. Lerais I, Bevançon F. Enquête sur les connaissances, opinions et comportements des lycéens autour des Human Papilloma Virus (HPV), France, Alpes-Maritimes, 2009. :8.
29. Compagnon L, Bail P, Huez J-F, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. Vo U M E. :8.
30. Informations sur le projet DIVA [Internet]. SFMG; [cité 27 mars 2018]. Disponible sur: http://www.sfmfg.org/data/actualite/actualite_fiche/345/fichier_diva1efcc.pdf
31. Société Française de Médecine Générale - Actualités : Vaccinations : les préconisations de la SFMG [Internet]. [cité 24 mars 2018]. Disponible sur: http://www.sfmfg.org/actualites/publications/vaccinations_les_preconisations_de_la_sfmfg.htm
32. Talmont J, Parinaud C. Le gardasil sera le plus grand scandale de tous les temps. Principes Santé [Internet]. 2014 [cité 24 mars 2018];(66). Disponible sur: <http://ddata.over-blog.com/xxxyyy/3/27/09/71/2012-2013/Juin-2013/Dr-Dalbergue--Gardasil--plus-grand-scandale-de-tous-les-tem.pdf>
33. Pilly E, Épaulard O, Le Berre R, Tattevin P, Collège des universitaires de maladies infectieuses et tropicales (France). Infections sexuellement transmissibles. 2017.
34. Garland S. Impact and Effectiveness of the Quadrivalent Human Papillomavirus Vaccine: A Systematic Review of 10 Years of Real-world Experience. Pubmed [Internet]. 2016 [cité 27 mars 2018]; Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27230391>

35. L'Australie sur le point d'éradiquer le cancer du col de l'utérus [Internet]. le figaro. 2018 [cité 27 mars 2018]. Disponible sur: <http://sante.lefigaro.fr/article/l-australie-sur-le-point-d-eradiquer-le-cancer-du-col-de-l-uterus/>
36. Machalek DA, Garland SM, Brotherton JML, Bateson D, McNamee K, Stewart M, et al. Very Low Prevalence of Vaccine Human Papillomavirus Types Among 18- to 35-Year Old Australian Women 9 Years Following Implementation of Vaccination. J Infect Dis [Internet]. févr 2018 [cité 1 avr 2018]; Disponible sur: <https://academic.oup.com/jid/advance-article/doi/10.1093/infdis/jiy075/4841780>
37. Calendrier vaccinal 2018 [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2018 [cité 29 mars 2018]. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/calendrier_vaccinations_2018.pdf
38. HCSP. Recommandations vaccinales contre les infections à papillomavirus humains chez les hommes [Internet]. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2016 févr [cité 18 mars 2018]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=553>
39. Deloffre B. Les cotations Enfants & Ados [Internet]. Syndicat MGFrance. [cité 1 avr 2018]. Disponible sur: <http://www.mgfrance.org/index.php/exercice/toute-la-nomenclature/les-majorations-enfants>
40. L'état de santé de la population en France [Internet]. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques; 2015 [cité 27 mars 2018]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/154000124.pdf>
41. Le dépistage du cancer du col de l'utérus bientôt gratuit ? [Internet]. Santé magazine. [cité 27 mars 2018]. Disponible sur: <https://www.santemagazine.fr/actualites/le-depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-bientot-gratuit-en-france-307185>
42. Cancer du col de l'utérus : la prise en charge à 100% du dépistage est une mesure « incomplète » [Internet]. france info. [cité 27 mars 2018]. Disponible sur: https://www.francetvinfo.fr/sante/cancer/cancer-du-col-de-l-uterus-la-prise-en-charge-a-100-du-depistage-est-une-mesure-incomplete_2675066.html
43. Vaccination anti-HPV et cancer du col de l'utérus [Internet]. Institut national du cancer. [cité 29 mars 2018]. 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>

Annexes

Annexe 1. Fiche d'identification	96
Annexe 2. Guide d'entretien.....	97
Annexe 3. Le calendrier vaccinal	98
Annexe 4. La « marguerite » des compétences du médecin généraliste.....	99
Annexe 5. Extrait du Verbatim	100
Annexe 6. Exemple d'organisation des références d'un codage dans le logiciel N'Vivo ..	102
Annexe 7. Maquette de promotion de la vaccination anti-HPV proposée par l'Institut National du Cancer (43).....	104
Annexe 8. Infographie disponible pour les médecins généralistes, par l'Institut National du Cancer (43).....	105

Annexe 1. Fiche d'identification

FICHE D'IDENTIFICATION

Bonjour, afin de mieux vous connaître, voici quelques questions sur vous et votre pratique médicale.

