



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THÈSE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Sonia LAMIRAND

Née le 10 Octobre 1988 à Lyon 4^{ème}

Le Jeudi 15 Octobre 2015

VACCINATION ANTI-PAPILLOMAVIRUS HUMAIN (HPV) :

INFLUENCE DES NOUVELLES RECOMMANDATIONS ET DES MEDIAS SUR LA PRATIQUE DES MEDECINS GENERALISTES.

Examineurs de la Thèse :

Monsieur le Professeur Philippe JUDLIN

Président de thèse

Monsieur le Professeur Thierry MAY

Juge

Monsieur le Professeur Christian RABAUD

Juge

Madame le Docteur Sophie SIEGRIST

Juge

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

ANNEE 2015

THÈSE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Sonia LAMIRAND

Née le 10 Octobre 1988 à Lyon 4^{ème}

Le Jeudi 15 Octobre 2015

VACCINATION ANTI-PAPILLOMAVIRUS HUMAIN (HPV) :

INFLUENCE DES NOUVELLES RECOMMANDATIONS ET DES MEDIAS SUR LA PRATIQUE DES MEDECINS GENERALISTES.

Examineurs de la Thèse :

Monsieur le Professeur Philippe JUDLIN

Président de thèse

Monsieur le Professeur Thierry MAY

Juge

Monsieur le Professeur Christian RABAUD

Juge

Madame le Docteur Sophie SIEGRIST

Juge



**UNIVERSITÉ
DE LORRAINE**



FACULTÉ de MÉDECINE
NANCY

Président de l'Université de Lorraine :

Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Marc BRAUN

Vice-doyens

Pr Karine ANGIOI-DUPREZ, Vice-Doyen

Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

Assesseurs :

Premier cycle : Dr Guillaume GAUCHOTTE

Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER

Troisième cycle : Pr Marc DEBOUVERIE

Innovations pédagogiques : Pr Bruno CHENUEL

Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER

Animation de la recherche clinique : Pr François ALLA

Affaires juridiques et Relations extérieures : Dr Frédérique CLAUDOT

Vie Facultaire et SIDES : Dr Laure JOLY

Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER

Etudiant : M. Lucas SALVATI

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume GAUCHOTTE

Commission de prospective facultaire : Pr Pierre-Edouard BOLLAERT

Universitarisation des professions paramédicales : Pr Annick BARBAUD

Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER

PACES : Dr Chantal KOHLER

Plan Campus : Pr Bruno LEHEUP

International : Pr Jacques HUBERT

=====

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER

Professeur Henry COUDANE

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY

Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE

Jean-Louis BOUTROY - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - François CHERRIER Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS

Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER

Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Claude HURIET

Christian JANOT - Michèle KESSLER – François KOHLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES

Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS

Jean-Pierre MALLIÉ - Michel MANCIAUX - Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Denise MONERET-VAUTRIN Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS

Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON – François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER – Denis REGENT - Michel RENARD - Jacques ROLAND

René-Jean ROYER - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT- Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ Gérard VAILLANT - Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET – Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WAYOFF

Michel WEBER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Pierre BEY - Professeur Marc-André BIGARD – Professeur Jean-Pierre CRANCE Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeure Michèle KESSLER - Professeur Jacques LECLERE

Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD – Professeur François

PLENAT Professeur Jacques POUREL - Professeur Michel SCHMITT – Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT - Professeure Colette VIDAILHET - Professeur Michel VIDAILHET Professeur Michel WAYOFF

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Professeur Bernard FOLIGUET – Professeur Christo CHRISTOV

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médecine*)

Professeur Michel CLAUDON – Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et Mycologie*)

Professeure Marie MACHOUART

3^{ème} sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD – Professeure Céline PULCINI

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2^{ème} sous-section : (*Médecine et santé au travail*)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeure Eliane ALBUISSON – Professeur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY - Professeur Didier PEIFFERT

Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (*Anesthésiologie - réanimation ; médecine d'urgence*)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Gérard AUDIBERT

Professeur Thomas FUCHS-BUDER – Professeure Marie-Reine LOSSER

2^{ème} sous-section : (*Réanimation ; médecine d'urgence*)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET – Professeur J.Y. JOUZEAU (*pharmacien*)

4^{ème} sous-section : (*Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie*)

Professeur François PAILLE – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

**49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE,
HANDICAP ET RÉÉDUCATION**

1^{ère} sous-section : (*Neurologie*)

Professeur Hervé VESPIGNANI - Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE

Professeur Luc TAILLANDIER - Professeur Louis MAILLARD – Professeure Louise TYVAERT

2^{ème} sous-section : (*Neurochirurgie*)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN

Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS

3^{ème} sous-section : (*Psychiatrie d'adultes ; addictologie*)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (*Pédopsychiatrie ; addictologie*)

Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (*Médecine physique et de réadaptation*)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie orthopédique et traumatologique*)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeure Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (*Pneumologie ; addictologie*)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (*Cardiologie*)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardiovasculaire*)

Professeur Thierry FOLLIGUET

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (*Néphrologie*)

Professeure Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (*Urologie*)

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (*Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie*)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY - Professeur Athanase BENETOS

Professeure Gisèle KANNY – Professeure Christine PERRET-GUILLAUME

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie générale*)

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (*Pédiatrie*)

Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET

Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO – Professeure Rachel VIEUX

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie infantile*)

Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (*Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale*)

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Olivier MOREL

4^{ème} sous-section : (*Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale*)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (*Oto-rhino-laryngologie*)

Professeur Roger JANKOWSKI – Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (*Ophtalmologie*)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeure Karine ANGIOI

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie*)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur Jean-Marc BOIVIN

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Docteur Edouard BARRAT - Docteure Françoise TOUATI – Docteure Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Docteure Aude MARCHAL – Docteur Guillaume GAUCHOTTE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médecine*)

Docteur Damien MANDRY – Docteur Pedro TEIXEIRA (*stagiaire*)

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN

Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA – Docteur Abderrahim OUSSALAH (*stagiaire*)

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Docteur Mathias POUSSEL – Docteure Silvia VARECHOVA

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteure Véronique VENARD – Docteure Hélène JEULIN – Docteure Corentine ALAUZET

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et mycologie (type mixte : biologique)*)

Docteure Anne DEBOURGOGNE (*sciences*)

3^{ème} sous-section : (*Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales*)

Docteure Sandrine HENARD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteure Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN –

Docteure Nelly AGRINIER (*stagiaire*)

2^{ème} sous-section (*Médecine et Santé au Travail*)

Docteure Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion : option hématologique (type mixte : clinique)*)

Docteur Aurore PERROT (*stagiaire*)

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)*)

Docteure Lina BOLOTINE

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteure Céline BONNET

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique*)

Docteure Françoise LAPICQUE – Docteur Nicolas GAMBIER – Docteur Julien SCALA-BERTOLA

**50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE
PLASTIQUE**

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Docteure Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)

Docteure Anne-Claire BURSZTEJN

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire*)

Docteur Fabrice VANHUYSE

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)

Docteur Stéphane ZUILY

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX (*stagiaire*)

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

**1^{ère} sous-section : (*Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ;
addictologie*)**

Docteure Laure JOLY

=====

MAÎTRE DE CONFÉRENCE DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteure Elisabeth STEYER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

60^{ème} Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE

Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA - Madame Nathalie MERCIER – Madame Céline HUSELSTEIN

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS **Médecine Générale**

Docteure Sophie SIEGRIST - Docteur Arnaud MASSON - Docteur Pascal BOUCHE

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)

Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)

Brown University, Providence (U.S.A)

Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)

Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)

Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)

Université de Pennsylvanie (U.S.A)

Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)

*Research Institute for Mathematical Sciences de
Kyoto (JAPON)*

Professeure Maria DELIVORIA-
PAPADOPOULOS (1996)

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)

Université d'Helsinki (FINLANDE)

Professeur James STEICHEN (1997)

Université d'Indianapolis (U.S.A)

Professeur Duong Quang TRUNG (1997)

Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)

Professeur Daniel G. BICHET (2001)

Université de Montréal (Canada)

Professeur Marc LEVENSTON (2005)

Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)

Université de Dundee (Royaume-Uni)

Professeur Yunfeng ZHOU (2009)

Université de Wuhan (CHINE)

Professeur David ALPERS (2011)

Université de Washington (U.S.A)

Professeur Martin EXNER (2012)

Université de Bonn (ALLEMAGNE)

REMERCIEMENTS

A notre Maître et Président de thèse

Monsieur le Professeur Philippe Judlin

Professeur en Gynécologie Obstétrique

Vous nous avez fait un très grand honneur en acceptant de présider notre jury de thèse.

Nous vous remercions pour votre grande disponibilité et pour l'intérêt que vous avez porté à notre travail.

Nous vous remercions pour votre implication dans la formation des futurs médecins généralistes.

Nous vous prions d'accepter l'expression de notre plus profond respect et le témoignage de notre sincère reconnaissance.

A notre Maître et Juge

Monsieur le Professeur Thierry May

Professeur de Maladies Infectieuses et Tropicales

Nous vous sommes vivement reconnaissants pour la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de juger notre travail.

Nous vous prions d'accepter notre respectueuse considération.

A notre Maître et Juge

Monsieur le Professeur Christian Rabaud

Professeur de Maladies Infectieuses et Tropicales

Votre présence au sein de notre jury nous honore. Nous vous remercions pour votre implication et pour la qualité de vos enseignements au cours de notre externat.

Veillez trouver ici le témoignage de notre profond respect.

A notre Directrice de thèse

Madame le Docteur Sophie Siegrist

Médecin Généraliste et Maître de conférences associé

Nous vous remercions d'avoir accepté de diriger ce travail de thèse.

Nous vous remercions pour votre accueil lors de notre stage et de nos remplacements.

Merci de prendre soin de ma famille depuis de nombreuses années avec dévouement, empathie et disponibilité.

Aux onze médecins généralistes qui m'ont consacré un peu de leur temps en participant à ce travail de thèse. Votre grande disponibilité et votre enthousiasme ont permis à ce projet d'aboutir.

Aux médecins généralistes qui m'ont accompagnée au cours de mon cursus et qui m'ont définitivement confortée dans mon choix professionnel: Dr Marie-Christine Bintz, Dr Jean-Daniel Gradeler, Dr Denis Langinier, Dr Christine Lefebvre, Dr Thierry Lievin, Dr Frédéric Poirot, Dr Dominique Richter, Dr Elisabeth Steyer.

Au Dr Luciano Russo, gériatre, qui m'a soutenue pendant mon premier semestre d'internat et qui exerce la médecine comme j'aimerais pouvoir l'exercer un jour, avec empathie, respect et compétence.

Aux Dr Sylvie Jesser et au Dr Christian Hullen pour leur accueil chaleureux et formateur en HAD et à l'unité de traitement de la douleur de l'Hôpital Sainte Blandine à Metz.

A Monsieur Frédéric Balard, maître de conférences à l'université de Lorraine et sociologue spécialisé dans le domaine de la santé, pour son initiation à la recherche qualitative et ses précieux conseils.

A toute l'équipe de l'UHSA du CPN de Laxou avec laquelle je termine mon internat dans des conditions extraordinaires. Bravo pour votre travail et merci pour votre bienveillance.

Aux aides-soignantes, infirmières, externes, internes, médecins, cadres, assistantes sociales, ergothérapeutes, kinésithérapeutes, psychologues et psychiatres dont j'ai croisé la route durant ces neuf années d'études.

A ma famille

A mes parents, je ne pourrais jamais assez vous remercier pour tout ce que vous avez fait pour moi. Merci pour votre amour et votre soutien sans faille.

A ma maman. Te souviens-tu : « Envie de t'écrire..., que simplement je t'aime. » ?

A mon papa qui représente pour moi un modèle d'intégrité, de respect et de tolérance. Merci pour les valeurs que tu m'as transmises.

A mes trois frangins, Sylvain, Stéphane et Aurélien qui représentent tellement pour moi. J'espère que l'avenir nous laissera longtemps complices tous les quatre. Je suis fier de ce que vous êtes devenus.

A Julien. La vie est si belle à tes côtés.

A Mamette et Pillou. Bravo pour vos 67 ans de mariage !

A Malou, merci pour les séances de yoga !

A Elo, merci de rendre mon frère heureux et épanoui.

A Marion et Guillaume pour nos week-ends « jeux » et les fous rires qui vont avec !

A ma Marraine qui a toujours un programme d'enfer lors de nos escapades parisiennes.

A mes tantes et oncles, cousines et cousins.

A ma belle-famille. Merci de m'avoir si bien accueillie et de m'avoir soutenue durant la réalisation de cette thèse.

Merci Marie-Christine pour nos soirées de tarot interminables !

Merci Jean François pour les bons petits plats et les parties de Mölkky !

Merci à Clarisse et Pierre Louis pour votre accueil chaleureux en Irlande puis à Paris !

Merci à Chloé de m'avoir fait découvrir Cuba.

A Mémé Rose. C'est toujours un plaisir de te retrouver.

A mes amis

A Sophie pour ton optimisme à toute épreuve et pour toutes ces confidences partagées.

A Pauline pour ces belles années d'amitié. J'espère que la distance ne nous éloignera pas.

A Ségolène et Cécile, mes amies d'enfance.

A Tonton Vincent bien sûr pour la bonne humeur communicative !

Aux deux J, Janice et Joanna, pour nos soirées « papotage ».

A Anne, Aude, Aurélien, Guillaume, Matthieu H., Matthieu V, Nicolas, Stéphanie, Tiana et Victor pour ces belles années d'externat et pour ce que l'avenir nous réserve.

A Eva pour ton aide précieuse durant cette thèse.

A Léa pour ce trajet en voiture jusqu'à Liège. Une belle rencontre et de beaux échanges.

SERMENT

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS	22
1. INTRODUCTION.....	24
2. CONTEXTE	26
2.1. Prévention primaire : la vaccination anti-HPV	26
2.1.1. Le Gardasil®	26
2.1.2. Le Cervarix®	26
2.1.3. Recommandations.....	27
2.2. Etudes de pharmacovigilance.....	28
2.3. Médias	30
2.4. Expériences étrangères	31
2.4.1. L’Australie	31
2.4.2. Le Danemark.....	31
2.4.3. Le Royaume-Uni	32
2.4.4. La Nouvelle-Zélande	32
2.4.5. Les Etats-Unis	32
2.4.6. La Suède	32
2.4.7. L’Allemagne	32
2.4.8. Le Canada	32
2.5. Plan Cancer 2014-2019.....	33
3. MATERIELS ET METHODES.....	34
3.1. Revue de la littérature.....	34
3.2. Choix de la méthode qualitative	34
3.3. Choix de l’entretien semi-dirigé	35
3.4. Elaboration du guide d’entretien	35
3.5. Population étudiée	36
3.6. Recrutement.....	36
3.7. Conduite des entretiens	36
3.8. Traitement des données.....	37
3.9. Analyse des données	38
4. RESULTATS	39

4.1. Entretiens	39
4.2. Profil des médecins interrogés	39
4.2.1. Sexe et âge des médecins.....	39
4.2.2. Lieu, mode d'exercice et durée d'installation	40
4.2.3. Formations et activité particulière	41
4.2.4. Visiteurs médicaux	42
4.2.5. Nombre de consultations et part du vaccin anti-HPV	42
4.3. Résultats	43
4.3.1. Relation médecin/patient	43
4.3.1.1. Modification de la relation médecin/patient.....	43
4.3.1.2. Changement des mentalités.....	43
4.3.1.3. Communication	44
4.3.2. Nouvelles recommandations vaccinales	46
4.3.2.1. Pratiques des médecins généralistes	46
4.3.2.2. Abaissement de l'âge de la vaccination	46
4.3.2.3. Simplification du schéma vaccinal.....	47
4.3.2.4. Rôle des pédiatres	47
4.3.3. Médias et vaccination anti-HPV	48
4.3.3.1. Rôle des médias.....	48
4.3.3.2. Spécificité d'internet	48
4.3.3.3. Conséquences générales	51
4.3.3.4. Exemple de l'hépatite B.....	52
4.3.4. Défis.....	53
4.3.4.1. Adolescence.....	53
4.3.4.2. Sexualité	55
4.3.4.3. Relation triangulaire	58
4.3.5. Conséquences.....	61
4.3.5.1. Craintes actuelles des patients.....	61
4.3.5.2. Réticences actuelles des médecins généralistes	63
4.3.5.3. Activité chronophage	65
4.3.6. Solutions	66
4.3.6.1. Adhésion du corps médical	66
4.3.6.2. Arguments employés.....	66
4.3.6.3. Relation de confiance	67

5. DISCUSSION	69
5.1. Choix du sujet	69
5.2. Analyse des résultats	69
5.2.1. Abaissement de l'âge de la vaccination	69
5.2.1.1. Age de la vaccination	69
5.2.1.2. Adolescence	70
5.2.1.3. Sexualité	71
5.2.1.4. Relation triangulaire et décision parentale	72
5.2.2. Vaccination anti-HPV et médias	73
5.2.2.1. Influence des médias	73
5.2.2.2. Vaccination contre l'hépatite B	73
5.2.2.3. Rôle positif des médias	74
5.2.3. Réticences actuelles	74
5.2.3.1. Patients	74
5.2.3.2. Médecins	75
5.2.4. Relation médecin/patient et rôle du médecin généraliste	75
6. BIAIS ET LIMITES DE L'ETUDE	77
6.1. Médecins sélectionnés	77
6.2. Entretiens	77
6.3. Analyse et résultats	78
7. CONTEXTE	79
8. CONCLUSION	80
BIBLIOGRAPHIE	81
ANNEXES	91
1. Consolidated criteria for reporting qualitative studies (COREQ): 32-item checklist	91
2. Guide d'entretien	93
3. Entretiens	94