Quel âge avez-vous ?

Etes-vous une femme ou un homme ?

Dans quelle ville/village exercez-vous ?

Votre adresse mail :

Quel type de patientèle avez-vous ?

Chez les moins de 16ans :

- 0 à 5 par semaine
- 5 à 10 par semaine
- > 10 par semaine

Guide d'entretien

Que pensez-vous de la vaccination anti-HPV ?

Comment abordez-vous le sujet de la vaccination anti HPV ?

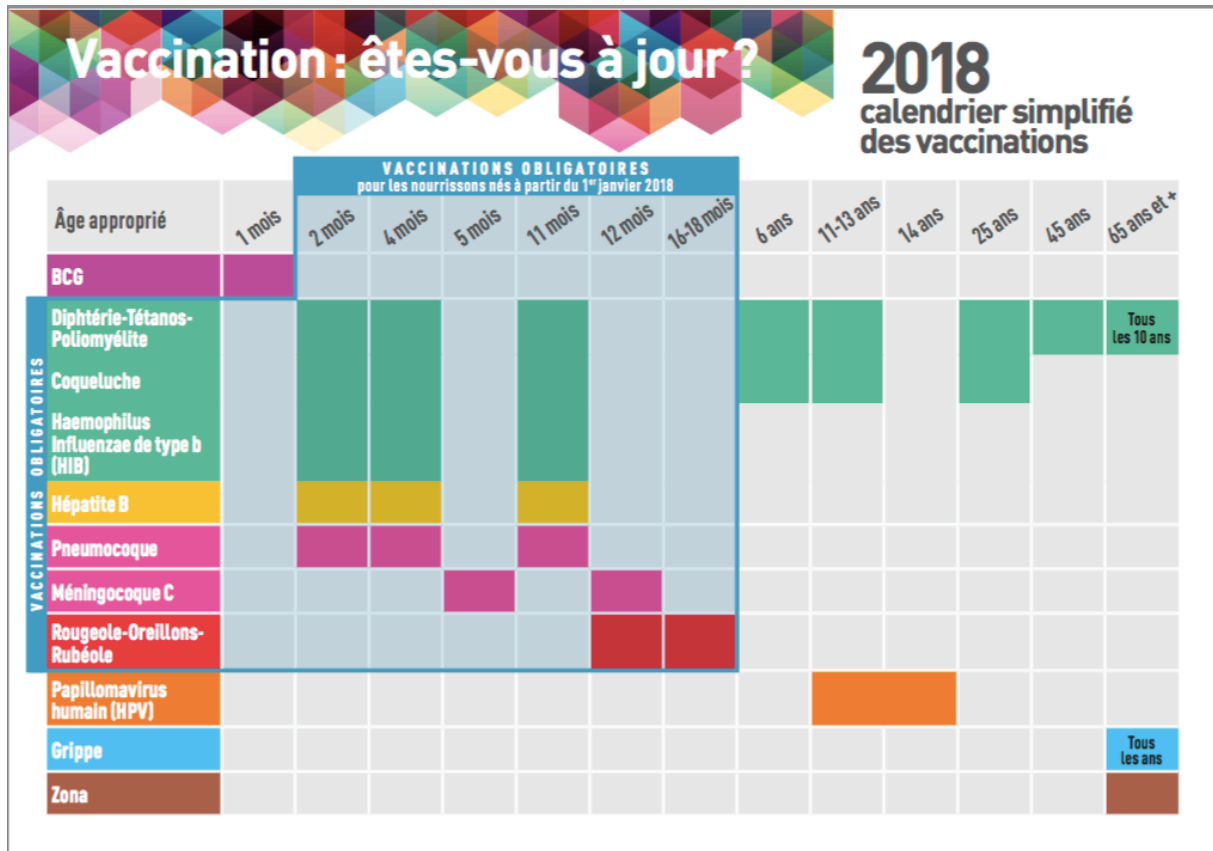
- Quand ?
- A qui en parlez-vous ?

Quelles sont les difficultés que vous rencontrez quant à la prescription de ce vaccin ?