LISTE DES ABREVIATIONS

AMM : Autorisation de mise sur le marché

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

CNAM-TS: Caisse nationale d'Assurance maladie des travailleurs salariés

DOM : Départements d'Outre-mer

DPC : Développement professionnel continu

DTP : Vaccin combiné Diphtérie Tétanos Poliomyélite

DU : Diplôme universitaire

FMC : Formation médicale continue

GGL : Association Gen&Gyn Lor

HAD : Hospitalisation à domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

HCSP : Haut Conseil de Santé Publique

HPV : Human-Papilloma-Virus

INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

InVS : Institut national de veille sanitaire

IST : Infection sexuellement transmissible

MBPU : Mon Bureau Personnel Unaformec

MG : Médecin généraliste

MSPD : Maison de santé pluridisciplinaire

ORL : Oto-rhino-laryngologie

ORS : Observatoire régional de la santé

PACA : Provence-Alpes-Côte d'Azur

PGR : Plan de gestion des risques

PRAC : Comité pour l'évaluation des risques en matière de pharmacovigilance

ROSP : Rémunérations sur objectifs de santé publique

SEP : Sclérose en plaques

UHSA : Unité d'hospitalisation spécialement aménagée

1. INTRODUCTION

En France, le cancer invasif du col de l'utérus est le 11^{ème} cancer le plus fréquent chez la femme avec 3028 nouveaux cas par an. Il se place au 12^{ème} rang des décès par cancer chez la femme avec 1102 décès en 2012. L'incidence et la mortalité de cette affection ne cessent de diminuer depuis 1980, avec toutefois une baisse moindre depuis 2000. (1) L'âge moyen au moment du diagnostic est de 51 ans. Le pic d'incidence est à 40 ans et le pic de mortalité se situe autour de 50 ans. (2)

Le lien entre une infection aux papillomavirus dits à haut risque oncogène et le cancer du col utérin est bien établi, puisqu'ils sont responsables de 99,7% des cas. (3) L'évolution lente de cette affection permet la mise en place d'un moyen de dépistage, le frottis cervical.

La HAS préconise un frottis cervical tous les 3 ans après 2 frottis normaux à un an d'intervalle chez les femmes âgées de 25 à 65 ans. (4) Ce dépistage des lésions précancéreuses du col a permis de diminuer très nettement l'incidence et le taux de mortalité de ce cancer.

Cependant, le taux de couverture du frottis cervical n'est pas optimal en France. Dans une analyse réalisée par la HAS en 2010 à partir des données issues de l'échantillon général des bénéficiaires de l'assurance maladie, 56,6% des femmes de 25 à 65 ans n'auraient pas bénéficié de frottis cervical entre 2006 et 2008 (France métropolitaine et DOM). (5) Ce chiffre stagne depuis plusieurs années avec, par ailleurs, de fortes disparités géographiques et économiques. De plus, la sensibilité de ce dépistage est faible, estimée à 58% dans la méta-analyse de Fahey et al. (6) sur une base de 62 études. Cette faible sensibilité impose la répétition régulière du frottis.

Depuis 2006, il existe un moyen de prévention primaire du cancer du col de l'utérus grâce à un vaccin dirigé contre les oncogènes 6, 11, 16 et 18 du papillomavirus. Il s'agit du Gardasil®, développé par le laboratoire Merck et commercialisé en France par le laboratoire Sanofi Pasteur-MSD, vaccin ayant eu l'AMM le 20 septembre 2006. Il est suivi en 2007 par un second vaccin dirigé contre les oncogènes 16 et 18 : le Cervarix® de GlaxoSmithKline, ayant eu l'AMM le 20 septembre 2007. (5)

Le 09 mars 2007, les premières recommandations du Conseil supérieur d'hygiène publique de France proposaient une vaccination des jeunes filles de 14 ans, avec un rattrapage entre 15 et 23 ans pour des patientes qui n'auraient pas eu de rapports sexuels, ou au plus tard dans l'année suivant le début de la vie sexuelle. (7)

Les taux de couverture vaccinale au 31 décembre 2011, calculés sur l'échantillon généraliste des bénéficiaires (CNAM-TS/InVS) pour les jeunes filles nées en 1994 (17 ans), 1995 (16 ans), 1996 (15 ans) étaient pour trois doses de vaccin respectivement de 39 %, 31,2 % et 20,2 %. (8)

Plusieurs essais cliniques ont montré une non-infériorité de la réponse immunitaire chez des jeunes filles de moins de 15 ans n'ayant reçu que deux doses vaccinales à 0 et 6 mois par

rapport au schéma comprenant trois doses. Ces études concernaient les deux vaccins existants. (9,10)

De plus, les pratiques en matière de sexualité ont évolué. L'étude réalisée en 2010 sur la santé des collégiens en France montrait que 3,7% des jeunes filles interrogées déclaraient avoir eu des rapports sexuels avant l'âge de 13 ans et 14,1% avant 15 ans contre 1,6% avant l'âge de 14 ans et 6,3% avant 15 ans dans l'enquête baromètre santé de l'INPES en 2005. (11,12)

Ainsi, la constatation d'une mauvaise couverture vaccinale, l'évolution des connaissances concernant l'immunogénicité chez les jeunes filles de moins de 15 ans, l'évolution des pratiques en matière de sexualité ainsi qu'une co-administration possible avec un vaccin de rappel de type DTP-coqueluche ou hépatite B ont amené à de nouvelles recommandations.

Le HCSP propose depuis le 28 septembre 2012 l'abaissement de l'âge de la vaccination aux jeunes filles de 11 à 14 ans, avec un rattrapage pour les jeunes filles de 15 à 19 ans révolus qui ne seraient pas encore vaccinées. (11) La possibilité d'une administration des vaccins en deux doses espacées de six mois chez les jeunes filles jusqu'à 14 ans révolus pour le vaccin bivalent et 13 ans révolus pour le vaccin quadrivalent a été autorisée par le HCSP en février et mars 2014. (13,14)

Cette vaccination fait l'objet d'une surveillance accrue par les autorités de santé et les nombreuses études de pharmacovigilance sont toutes rassurantes. Pourtant, la commercialisation de ces vaccins a soulevé, comme pour de nombreux médicaments, des questions concernant le risque d'effet indésirable grave à type de maladie auto-immune au décours de cette vaccination. De plus, de nombreuses affaires judiciaires ont été médiatisées dans des journaux largement consultés.

C'est dans ce climat que les professionnels de santé sont amenés à initier un dialogue autour de cette vaccination. Le médecin généraliste est un interlocuteur privilégié lorsqu'il s'agit d'aborder les questions autour de la prévention, notamment à l'adolescence avec les thèmes de la sexualité et des infections sexuellement transmissibles (IST).

Ce travail de thèse a pour objectif de recueillir et d'analyser l'influence des médias et des nouvelles recommandations, concernant la vaccination anti-HPV, sur la pratique des médecins généralistes.

Après une présentation du contexte général, la méthode employée au cours de cette étude sera détaillée. Enfin, les résultats seront présentés et discutés.

2. CONTEXTE

2.1. Prévention primaire : la vaccination anti-HPV

Il existe actuellement deux vaccins dirigés contre le papillomavirus : le Gardasil® et le Cervarix®. Ils se présentent sous la forme d'une seringue pré-remplie de 0.5mL, se conservent au réfrigérateur entre +2°C et +8°C et ne doivent pas être congelés. (2). L'administration se fait par voie intramusculaire dans le deltoïde ou la région antérolatérale supérieure de la cuisse.

2.1.1. Le Gardasil®

Le Gardasil®, développé par le laboratoire Merck et commercialisé et distribué en Europe par le laboratoire Sanofi-Pasteur MSD, est un vaccin quadrivalent dirigé contre les HPV 6, 11, 16 et 18.

Il est indiqué à partir de 9 ans pour « la prévention des lésions génitales précancéreuses (du col de l'utérus, de la vulve et du vagin), des lésions anales précancéreuses, du cancer du col de l'utérus et du cancer anal dus à certains types oncogènes de Papillomavirus Humains, et des verrues génitales (condylomes acuminés) dues à des types HPV spécifiques. » (15)

Il s'agit d'un vaccin recombinant constitué de protéines L1, sous la forme de pseudo-particules virales produites sur des cellules de levure. Ce vaccin est adsorbé sur sulfate d'hydroxyphosphate d'aluminium amorphe comme adjuvant. (15) Les contre-indications sont l'hypersensibilité aux substances actives ou à l'un des excipients du vaccin et l'hypersensibilité après une administration antérieure d'une dose de Gardasil®. L'administration doit être différée en cas de maladie fébrile aiguë sévère. (15)

Ce vaccin a obtenu une AMM le 20 septembre 2006 et est remboursé à 65% par la Sécurité Sociale depuis le 11 juillet 2007.

2.1.2. Le Cervarix®

Le Cervarix®, développé par le laboratoire Glaxo-Smith-Kline, est un vaccin bivalent dirigé contre les sérotypes 16 et 18.

Il s'agit d'un vaccin agissant « pour la prévention des lésions génitales précancéreuses (du col de l'utérus, de la vulve et du vagin) et du cancer du col de l'utérus dus à certains types oncogènes de Papillomavirus Humains à partir de l'âge de 9 ans. » (16)

Il s'agit d'un vaccin constitué de protéines L1, sous la forme de pseudo-particules virales non infectieuses. Il est adsorbé sur hydroxyde d'aluminium hydraté. (16) Les contre-indications sont l'hypersensibilité aux substances actives du vaccin ou à l'un des excipients. L'administration doit être différée en cas de maladie aiguë fébrile sévère. (16)

Il a été mis sur le marché le 20 septembre 2007 et est remboursé à 65% par la Sécurité Sociale depuis le 8 juillet 2008.

2.1.3. Recommandations

Initialement, la vaccination était recommandée pour les jeunes filles de 14 ans avec un rattrapage entre 15 et 23 ans pour des patientes qui n'auraient pas eu de rapports sexuels, ou au plus tard dans l'année suivant le début de la vie sexuelle. (7) Le schéma vaccinal comprenait 3 injections à 0, 1 et 6 mois pour le vaccin bivalent et 0, 2 et 6 mois pour le vaccin quadrivalent. Cette vaccination a été intégrée au calendrier vaccinal de 2008.

En décembre 2010, le HCSP affirme que les vaccins quadrivalent et bivalent sont équivalents en matière de protection contre les lésions précancéreuses du col de l'utérus. (17)

Le HCSP propose le 28 septembre 2012 l'abaissement de l'âge de la vaccination aux jeunes filles de 11 à 14 ans avec un rattrapage pour les jeunes filles de 15 à 19 ans révolus. (11) Cette vaccination n'est plus sous-tendue par l'âge de début des rapports sexuels, même si le vaccin est d'autant plus efficace qu'il est réalisé avant la contamination par les papillomavirus. La politique de rattrapage jusqu'à l'âge de 19 ans est justifiée par le fait que l'autorité parentale n'est plus obligatoire après 18 ans.

Le vaccin bivalent a obtenu une modification d'AMM en décembre 2013, permettant l'administration du vaccin en deux doses espacées de six mois pour les jeunes filles âgées de 9 à 14 ans révolus. (13)

En effet, l'étude d'immunogénicité randomisée multicentrique en simple aveugle (essai de non-infériorité) de Romanowski et al, réalisé en 2011 a montré que la réponse immunitaire après deux doses vaccinales espacées de 6 mois du vaccin bivalent chez des jeunes filles âgées de 9 à 14 ans a été non inférieure à la réponse immunitaire après trois doses chez des patientes âgées de 15 à 25 ans. L'évolution des titres d'anticorps sur 24 mois était similaire dans les deux groupes. (10)

Dans l'essai clinique de Dobson et al, en 2013, la réponse immunitaire des jeunes filles âgées de 9 à 13 ans après deux doses de Gardasil® à 0 et 6 mois a été non inférieure à la réponse immunitaire des patientes âgées de 16 à 26 ans ayant reçu trois doses du vaccin quadrivalent. (9)

Celui-ci a obtenu une modification d'AMM en février 2014, autorisant l'administration du vaccin en deux doses espacées de six mois pour les jeunes filles âgées de 9 à 13 ans révolus. (14)

Depuis février et mars 2014, le HCSP a modifié les recommandations vaccinales selon les modalités suivantes :

- vaccin bivalent (Cervarix®) : deux doses espacées de 6 mois entre 11 et 14 ans révolus, et trois doses entre 15 et 19 ans révolus, administrées selon un schéma 0, 1 et 6 mois.

Pour les patientes, âgées de 11 à 14 ans révolus, ayant déjà reçu deux doses de ce vaccin dans un délai inférieur à cinq mois, une dernière injection doit être réalisée cinq mois après la deuxième. Si les deux premières doses ont été administrées dans un délai supérieur ou égal à cinq mois, la jeune fille est considérée comme vaccinée. (13)

- vaccin quadrivalent (Gardasil®) : deux doses espacées de 6 mois entre 11 et 13 ans révolus, et trois doses entre 14 et 19 ans révolus, administrées selon un schéma 0, 2 et 6 mois.

Pour les jeunes filles âgées de 11 à 13 ans révolus ayant déjà reçu deux doses dans un intervalle de moins de six mois, une troisième injection doit être programmée. (14)

Ainsi, une administration conjointe avec le rappel diphtérie-tétanos-poliomyélite, prévu entre 11 et 13 ans ou avec un vaccin contre l'hépatite B, en cas de rattrapage nécessaire, est envisageable. La protection contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite est non inférieure lors d'une vaccination conjointe DTP et HPV par rapport à une vaccination par le rappel du DTP isolée. (18)

Toute vaccination initiée avec l'un des deux vaccins doit être menée à terme avec le même vaccin. La nécessité d'une dose de rappel n'a pas été établie. Il s'agit d'une protection partielle qui ne dispense pas du dépistage par frottis cervical selon les recommandations.

2.2. Etudes de pharmacovigilance

La couverture vaccinale en France reste faible, inférieure à 30%, en raison principalement de la crainte des effets secondaires. Pourtant l'efficacité et la sûreté du vaccin font l'objet d'une surveillance accrue par les autorités de santé.

En effet, cette vaccination bénéficie d'un suivi national renforcé de pharmacovigilance dans le cadre d'un plan de gestion des risques (PGR) national, mené par l'ANSM, qui complète un PGR européen.

- Le PGR européen comporte :
 - Des études portant sur la sécurité chez les femmes vaccinées (à partir des bases de données de la Kaiser Permanente aux USA) avec évaluation des effets indésirables à court terme, surveillance de l'incidence de 16 maladies auto-immunes et surveillance des grossesses. (19,20)

Après administration d'au moins une dose vaccinale chez 190 000 femmes, dont 2 678 potentiellement exposées pendant la grossesse, les résultats ne remettent pas en cause le profil de sécurité du médicament. (décembre 2010)

- Une étude de phase III/IV, réalisée en Finlande auprès de 32 000 sujets féminins et masculins, âgés de 12 à 15 ans. Près de la moitié des sujets a été exposée au vaccin bivalent, le comparateur étant le vaccin contre l'hépatite B. L'objectif de cette étude est le suivi des éventuelles maladies auto-immunes jusqu'à l'âge de 19 ans.

Après obtention de résultats intermédiaires, aucun signal n'a été observé au niveau de la survenue de maladies auto-immunes dans le bras Cervarix® (15 000 sujets) en comparaison avec le groupe contrôle (17 000 sujets). (octobre 2012)

- Un registre de suivi des grossesses, mis en place aux Etats-Unis, au Canada et en France afin de «décrire et analyser le profil de sécurité d'emploi du vaccin

quadrivalent chez les femmes exposées par inadvertance dans le mois précédant la conception et à tout moment de la grossesse ». (21)

Plus de 1 700 grossesses ont été suivies et aucun point d'appel n'a été signalé. (décembre 2012)

- Un registre de suivi des grossesses, mis en place aux Etats-Unis et au Royaume-Uni, afin de « mieux décrire et d'analyser le profil de sécurité d'emploi du vaccin chez les femmes exposées à Cervarix® dans les 60 jours précédant la conception et à tout moment de la grossesse. »

Les résultats intermédiaires ne montrent aucun signal sur les issues de la grossesse. Le taux d'avortement spontané est dans la fourchette du taux rapporté dans la littérature.

- Une étude « Impact du vaccin en population », menée en Norvège, en Suède, au Danemark et en Islande dont l'objectif est de décrire les risques en cas d'exposition pendant la grossesse.

Les résultats intermédiaires à 5 ans ne remettent pas en cause le profil de sécurité du médicament. (décembre 2012)

- Des études d'extension d'essais cliniques permettant d'évaluer la sécurité à long terme des sujets ayant reçu le vaccin quadrivalent. (22)

Le profil de sécurité du produit n'est pas remis en cause après obtention de résultats intermédiaires huit ans après la vaccination.

- Des études cas-témoins menées en France à partir du système PGRx dont l'objectif est d'évaluer une éventuelle association entre le vaccin quadrivalent et la survenue de pathologies auto-immunes. (23)

Aucune association n'est retrouvée entre la vaccination par Gardasil® et la survenue de maladies auto-immunes. (avril 2014)

- Une étude observationnelle de cohorte dont l'objectif est de comparer le risque de maladies auto-immunes chez des adolescentes et jeunes femmes âgées de 9 à 25 ans vaccinées ou non par le vaccin bivalent au Royaume-Uni, à partir des données de la base CPRD (Clinical Practice Research Datalink) - GOLD. L'étude est en cours.

▪ Le PGR français comporte :

- Un suivi national, confié au centre de pharmacovigilance de Bordeaux, sur les effets indésirables recueillis par le réseau de centre de pharmacovigilance et le laboratoire Sanofi Pasteur.
- Un suivi du registre national des grossesses, mené par le centre de pharmacovigilance de Lyon.
- Une étude de surveillance de l'incidence de maladies auto-immunes sur l'ensemble de la population cible affiliée au régime général de l'assurance maladie, menée par l'ANSM et la CNAM-TS. (2014)

- La mise en place, par l'ANSM, d'un groupe national référent composé d'experts, chargé notamment d'analyser la survenue d'éventuels cas de pathologies auto-immunes.