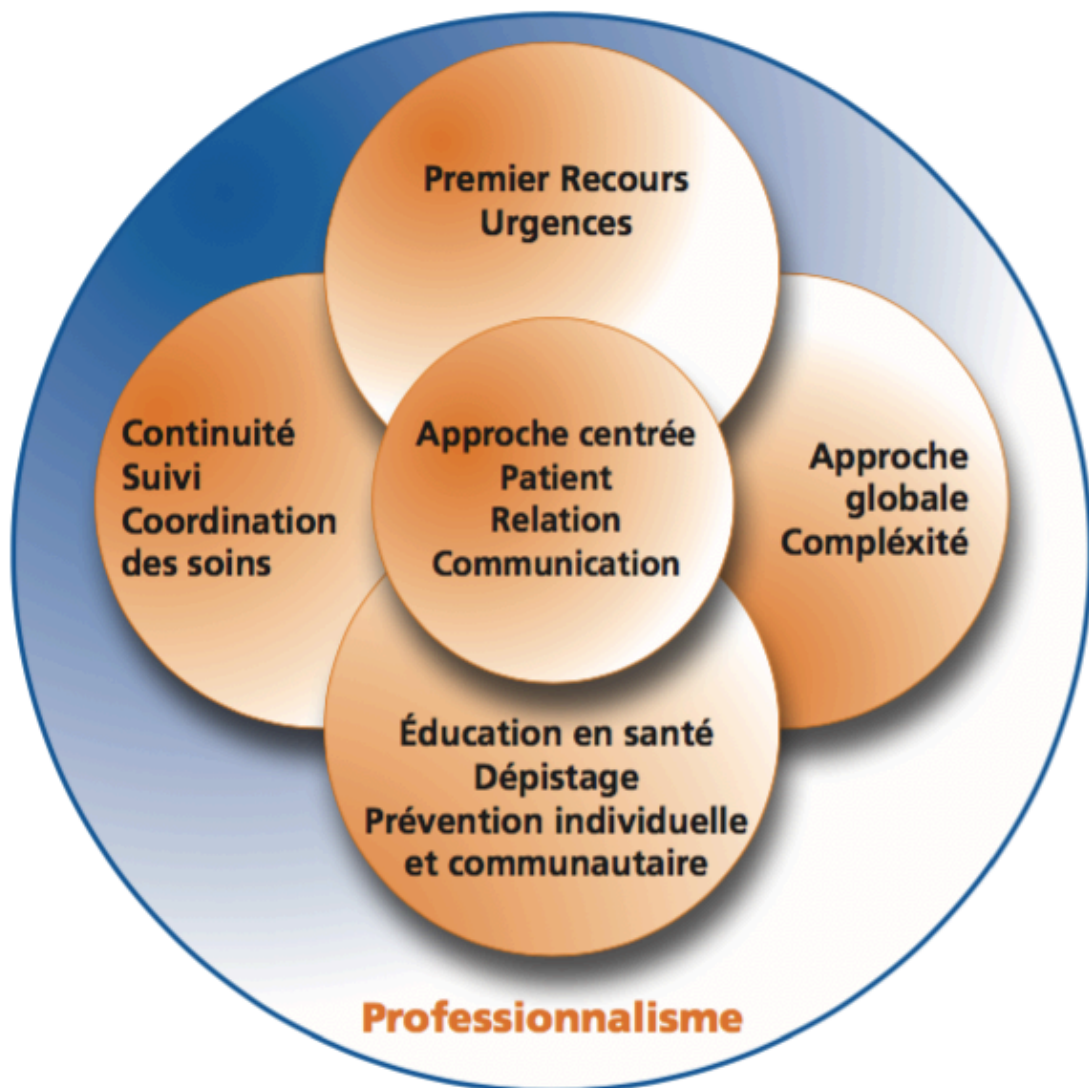
Quelles solutions / propositions adoptez-vous pour faciliter la prescription de la vaccination ?

- Dirigez-vous les patientes vers des confrères / consœurs (Gynécologue, sage-femme...) ?
- Arguments

Annexe 3. Le calendrier vaccinal



Annexe 4. La « marguerite » des compétences du médecin généraliste.



Annexe 5. Extrait du Verbatim

Extrait du premier *focus group* avec en italique les annotations concernant le non verbal et en gras les différents interlocuteurs.

Animateur : Alors, on voulait vous demander qu'est-ce que vous pensez de la vaccination anti HPV ?

... tout le monde se regarde...