En novembre 2013, l'ANSM confirme que les données de la littérature internationale et française ne retrouvent pas d'augmentation de l'incidence des maladies auto-immunes, et notamment de sclérose en plaques, après une vaccination par Gardasil®. (24)

En avril 2014, l'ANSM publie un point d'information concernant la vaccination contre les papillomavirus de type Gardasil®. Ces données ne remettent pas en cause le rapport bénéfice/risque favorable de ce produit. Ils renforcent les résultats obtenus en 2008, 2009 et 2011. (25)

Depuis la commercialisation en France du vaccin quadrivalent et jusqu'au 20 septembre 2013, 5,5 millions de doses ont été distribuées. 2 092 notifications d'effets indésirables médicalement confirmées, dont 503 graves ont été recueillies et analysées. La majorité (76%) correspond à des cas non graves et le nombre de manifestations auto-immunes reste faible par rapport à la population exposée (127 cas en France dont 17 cas de SEP). (25)

Depuis la commercialisation en France du vaccin bivalent et jusqu'au 30 septembre 2013, 63 notifications d'effets indésirables ont été rapportées dont 24 graves, soit 38%. (ANSM, séance du 18/02/2014)

En avril 2014, le PRAC a conclu qu'aucun lien de causalité ne pouvait être établi entre la vaccination anti-HPV et la survenue d'un syndrome régional douloureux complexe. (26) Le point d'information de juillet 2015 confirme ces résultats et exclut également un lien entre les vaccins anti-HPV et le syndrome de tachycardie posturale orthostatique. (27)

Par ailleurs, plusieurs essais cliniques randomisés n'ont pas montré de différence significative en termes d'effets indésirables graves, de maladies auto-immunes et de décès avec le vaccin quadrivalent. (23,28) La dernière étude, réalisée par Nikolai Madrid Scheller et al. et publiée dans le JAMA en 2015, confirme qu'il n'existe pas de sur-risque de sclérose en plaques ou autres maladies démyélinisantes après une vaccination anti-HPV. (29)

2.3. Médias

Les réactions retrouvées dans les médias français contrastent avec ces nombreuses études de pharmacovigilance. En effet, les articles publiés dans des médias largement consultés sont plutôt en défaveur de cette vaccination.

Ainsi dans l'article « Inquiétudes sur les vaccins contre le cancer du col de l'utérus » tiré du journal *Le Point* publié le 02/04/2014, on apprend que « 25 plaintes vont être déposées au pénal d'ici à la fin du mois contre le laboratoire Sanofi Pasteur MSD », fabricant du vaccin Gardasil®. De plus les journalistes précisent que « Selon le point fait en novembre par l'Agence du médicament ANSM, 435 cas d'effets indésirables graves, dont 135 maladies auto-immunes incluant 15 cas de SEP, ont été notifiés en France sur 5 millions de doses de Gardasil® injectées depuis 2006. » (30)

Le journal *Le Monde* publie le 24/11/2013 un article intitulé « Des experts font le lien entre Gardasil® et sclérose en plaques ». On y apprend que les experts de la Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation (CRCI) reconnaissent l'existence d'un lien entre la vaccination contre le HPV (Gardasil®) et la SEP développée par Marie-Océane Bourguignon. (31)

On y lit que sur la base de ce rapport, l'avocat de cette jeune femme a donc porté plainte contre le laboratoire Sanofi Pasteur MSD et l'Agence nationale de sécurité du médicament pour « violation d'une obligation manifeste de sécurité et méconnaissance des principes de précaution et de prévention ». De plus, l'article précise que le laboratoire n'a évoqué « aucun risque inflammatoire pour le système nerveux central alors que ce risque est scientifiquement établi ».

L'affaire « Marie-Océane Bourguignon » est également évoquée dans un article du journal *Libération* du 25/11/2013 intitulé « Gardasil®, un vaccin suspect sous haute surveillance ». (32)

La réaction des médias français semble isolée et renforce l'idée d'une polémique franco-française.

2.4. Expériences étrangères

2.4.1. L'Australie

En avril 2007, l'Australie est devenue le premier pays à introduire un programme national de vaccination anti-HPV en milieu scolaire, pour les jeunes filles de 12 à 13 ans. L'étude de Tabrizi et al, en 2012, a montré que la prévalence des oncogènes 6, 11, 16 et 18 était significativement plus basse chez les jeunes filles de 18 à 24 ans qui avaient bénéficié de la vaccination anti-HPV. (33) De plus, la vaccination des jeunes filles en milieu scolaire par le vaccin quadrivalent, avec une couverture vaccinale autour de 80%, a été associée à une baisse de l'incidence des condylomes chez les jeunes femmes de moins de 21 ans (réduction de 93%). La proportion d'hommes hétérosexuels âgés de moins de 21 ans et atteints de condylomes a également chuté de plus de 80%. Ces données suggèrent l'existence d'une immunité de groupe. (34–36)

La vaccination masculine est possible depuis janvier 2013 pour les garçons âgés de 12 à 13 ans, avec un rattrapage entre 14 et 15 ans depuis 2014.

2.4.2. Le Danemark

Au Danemark, la vaccination est proposée chez les jeunes filles âgées de 12 ans depuis 2008. L'étude de Baandrup et al. confirme que la mise en place d'un programme national de vaccination a permis une diminution nette de l'incidence des condylomes chez les jeunes femmes, grâce à un taux de couverture vaccinale supérieur à 80%. (37) L'étude de Sando et al. suggère également l'existence d'une immunité de groupe. (38)

2.4.3. Le Royaume-Uni

Au Royaume-Uni, la couverture vaccinale est de 80% grâce à la mise en place d'un programme organisé en milieu scolaire en 2008 pour les jeunes filles de 12 ans avec un rattrapage entre 13 et 17 ans. La prévalence des oncogènes HPV a baissé de 67% chez les jeunes filles de 16 à 18 ans. (39)

2.4.4. La Nouvelle-Zélande

Un programme national de vaccination anti-HPV en milieu scolaire, avec le vaccin quadrivalent, a débuté en septembre 2008 en Nouvelle-Zélande. Le taux de couverture vaccinale reste faible à 47% selon Blakely et al. (40) L'incidence des condylomes chez les jeunes femmes de moins de 20 ans est passée de 13,7% en 2007 à 5,1% en 2010. (41)

2.4.5. Les Etats-Unis

La vaccination anti-HPV est indiquée chez les jeunes filles de 11 à 12 ans depuis 2006 ainsi que chez les garçons du même âge depuis 2011, avec un rattrapage pour les deux sexes entre 13 et 21 ans. Le taux de couverture vaccinale reste faible, de l'ordre de 32% pour les jeunes filles âgées de 13 à 17 ans. (42)

L'étude de Markowitz et al. a montré une baisse de 56% de la prévalence des oncogènes HPV 6, 11, 16 et 18 chez les jeunes filles de 14 à 19 ans. (pour les périodes 2003-2006 et 2007-2010). (42) De plus, l'incidence des condylomes a diminué de 35% pour les jeunes filles de moins de 21 ans entre 2007 et 2010. Cette baisse a également été constatée chez les hommes de moins de 21 ans et chez des sujets âgés de 21 à 25 ans quel que soit le sexe. (43)

2.4.6. La Suède

L'étude de Leval et al. a montré une décroissance de 25% de l'incidence des condylomes chez les jeunes filles, après la commercialisation du vaccin quadrivalent en Suède. La couverture vaccinale des jeunes filles de 13 à 20 ans, pour au moins une dose vaccinale, était de 25% en août 2011. (44)

Un programme national de vaccination scolaire a été mis en place pour les jeunes filles de 11 à 12 ans depuis janvier 2010.

2.4.7. L'Allemagne

En Allemagne, la vaccination anti-HPV est recommandée et remboursée depuis mars 2007 pour les jeunes filles de 12 à 17 ans. Un an après, la couverture vaccinale dans la tranche d'âge recommandée et pour au moins une dose vaccinale est de l'ordre de 32%. (45)

2.4.8. Le Canada

Le Canada, en abaissant l'âge de la vaccination de 11 à 9 ans, a favorisé la mise en place d'un programme scolaire et ainsi a permis d'atteindre une couverture vaccinale proche de 75%. (46) L'étude de Mahmud et al, en 2014, rappelle l'importance d'une vaccination précoce avant toute exposition aux papillomavirus. (47) La vaccination masculine est préconisée depuis janvier 2012, pour les garçons de 9 à 26 ans. (vaccin quadrivalent)

2.5. Plan Cancer 2014-2019

Le Plan cancer 2014-2019 (48) présente de nouveaux objectifs en ce qui concerne le dépistage du cancer invasif du col de l'utérus. Un programme national de dépistage organisé, déjà testé dans treize départements, sera étendu afin de réduire les inégalités d'accès et de recours à ce dépistage. Son objectif est de faire baisser l'incidence et le nombre de décès de 30% à 10 ans.