Médecin JNC : je vais commencer. Alors, depuis six mois je n'ai pas fait un vaccin HPV. Pourquoi : par manque de motivation et manque d'informations. Depuis, hier et aujourd'hui, nous avons rencontré deux personnes, deux femmes qui sont venues nous voir pour des raisons X, porteuses, qui ont été, qui ont eu une conisation récente dû à des lésions HPV bien entendu et j'avoue que ça me restimule dans ma... euh, dans ma nécessité de refaire le vaccin. Et ce soir, mon épouse qui rentre du boulot, me dit tiens il faudrait qu'on vaccine (X), contre, notre fille qui a 13 ans, contre le HPV mais puisque tu vas à cette réunion justement, il y a eu énormément de problèmes avec ce vaccin j'ai pas trop envie de la faire vacciner. Deux vents contraires. Et ma tête de médecin me dit il faut absolument que je vaccine les jeunes femmes mais c'est vrai que ça fait un bon bout de temps que je n'ai pas vacciné chez les jeunes, que je n'ai pas proposé la vaccination, depuis plus de 6 mois au moins.

Médecin AB : je rebondis, effectivement, j'ai l'impression qu'actuellement on vaccine beaucoup moins qu'il y a quelques années. Il y a eu un... euh... un pic de vaccination que maintenant on laisse un peu tomber sur la proposition.

Animateur : concernant l'HPV ?

Médecin AB : le vaccin HPV, oui on est là, on est d'accord.

Médecin DP : perso moi je vaccine. Ma fille a 15 ans, elle est vaccinée, ma fille a 12ans, elle ne va pas tarder à l'être. Un exemple pour (le médecin JNC), j'ai vacciné une ado de 14-15 ans. En plein dans la vaccination, sa mère se fait dépister une lésion, une dysplasie de haut grade dû à l'HPV. Elle m'a dit : « j'ai eu l'HPV donc moi ma fille elle est vaccinée. Je n'ai pas d'autres filles mais effectivement mais si j'en avais d'autres j'hésiterais pas ».

Affirmation de l'assemblée.

C'est vrai que pour la vaccination on a pas mal galéré, on a pas mal galéré pendant longtemps parce qu'effectivement il y a un gros amalgame avec la vaccination hépatite B, hein, donc... tous les vaccins sont mauvais, ils contiennent tous des adjuvants, c'est du poison. Euh... Moi j'ai des gens qui refusent catégoriquement, j'explique ce que c'est le HPV, déjà, il faut leur expliquer ce que c'est le HPV, ce que c'est que la maladie, ce qu'elles risquent, et j'arrive à vacciner assez régulièrement. Je dirais que... c'est même en train de repartir.

Médecin AB : D'accord.

Médecin DP : moi sur mon constat perso, je revaccine plus facilement depuis quelques mois. Mais c'est vrai qu'il faut sortir les rames. Il faut sortir les rames, il faut beaucoup expliquer, faut beaucoup parler aux ados, à leur mère, en général les pères sont quand même assez exclus du débat, ça c'est clair, mais en parlant aux ados et à leur mère, je, moi j'arrive quand même à vacciner. Bon alors on a des forcenés de l'anti vaccination, ça c'est clair aussi. Donc là-dessus, effectivement, on ne peut pas trop y faire grand-chose.

Médecin SM : moi, j'ai, il y a deux freins, pas personnels mais que je rencontre, c'est 1 : j'explique à la jeune fille et à la mère et la mère dit grosso modo elle décidera quand elle sera grande. J'explique que le grand est en rapport avec la maturité sexuelle quand même, et à quel moment il y aura le début des rapports et qu'il faut vacciner avant mais bon on verra ça plus tard. J'explique que, quand on le fait tôt il y a que deux doses, si on a peur du nombre, des adjuvants et tout ça et qu'après il y a 3 doses, dans ces cas-là la peur n'est pas vraiment raisonnée et donc c'est elle qui décidera. Des fois, ils se tournent vers la gamine de 11 ans en disant beh tu veux te faire vacciner, à 11ans... voilà !

Médecin DP : beh oui j'adore ça !

Médecin SM : et quand elles ont 14 ans et même de temps en temps, c'est, la mère dit aussi à la gamine, ça fait partie de ... je pense que la vaccination par Gardasil ou Cervarix, c'est un petit peu la porte d'entrée vers la contraception ou la pilule : c'est toi qui décides ma fille si tu veux que...

Médecin AB *acquiesce*

Médecin SM : Alors qu'en fait pour moi non à 14 ans elles sont très influençables et j'ai eu plusieurs fois des freins ou en fait la prof de SVT ben grosso modo elle aura dit que c'était pas bien.