En effet, l'accessibilité du dépistage aux populations les plus défavorisées doit rester un enjeu majeur car cette affection est le reflet de fortes inégalités sociales. De nombreux travaux mettent en évidence des disparités socioéconomiques. (49,50) Une étude française rétrospective de 2006 confirme que 2/3 des cancers du col utérin surviennent chez des femmes qui n'ont jamais eu de frottis cervical ou qui en ont bénéficié à intervalles toujours supérieurs à trois ans. (51)

De plus, le programme souhaite renforcer l'accès à la vaccination en expérimentant l'acceptation d'une vaccination en milieu scolaire. Cette mesure a pour objectif d'atteindre une couverture vaccinale de 60%.

Le rôle du médecin généraliste est renforcé pour chaque étape du dépistage. Il prévoit notamment d'introduire dans les rémunérations sur objectifs de santé publique (ROSP) un indicateur de progrès de la vaccination anti-HPV, en complément de l'indicateur existant pour le frottis du col de l'utérus.

Ces nouvelles mesures ont pour but d'améliorer le dépistage du cancer du col utérin et d'offrir une véritable immunité de groupe.

3. MATERIELS ET METHODES

3.1. Revue de la littérature

Plusieurs sources ont été consultées afin de réaliser une recherche bibliographique:

- le catalogue du Système Universitaire de Documentation (SUDOC) ;
- le moteur de recherche de données bibliographiques PUBMED
- le Catalogue et Index des Sites Médicaux de langue Française (CISMeF) ;
- le catalogue de la Banque de Données de Santé Publique (BDSP) ;
- la revue Pédagogie Médicale ;
- la revue Exercer ;
- la revue du Praticien Médecine Générale ;
- la revue du Praticien ;
- le méta moteur Google Scholar ;
- le moteur de recherche généraliste Google

Nous avons dressé une liste de mots-clés qui s'est modifiée au fur et à mesure de nos recherches, en anglais : *[general practice]*, *[family practice]*, *[human papillomavirus infection]*, *[human papillomavirus vaccination]*, *[parental acceptance]* ; ou en français : *[médecine générale]*, *[médecine préventive]*, *[vaccination anti-papillomavirus]*, *[cancer du col de l'utérus]*, *[prévention]* selon les sources consultées.

Puis la collecte des articles les plus pertinents a été complétée en utilisant les bibliographies citées dans des articles intéressants ou dans des thèses portant sur un sujet similaire.

3.2. Choix de la méthode qualitative

Le choix d'une méthode qualitative n'a pas été immédiat. En effet, nous avons initialement constitué un questionnaire dans le but d'interroger un nombre important de médecins généralistes par voie électronique ou postale. Après discussion avec notre directrice de thèse et après avoir assisté aux ateliers thèse-mémoire, nous nous sommes tournés vers la méthode qualitative qui était plus à même de répondre à notre question de recherche.

En effet, la recherche qualitative est particulièrement appropriée lorsque les facteurs observés sont subjectifs. Elle ne cherche pas à mesurer ou à quantifier mais à explorer des phénomènes sociaux. Elle consiste, le plus souvent à recueillir des données verbales permettant une démarche inductive. (52)

Ainsi la recherche qualitative permet de répondre aux questions « pourquoi ? » ou « comment ? » et s'intéresse particulièrement aux déterminants des comportements des acteurs plutôt

qu'aux déterminants des maladies. Elle contribue à une meilleure compréhension du fonctionnement des sujets et des interactions entre eux. (52)

La méthode qualitative ne s'oppose pas à la méthode quantitative car elle n'explore pas les mêmes champs de la connaissance. Les deux types de méthodes sont complémentaires et peuvent se succéder dans un même programme de recherche. (52)

Afin de respecter au mieux la méthodologie, les critères d'évaluation de la « scientificité » de la recherche qualitative COREQ ont été étudiés. (53) (cf. annexe 1)

3.3. Choix de l'entretien semi-dirigé

Il existe plusieurs techniques en recherche qualitative : la recherche documentaire, l'observation, l'entretien et le questionnaire. (54)

L'entretien nous semblait être la méthode la plus appropriée.

En effet, il permet d'enrichir la compréhension d'irrégularités, de contradictions ou de phénomènes inexpliqués par les méthodes quantitatives. (54) Il va permettre de provoquer le discours dans un contexte défini. (55)

Enfin, la technique de l'interview permet d'étudier « les sentiments, les préférences, les représentations ou les actions des gens ». (56)

Ensuite, le choix s'est tourné vers la réalisation d'entretiens individuels ou de focus groups. Les focus groups ont l'avantage d'être dynamiques et interactifs, obligeant chaque participant à préciser ses réponses. (52)

Cependant, les entretiens de groupes, dit focus groups, sont de réalisation plus difficile car ils nécessitent de réunir l'ensemble des participants le même jour. Les entretiens semi-dirigés sont plus chronophages mais permettent d'aborder des thèmes plus délicats.

Ainsi, le choix de la réalisation d'entretiens semi-directifs semblait le plus judicieux.

3.4. Elaboration du guide d'entretien

A partir du questionnaire initialement constitué, nous avons établi un ensemble de questions ouvertes pour aborder le thème de la vaccination anti-HPV, il s'agit du guide d'entretien. Il a pour objectif de structurer l'interview et a été enrichi au fur et à mesure de la conduite des entretiens semi-directifs. Une revue de la littérature a été réalisée pour nous aider dans cette démarche.

Ainsi, notre guide d'entretien permettait d'aborder 3 grands axes : (cf. annexe 2)

- La vaccination en général ;
- La vaccination anti-HPV ;
- Les défis pour les médecins généralistes ;

1. Les nouvelles recommandations (abaissement de l'âge et modification du schéma vaccinal)
2. L'influence des médias

3.5. Population étudiée

Cette étude qualitative a été menée grâce à la conduite d'entretiens individuels semi-directifs auprès de médecins généralistes en Moselle et Meurthe-et-Moselle.

Dans une étude qualitative, la taille de l'échantillon importe peu. En effet, l'hypothèse implicite réside dans le fait qu'« un individu peut condenser une grande partie du sens d'un phénomène social. » La méthode de l'entretien part du principe que « le tout social serait inclus en chaque individu » (57)

Ce n'est pas un échantillon représentatif quantitativement mais qualitativement qui est important, la représentativité statistique n'est habituellement pas recherchée. Les informations issues des entretiens sont validées par le contexte. Ainsi, une seule information donnée peut avoir un poids équivalent à une information répétée de nombreuses fois dans des questionnaires. (54)

Dans une étude qualitative, la population à étudier est largement échantillonnée afin d'explorer la plus grande diversité possible du thème étudié. (52)

Ainsi, le mode de constitution de l'échantillon est fonction des objectifs de recherche et l'explication de cas aberrants ou atypiques améliore la qualité de l'étude.

3.6. Recrutement

Le recrutement des médecins a été réalisé en utilisant le fichier des membres de l'association Gen&Gyn Lor (GGL) qui promeut une formation complémentaire de gynécologie en soins primaires. Ensuite, pour compléter notre échantillon, des médecins ont été sélectionnés de manière aléatoire en consultant les Pages Jaunes de l'annuaire téléphonique.

Les médecins généralistes ont été contactés par téléphone afin de leur présenter le sujet de thèse. Les conditions de réalisation des entretiens ont été exposées avec notamment la nécessité d'un enregistrement par dictaphone. L'anonymat a été assuré.

Un échantillonnage a été réalisé afin d'obtenir une variation maximale concernant le sexe, l'âge, le lieu et le mode d'exercice.

3.7. Conduite des entretiens

Chaque entretien a été conduit par l'auteur de cette thèse au cabinet des médecins généralistes pour la grande majorité. Seul un médecin a été rencontré à son domicile. L'un des médecins était accompagné d'un interne.

Un dictaphone a été utilisé pour l'enregistrement de l'entretien, après accord du médecin interrogé. Celui-ci permet une attitude plus empathique de la part de l'intervieweur puisque celui-ci est libéré de la prise de notes. L'écoute est de meilleure qualité. (58)

Le début de l'entretien consistait à bâtir le profil de chaque médecin à l'aide de questions fermées. Cette manœuvre permettait également de mettre à l'aise le médecin interrogé. En effet, il est conseillé de débiter un entretien semi-dirigé par une question générale pour que le médecin se détende et oublie le dictaphone. (59)

Puis le sujet a été exposé d'une manière générale, sans dévoiler les éléments du guide d'entretien afin de ne pas orienter les réponses du médecin et de recueillir un discours spontané.

L'ordre du guide d'entretien n'a pas toujours été respecté mais l'ensemble des questions a été abordé. Ainsi nous avons laissé parler librement chaque médecin, en recentrant sur le sujet si nécessaire.

Des éléments de relance ont été utilisés pour encourager l'interviewé à poursuivre. Il existe deux types de relance : soit en reprenant les propos du médecin pour s'assurer de l'exhaustivité des données, soit en reformulant les réponses pour valider ce qui a été dit. (58)

Dans ce cas, il est important de ne pas interpréter les propos du médecin interrogé afin de ne pas suggérer de nouvelles réponses. Il faut veiller à une reformulation objective. (59)

Certains éléments ont été évoqués après interruption de l'enregistrement, ils ont été notés en fin d'entretien et ont donc pu être analysés. Il ne s'agit pas d'une retranscription exacte des propos des médecins.

Lorsque les entretiens n'apportent plus d'élément nouveau, le recueil des données s'arrête. Il s'agit de la saturation. (52) L'atteinte de la saturation a été vérifiée à l'aide de deux derniers entretiens.

Onze entretiens ont été réalisés. Trois médecins ont décliné en raison d'un manque de temps. Un médecin a dû reporter un rendez-vous, il n'a pas été recontacté par la suite en raison d'un nombre suffisant d'entretiens.

3.8. Traitement des données

Chaque entretien a été scrupuleusement retranscrit, de manière littérale et avec prise en compte du non verbal, comme les hésitations, les rires ou les soupirs. Toutes les données ont été rendues anonymes et chaque entretien a été détruit après la retranscription. Ainsi, certains éléments qui auraient pu permettre d'identifier le médecin ont été omis et remplacés par des points de suspension. Les interruptions (coup de téléphone, frappe à la porte) ont été précisées.

3.9. Analyse des données

L'analyse du discours a été conduite grâce à cinq étapes essentielles : la familiarisation des données à la lumière de la question de recherche, l'élaboration d'un cadre thématique, l'indexage des données, la réalisation d'une cartographie et enfin l'interprétation. (60)

Cette démarche doit être reproductible, c'est-à-dire que les conclusions doivent être similaires quelle que soit la personne qui les fait. L'analyse est un processus évolutif et continu dès le premier entretien.

La méthode utilisée est celle de l'analyse thématique qui « défait la singularité du discours et découpe transversalement ce qui, d'un entretien à l'autre, se réfère au même thème ». (54)

Cela consiste en un codage axial du verbatim qui correspond au corpus de données, c'est-à-dire à l'ensemble des entretiens. Chaque citation est classée dans une catégorie en fonction de l'idée véhiculée. Une citation peut contenir plusieurs idées et ainsi être classée dans plusieurs catégories. Ces catégories sont ensuite regroupées dans des thèmes plus généraux. Il s'agit, en fait, d'une démarche interprétative avec découpage phrase par phrase et mot par mot des entretiens afin d'isoler des thèmes principaux.

Le codage a été réalisé au fur et à mesure de la conduite des entretiens pour adapter le guide élaboré.

L'analyse a été réalisée dans un premier temps de manière manuelle par l'auteur de cette thèse, à l'aide d'un code couleur. Quatre entretiens ont également été étudiés de cette manière par un deuxième chercheur, interne en médecine générale. L'analyse a ensuite été approfondie dans un deuxième temps à l'aide de logiciels spécialisés. Iramuteq, a été utilisé pour une première approche, il présentait l'avantage d'être d'utilisation simple et rapide et son téléchargement était gratuit, puis le travail a été approfondi à l'aide du logiciel Nvivo.

La validité interne par triangulation des sources et des méthodes n'a pas pu être respectée. Cette méthode permet de vérifier que les données recueillies correspondent bien à la réalité. Il s'agit de comparer les résultats obtenus à partir d'au moins deux techniques de recueil (ex : observations et entretiens) ou d'au moins deux sources de données (ex : médecins généralistes et parents). (52) Dans ce travail, seuls des entretiens semi-dirigés avec des médecins ont été menés.

La validité externe ou transférabilité est la possibilité de généraliser les résultats obtenus à d'autres contextes. (52) L'échantillon utilisé doit être ciblé et représentatif de la population. Une des manières d'y parvenir est d'atteindre, comme dans ce travail, la saturation des données.

Des citations représentatives ont été sélectionnées afin d'illustrer les résultats présentés.

4. RESULTATS

4.1. Entretiens

Onze entretiens semi-directifs ont été réalisés sur la période du 19/01/2015 au 27/03/2015. Ils duraient entre 13'59 et 34'23. La durée moyenne était de 20'38.

4.2. Profil des médecins interrogés

4.2.1. Sexe et âge des médecins

Six femmes et cinq hommes constituaient l'échantillon, âgés de 35 à 63 ans.

<i>Entretiens</i>	<i>Sexe</i>	<i>Age</i>
<i>E1</i>	<i>M</i>	<i>52</i>
<i>E2</i>	<i>M</i>	<i>63</i>
<i>E3</i>	<i>M</i>	<i>61</i>
<i>E4</i>	<i>F</i>	<i>46</i>
<i>E5</i>	<i>F</i>	<i>54</i>
<i>E6</i>	<i>M</i>	<i>60</i>
<i>E7</i>	<i>F</i>	<i>55</i>
<i>E8</i>	<i>F</i>	<i>35</i>
<i>E9</i>	<i>M</i>	<i>43</i>
<i>E10</i>	<i>F</i>	<i>49</i>
<i>E11</i>	<i>F</i>	<i>43</i>

4.2.2. Lieu, mode d'exercice et durée d'installation

Trois médecins exerçaient en milieu rural, deux en milieu semi-rural et six en zone urbaine.

Deux médecins travaillaient en maison de santé pluridisciplinaire, cinq médecins exerçaient seul dans leur cabinet. Trois médecins exerçaient avec un confrère ou une consœur en association ou en collaboration.

<i>Entretiens</i>	<i>Durée d'installation (années)</i>	<i>Lieu d'exercice</i>	<i>Mode d'exercice</i>
<i>E1</i>	<i>25</i>	<i>rural</i>	<i>MSPD</i>
<i>E2</i>	<i>35</i>	<i>urbain</i>	<i>seul</i>
<i>E3</i>	<i>31</i>	<i>urbain</i>	<i>seul</i>
<i>E4</i>	<i>10.5</i>	<i>urbain</i>	<i>seul</i>
<i>E5</i>	<i>26</i>	<i>urbain</i>	<i>collaboration</i>
<i>E6</i>	<i>31</i>	<i>Semi-rural</i>	<i>seul</i>
<i>E7</i>	<i>25</i>	<i>urbain</i>	<i>seul</i>
<i>E8</i>	<i>1</i>	<i>Semi-rural</i>	<i>2 MG indépendants</i>
<i>E9</i>	<i>14</i>	<i>rural</i>	<i>MSPD</i>
<i>E10</i>	<i>13</i>	<i>urbain</i>	<i>2 MG</i>
<i>E11</i>	<i>7</i>	<i>rural</i>	<i>MSPD</i>

MG : médecin généraliste

MSPD : Maison de santé pluridisciplinaire

4.2.3. Formations et activité particulière

<i>Entretiens</i>	<i>Activité particulière</i>	<i>Formations</i>
E1	<i>gynécologie</i>	<i>DU gynécologie/ agrément IVG médicamenteuse/ congrès/enseignement/ dossier DPC « MG Form » association GGL</i>
E2	<i>non</i>	<i>thématique Prescrire/ séminaire médecine physique-rééducation/ association GGL</i>
E3	<i>médecine du sport</i>	<i>FMC/ groupes de pairs/ association GGL</i>
E4	<i>homéopathie gynécologie</i>	<i>école d'homéopathie/ association GGL</i>
E5	<i>homéopathie</i>	<i>Enseignement/ maître de stage/ DU Médecine de catastrophe/DU Pédagogie FMC/ école d'homéopathie/ association GGL</i>
E6	<i>non</i>	<i>formation acupuncture hors universitaire</i>
E7	<i>non</i>	<i>DU antibiothérapie/ association GGL</i>
E8	<i>homéopathie pédiatrie gynécologie</i>	<i>école d'homéopathie/FMC/ médecin de crèche</i>
E9	<i>non</i>	<i>FMC/groupe de pairs</i>
E10	<i>gynécologie homéopathie</i>	<i>DU Gynécologie/FMC(MBPU) / association GGL</i>
E11	<i>homéopathie</i>	<i>diplôme de pathologie neuro-fonctionnelle (Dijon)/ école d'homéopathie</i>

DPC : Développement professionnel continu

DU : Diplôme universitaire

FMC : Formation médicale continue

GGL : Association Gen&Gyn Lor

IVG : Interruption volontaire de grossesse

MBPU : Mon Bureau Personnel Unaformec

4.2.4. Visiteurs médicaux

<i>Entretiens</i>	<i>Visiteurs médicaux</i>
<i>E1</i>	<i>non</i>
<i>E2</i>	<i>1/jr</i>
<i>E3</i>	<i>non</i>
<i>E4</i>	<i>1/15 jrs</i>
<i>E5</i>	<i>non</i>
<i>E6</i>	<i>1/jr</i>
<i>E7</i>	<i>4/sem.</i>
<i>E8</i>	<i>3/sem.</i>
<i>E9</i>	<i>1/jr</i>
<i>E10</i>	<i>2/sem.</i>
<i>E11</i>	<i>1/15jrs</i>