Rires

Médecin SM : Et qu'il fallait pas et que les copines... et donc un frein à l'école, je ne sais pas si vous avez eu ce type de problème, j'ai eu deux trois fois et pas forcément dans le même collège en plus ce genre de frein là et je trouve ça dommageable parce que ben les profs ils sont quand même très écoutés et des fois à 14 ans ils écoutent plus le prof que le médecin qu'ils voient une fois de temps en temps voire quasiment jamais surtout que moi en général je les suis pas depuis très longtemps.

Nadège : **avant que tu rajoutes quelque chose la question, la question c'était vraiment que pensez-vous en tant que professionnel de santé et pas ce qu'en pense les patientes que vous rencontrez. D'abord vous, qu'est-ce que vous en pensez ?**

Arrivée du **Médecin EB**

Animateur : **bonjour... pour l'instant on en était à la première question donc tu n'as pas loupé grand-chose... c'est que pensez-vous de la vaccination anti HPV ? et Didier allait nous dire que...**

Médecin DP : la vaccination anti HPV, à priori je suis pour. Moi je suis pro vaccination. On est quand même dans une société qui peut permettre effectivement, par la vaccination, de prévenir certaines maladies. Je suis pro vaccination. Je peux pas être anti HPV.

Annexe 6. Exemple d'organisation des références d'un codage dans le logiciel N'Vivo

Exemple du code : *outil, création d'une consultation ado*

Éléments internes\FOCUS GROUPE fini du 19 décembre 2017 - § 13 références encodées
[Couverture 3,81%]

Référence 1 - Couverture 0,20%

une consultation type une promotion pour une consultation prise à charge à 100 % et quand on fait une visite de prévention

Référence 2 - Couverture 0,37%

on fait de la prévention et on parle entre guillemet des vaccins mais aussi d'autres choses comment on ferait, c'est vrai qu'à ce moment-là de parler des vaccins ce serait plus facile et de mettre en place cette vaccination.

Référence 3 - Couverture 0,12%

on pourrait envisager sur une consultation adolescente spécifique

Référence 4 - Couverture 0,20%

c'est comme la consultation préventive, c'est une consultation tellement importante et elle n'est pas promue.

Référence 5 - Couverture 0,29%

C'est vrai que c'est une vraie consultation de prévention. C'est bien dommage qu'elle ne soit pas accès dans ce sens, parce que le certificat n'est qu'un prétexte finalement.

Référence 6 - Couverture 0,32%

La consultation de l'adolescent, spécifique, parce que je l'intègre moi, parce qu'en même temps que je vous parle, j'ai l'impression de vouloir l'intégrer à autre chose que la vaccination.

Référence 7 - Couverture 0,04%

Tout le monde acquiesce.

Référence 8 - Couverture 0,17%

le problème de la vaccination adolescent, c'est que j'ai peur qu'en lui donnant cette appellation...

Référence 9 - Couverture 0,06%

« la consultation adolescent »

Référence 10 - Couverture 0,39%

oui, j'ai peur qu'en leur donnant cette appellation, on n'arrive pas justement à amener toutes les choses parce que ça risque d'être un peu formaté sur quelques sujets, c'est ça qui peut être, c'est là où je vois un petit peu les limites.

Référence 11 - Couverture 0,03%

C'est l'objectif

Référence 12 - Couverture 0,17%

J'ai peur que sincèrement ça pose vraiment un cadre et je ne suis pas sûre que ça facilite plus les

choses.

Référence 13 - Couverture 1,46%

Je ne sais pas si ça facilite plus les choses mais au moins il y a une porte ouverte, une porte d'entrée, par exemple les jeunes ont tous plus au moins les bilans de santé prévention à faire à la sécu donc il y en a pas beaucoup qui y vont et ceux qui y vont c'est toujours les mêmes, c'est des gens qu'on suit déjà donc bon, ils vont refaire leur bilan biologique alors qu'on va les faire dans l'année. Il est vrai qu'il peut y avoir ses consultations-là qui sont squattées par des enfants que l'on suit déjà et dont on a déjà abordé le problème. Mais au moins ce temps il est ouvert et il est proposé et c'est déjà une avancée. Et il y aura peut-être des parents qui diront tiens je ne le trouve pas bien, faudrait peut-être qu'on discute de certaines choses... Et que ce soit une visite de prévention générale et que ce ne soit pas que sur la vaccination et l'adolescent, il faut que ça commence plus tôt.

Éléments internes\\FOCUS GROUPE fini du 20 décembre - § 4 références encodées

[Couverture 1,32%]

Référence 1 - Couverture 0,17%

cotation spécifique pour la première consultation de contraception

Référence 2 - Couverture 0,61%

c'est à ce moment qu'on les voit, à l'entrée en 6ème justement pour les vaccinations, parce qu'autant on les voit beaucoup quand les enfants sont très petits, à partir de 3ans ils ne sont plus tellement malades et en général on les voit que pour la contraception

Référence 3 - Couverture 0,36%

dans le cadre justement d'une politique un peu globale d'éducation féminine à la santé, contraception, prévention, ça peut rentrer dans le packaging.

Référence 4 - Couverture 0,18%

tout ce qui est prévention chez l'ado, la contraception, la prévention MST

Annexe 7. Maquette de promotion de la vaccination anti-HPV proposée par l'Institut National du Cancer (43)

QUAND FAIRE VACCINER MA FILLE ?

La vaccination est recommandée entre 11 et 14 ans. Elle peut également être proposée en rattrapage aux jeunes filles jusqu'à 19 ans.

> Pourquoi dès 11 ans ?

- 1 Une vaccination à 2 doses.
- 2 La possibilité de profiter du rendez-vous vaccinal pour le rappel d'ICI[®], prévu entre 11 et 13 ans, pour l'administration de l'une des doses.
- 3 Une meilleure réponse vaccinale.

Il est important que la vaccination soit réalisée avant l'exposition au risque d'infection.

> Combien ça coûte ?

Le coût de chaque dose de vaccin est pris en charge à 65% par votre caisse d'assurance maladie. Le reste est généralement remboursé par les organismes complémentaires. La vaccination peut être gratuite dans certains centres de vaccination, municipaux ou départementaux. Pour les personnes qui bénéficient de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), la prise en charge est à 100% et sans avance de frais.

Pour en savoir plus, rendez-vous sur

e-cancer.fr

LE DÉPISTAGE, INDISPENSABLE EN COMPLÉMENT DE LA VACCINATION

À partir de 25 ans et jusqu'à 65 ans, même vaccinées, toutes les femmes doivent réaliser un test de dépistage. Ce test repose sur l'analyse de cellules (examen cytologique) prélevées au niveau du col de l'utérus (prélèvement cervico-utérin / frottis). Il doit être réalisé tous les 3 ans, après deux premiers tests réalisés à un an d'intervalle et dont les résultats sont normaux. La vaccination est une protection efficace qui réduit fortement le risque de cancer du col de l'utérus mais elle ne protège pas contre tous les types de HPV : le dépistage régulier reste donc nécessaire.

* Diphthérie, tétanos, coqueluche, poliovirus.

VACCINATION CONTRE LES PAPILLOMAVIRUS HUMAINS (HPV) DÈS 11 ANS

POUR SE PROTÉGER DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

POURQUOI FAIRE VACCINER MA FILLE CONTRE LES HPV ?

Les papillomavirus humains (HPV) sont la principale cause de cancer du col de l'utérus. La contamination a lieu le plus souvent dans les premières années de la vie sexuelle. Environ 80% des femmes sont infectées par ces virus au cours de leur vie. En général, leur corps parvient à les éliminer, mais il arrive que l'infection persiste et provoque des anomalies (lésions) au niveau du col de l'utérus. Ces lésions peuvent avoir des conséquences sur la vie gynécologique et obstétricale de la femme. Elles peuvent également évoluer vers un cancer des années plus tard.

Chaque année en France, 31 000 lésions précancéreuses ou cancéreuses sont détectées et 3 000 nouveaux cas de cancer du col de l'utérus sont diagnostiqués.

La vaccination est une protection efficace contre les principaux virus HPV responsables du cancer du col de l'utérus.

> Comment se transmettent les virus HPV ?

Ces virus se transmettent par simple contact au niveau des parties génitales, le plus souvent lors de rapports sexuels, avec ou sans pénétration. Le préservatif, qui protège contre de nombreuses infections sexuellement transmissibles, ne protège donc que partiellement contre les HPV.

COMMENT SE DÉROULE LA VACCINATION ?

Il existe actuellement 2 vaccins contre les HPV. En fonction de l'âge, 2 ou 3 injections sont indispensables pour une vaccination efficace.

Il est important de respecter les schémas vaccinaux suivants :

Entre 11 et 14 ans		
	Gardasil®	Cervarix®
1 ^{re} injection	entre 11 et 13 ans	entre 11 et 14 ans
2 ^{de} injection	6 mois plus tard	6 mois plus tard

Entre 14 et 19 ans		
	Gardasil®	Cervarix®
1 ^{re} injection	entre 14 et 19 ans	entre 15 et 19 ans
2 ^e injection	2 mois après la 1 ^{re} injection	1 mois après la 1 ^{re} injection
3 ^e injection	4 mois après la 2 ^e injection	5 mois après la 2 ^e injection

LE VACCIN A-T-IL DES EFFETS INDÉSIRABLES ?

Les vaccins contre les HPV ont fait l'objet d'une évaluation rigoureuse chez plusieurs milliers de jeunes filles avant leur mise sur le marché. **Comme pour tous les vaccins, les autorités de santé françaises, européennes et internationales réalisent un suivi régulier de ces vaccins. Ce suivi confirme leur sécurité.**

Les éventuels effets secondaires sont des réactions au point d'injection, parfois de la fièvre, et plus rarement un malaise avec possible perte de connaissance. C'est pourquoi il est conseillé de réaliser l'injection en position allongée et de se reposer quelques minutes ensuite.

Comme pour tout médicament, il est important de faire part à votre médecin de tout effet indésirable que vous pourriez constater. Vous pouvez également le signaler au centre de pharmacovigilance de votre région.

Plus d'informations sur les effets indésirables sur e-cancer.fr.

Une surveillance internationale rigoureuse

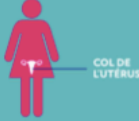
Depuis **10 ans**, **+ de 6 millions** de doses prescrites en France et **+ de 200 millions** dans le monde

Annexe 8. Infographie disponible pour les médecins généralistes, par l'Institut National du Cancer (43)

LA VACCINATION CONTRE LES HPV, POUR SE PROTÉGER DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

La vaccination contre les papillomavirus humains (HPV) prévient les infections responsables de lésions précancéreuses sur le col de l'utérus.

Ces lésions peuvent évoluer en cancers du col de l'utérus.



Ces infections sont fréquentes :

80% des femmes sont infectées par les HPV au cours de leur vie.

La transmission des HPV se fait par contact avec la peau et les muqueuses, le plus souvent lors de rapports sexuels, avec ou sans pénétration.

CHAQUE ANNÉE EN FRANCE

31 000 lésions précancéreuses ou cancéreuses du col utérin.

Ces lésions nécessitent d'éventuelles interventions chirurgicales pouvant entraîner des complications obstétricales.

3 000 nouveaux cas de cancer du col de l'utérus.

1 100 décès de femmes des suites d'un cancer du col de l'utérus.

COMMENT ?

Il existe 2 vaccins* contre les HPV. Ils préviennent les infections responsables de :

70% des cancers du col de l'utérus


Plusieurs injections sont nécessaires pour que le vaccin soit efficace :

2 OU **3**

INJECTIONS si première injection entre 11 ans et 14 ans


INJECTIONS si première injection plus tardive

La vaccination est réalisée :



par :

- * un médecin
- * ou une sage-femme
- * ou un infirmier sur prescription médicale (médecin / sage-femme)



ou :

- * dans un service de vaccination du secteur public (municipal ou départemental)

*1 troisième vaccin sera disponible dans les prochains mois.

POUR QUI ?

des 11 ans Les jeunes filles dès 11 ans jusqu'à 14 ans. Un rattrapage est possible jusqu'à 19 ans.

UNE VACCINATION QUI A FAIT SES PREUVES

60
pays

Aujourd'hui, plus de 60 pays ont un programme de vaccination contre les HPV.

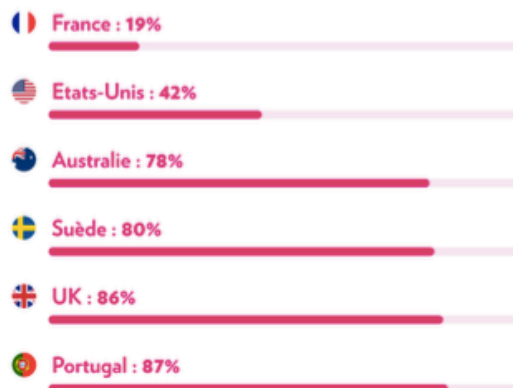
Comme tous les vaccins, les vaccins contre les HPV font l'objet d'un suivi régulier par les autorités de santé françaises, européennes et internationales. Ce suivi confirme la sécurité de ces vaccins.

Leur efficacité est aujourd'hui démontrée sur la réduction du nombre de lésions précancéreuses.

Par exemple, en Suède, une réduction des lésions précancéreuses de 75 % a été observée chez les jeunes filles vaccinées avant l'âge de 17 ans.

L'impact de la vaccination est d'autant plus important que le nombre de jeunes filles vaccinées (couverture vaccinale) est élevé.

> Exemples de couverture vaccinale dans le monde



À lire comme suit : en Suède, 80% des jeunes filles sont vaccinées contre les HPV.

Toutes les réponses à vos questions sur
e-cancer.fr

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.

Attention, ne supprimez pas le saut de section suivant (page suivante non numérotée)

[Vaccination anti-HPV : pourquoi tant de difficultés ? Le point de vue de médecins généralistes.]

Introduction : Le cancer du col est un problème de santé publique en France, évitable grâce à la prévention primaire : la vaccination et à la prévention secondaire : le frottis cervico-utérin. Pourtant, la couverture vaccinale est faible en France. L'objectif de l'étude est de déterminer les difficultés rencontrées par le médecin généraliste pour prescrire le vaccin anti-HPV. **Matériel et méthodes :** Étude qualitative portant sur des médecins généralistes du bassin Briviste, fin 2017, lors de *focus group* et menée jusqu'à saturation des données. L'analyse descriptive, axiale et matricielle ont été réalisées sur le logiciel N'Vivo. **Résultats :** 12 médecins généralistes ont participé à 2 *focus group*. 97 nœuds axiaux sont ressortis regroupés en 6 thèmes : la patiente et ses parents, le médecin généraliste et ses confrères, le cancer du col de l'utérus et l'HPV, la vaccination et ses controverses, la culture française et les solutions, outils et facilitateurs proposés par les médecins. **Discussion :** Malgré toute leur réflexivité et leur enthousiasme vis-à-vis de cette vaccination, les médecins généralistes doutent devant le manque d'informations scientifiques et face au lobbying anti-vaccin. Au cours des entretiens, les médecins généralistes nous ont fait part de leurs astuces pour faciliter la prescription de ce vaccin et des outils qu'ils souhaiteraient avoir à leur disposition : fiches pédagogiques, création d'une consultation dédiée à l'adolescent, campagnes de prévention. L'implication des pouvoirs publics semblent donc primordiale pour répondre aux freins des médecins généralistes, premiers prescripteurs de ce vaccin. Faut-il encore qu'une fois prescrit, le vaccin soit réalisé. Pouvons espérer une campagne de prévention par la vaccination dans une dynamique éducative et non restrictive à court terme ?

Mots-clés : HPV, vaccination, freins, médecin généraliste

HPV vaccination: why so many difficulties? The point of view of general practitioners.

Introduction: Cervical cancer is a public health problem in France, avoidable thanks to primary prevention: vaccination and secondary prevention: cervical-uterine smear. However, vaccination coverage is low in France. The objective of the study is to determine the difficulties encountered by the general practitioner to prescribe the HPV vaccine. **Materials and methods:** Qualitative study of general practitioners in the Brive population base at the end of 2017, during the focus group, and conducted until data saturation. Descriptive, axial and matrix analysis were performed on N'Vivo software. **Results:** 12 general practitioners participated in 2 focus group. 97 axial nodes emerged, grouped into 6 themes: the patient and her parents, the general practitioner and his colleagues, cancer of the cervix and HPV, vaccination and its controversies, French culture and solutions, tools and facilitators offered by physicians. **Discussion:** Despite all their reflexivity and enthusiasm for this vaccination, general practitioners are skeptical about the lack of scientific information and anti-vaccine lobbying. During the interviews, general practitioners told us their tips to facilitate the prescription of this vaccine and the tools they would like to have at their disposal: educational sheets, creation of a specific consultation dedicated to the adolescent and campaigns of prevention. The involvement of public authorities seems essential to meet the brakes of general practitioners, the first prescribers of this vaccine. It is necessary that once prescribed, the vaccine is realized. Can we hope a prevention campaign by vaccination in an educational dynamic and not restrictive in a short delay?

Keywords: HPV, vaccination, drag, general practitioner