4.2.5. Nombre de consultations et part du vaccin anti-HPV

<i>Entretiens</i>	<i>Nombre de consultations par semaine</i>	<i>Part de la vaccination anti-HPV</i>
<i>E1</i>	<i>100</i>	<i>variable</i>
<i>E2</i>	<i>110</i>	<i>3/sem.</i>
<i>E3</i>	<i>130</i>	<i>2/mois</i>
<i>E4</i>	<i>80</i>	<i>variable</i>
<i>E5</i>	<i>80/100</i>	<i>1-2/sem.</i>
<i>E6</i>	<i>130</i>	<i>3-4/sem.</i>
<i>E7</i>	<i>100</i>	<i>7-8/mois</i>
<i>E8</i>	<i>60</i>	<i>1/sem.</i>
<i>E9</i>	<i>180</i>	<i>3/sem.</i>
<i>E10</i>	<i>100</i>	<i>5/mois</i>
<i>E11</i>	<i>80</i>	<i>1/mois</i>

4.3. Résultats

4.3.1. Relation médecin/patient

4.3.1.1. Modification de la relation médecin/patient

Les médecins rencontrés constatent que la relation avec leurs patients a changé, avec notamment une discussion plus aisée. La relation déséquilibrée en faveur du médecin qui détient le savoir et qui impose un traitement au patient n'existe plus. (E1, E5, E6)

E1 : Moi j'essaye de parler, d'avoir un rapport adulte-adulte avec mes patients, je ne suis pas de l'ancienne génération qui dit, « tu fais ça ma cocotte ».

E5 : La communication elle a changé dans la mesure où maintenant on explique pourquoi on fait un frottis. Avant on disait « il faut faire un frottis » point, on disait pas à quoi ça sert.

E6 : J pense que c'est mieux de discuter comme on fait maintenant qu'au début on ne discutait pas, tac tu prends ça puis tu te tais. C'est mieux de discuter, c'est mieux de leur expliquer.

Les médecins insistent sur le fait que les patients doivent être conseillés sans être contraints. Ils ont le choix dans la mesure où le vaccin n'est pas obligatoire. Ainsi, ils ont une plus grande autonomie dans la prise de décision. (E1, E3, E4, E5, E7, E8, E10, E11)

E3 : Je leur mets un peu les tenants et les aboutissants et puis finalement, ça doit être comme ça notre boulot, finalement. C'est eux qui prennent la décision.

E8 : Après on force personne, nous, on est là pour effectivement expliquer ce qu'il en est.

E11 : C'est notre rôle d'informer et pas de décider.

De plus, le patient est devenu acteur et maître de sa santé. Au cours des entretiens, l'idée que le patient ne veut plus subir les décisions médicales est développée. (E7, E8, E9)

E7 : C'est positif aussi que les gens prennent un petit peu en charge leur santé, qu'on ne leur file pas non plus n'importe quoi à avaler.

E8 : Les gens, ils sont plus au courant aussi, et puis j pense qu'ils s'intéressent plus à leur santé, à la santé des enfants.

E8 : Avant on ne se posait pas de questions [...] on s pose plus de questions [...]. Mais ça j pense que c'est générationnel.

4.3.1.2. Changement des mentalités

Un médecin souligne le fait que les patients oublient l'intérêt premier de la vaccination et son rôle dans l'éradication des maladies. (E1)

E1 : A partir du moment où le vaccin élimine des maladies on finit par croire que les maladies n'existent plus.

E1 : Les gens finissent par oublier que le vaccin c'est fait pour éviter une maladie potentiellement mortelle.

La notion de vaccination « altruiste » a été évoquée dans ce même entretien. (E1)

E1 : Les gens perdent le côté altruiste aussi de la vaccination c'est-à-dire on se vaccine [...] on protège ses amis.

De plus, la médecine connaît ses limites avec les risques imprévisibles liés à la prise d'un traitement. L'idée que la société actuelle refuse tout effet secondaire est développée. (E1, E6, E7, E8, E9, E10, E11)

E1 : Et à ce moment là, ils ne supportent plus du tout euh... le moindre effet secondaire.

E6 : C'est sûr c'est des vaccins, c'est des médicaments, donc c'est sûr qu'il peut y avoir des effets secondaires, même des fois consternants ou déplorables.

E10 : En médecine, c'est pas du 100% donc on ne peut pas dire que le risque zéro existe.

L'un des médecins est amené à être plus vigilant au cours des consultations, les patients ayant tendance à vérifier l'information reçue. (E9)

E9 : On peut plus raconter des bêtises aux gens quoi.

E9 : Il faut quand même qu'on dise les choses comme elles sont aux gens, parce que de toute façon, on ne sait pas s'ils vont aller vérifier derrière si ce qu'on a dit est juste quoi.

De plus, une certaine prudence est requise dans un contexte où les patients sont plus procéduriers. (E1)

E1 : Les gens disent qu'ils ne veulent pas... Je mets dans le dossier Gardasil® proposé.

E1 : Je marque sur le carnet de santé, pour pas qu'il y en ait un plus tard qui me dit pourquoi tu m'as pas fait le vaccin.

E6 : Il faut faire signer des protocoles, etc., [...] Nous, ça nous pend au nez hein, [...], il faut tout noter. Si quelqu'un refuse ceci il faut le noter.

4.3.1.3. Communication

Un des médecins constate que les tabous sont moins présents dans le domaine du cancer du col de l'utérus avec une libération de la parole entre les femmes. (E5)

E5 : On entend de plus en plus parler des cas de conisations.

E5 : Les femmes elles parlent [...] Ça touche des femmes jeunes [...] maintenant on en parle. Avant on n'en parlait pas, maintenant on en parle.

Malgré cela, l'action préventive du médecin généraliste serait freinée par le manque de communication entre spécialistes. (E5)

E5 : Il n'y a pas de transmission systématique, alors que c'est un examen de dépistage, il n'y a pas de transmission systématique au médecin traitant.

E5 : Y'a beaucoup de médecins traitants qui ignorent que leurs patientes, qui sont déclarées chez eux, ont fait une pathologie liée à ce virus.

La relation médecin/patient s'est modifiée vers une plus grande autonomie du patient dans la prise de décision. Le rapport paternaliste est progressivement remplacé par un modèle dit délibératif, où le patient devient acteur de sa santé et de celle de ses enfants.

Cette relation est cependant malmenée par les mentalités actuelles. Les patients ont tendance à oublier les maladies pour lesquelles les vaccinations existent, et refusent de plus en plus l'éventualité d'un effet secondaire après la prise d'un traitement.

Par ailleurs, dans une société où les femmes paraissent plus à l'aise pour parler entre elles des pathologies liées à l'HPV, les médecins généralistes notent une absence de communication systématique de la part des spécialistes.

4.3.2. Nouvelles recommandations vaccinales

4.3.2.1. Pratiques des médecins généralistes

La vaccination semble être un réflexe chez les médecins généralistes. (E3, E4, E5)

E3 : Quand quelqu'un vient pour une consultation de quoi que ce soit, on va toujours jeter un œil dans les vaccins pour voir s'ils sont à jour.

E4 : Dès qu'elles sont là, moi j'aime bien regarder les carnets de santé donc on en parle à chaque fois.

Les nouvelles recommandations sont bien connues des médecins et dans la majorité des cas, elles sont appliquées. (E1, E2, E11)

E1 : Ben maintenant on le propose dès 11 ans, puis après y'a le rappel jusqu'à 19 ans.

E2 : Systématiquement à 11 ans j'en parle. Je le propose.

4.3.2.2. Abaissement de l'âge de la vaccination

L'abaissement de l'âge de la vaccination anti-HPV à 11 ans semble avoir été bien accueilli par les médecins généralistes. (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10)

E1 : C'est un élément facilitateur oui.

E2 : Depuis qu'ils nous ont changé les bornes de l'âge [...], c'est mieux.

E5 : Il y a un côté positif, c'est que c'est plus facile à faire.

L'association avec le rappel du DTP leur permet notamment d'y penser plus facilement. (E1, E2, E3, E4, E6, E8, E9, E10)

E2 : C'est un bon point. Pour le recrutement, de notre fait, parce qu'on y pense systématiquement à 11 ans alors qu'à 14 ans on n'y pensait pas forcément systématiquement.

E8 : C'est peut-être plus facile dans la mesure où il y a un autre vaccin en même temps, donc on y pensera plus.

E10 : On peut le proposer en même temps que, que le rappel du tétanos, donc si c'est accepté, c'est fait comme ça.

Certains praticiens signalent également que les patients acceptent plus facilement ce vaccin dans la mesure où celui-ci est associé avec un autre. (E1, E5, E9)

E5 : Moi je trouve que c'est un plus, enfin ça rend le vaccin plus facile. [...] Ils ont l'habitude de grouper des vaccins, donc c'est plus facile.

Un médecin généraliste signale tout de même que cet abaissement de l'âge de la vaccination supprime une occasion de revoir les adolescentes vers 14 ans. (E10)

E10 : Ben 14 ans, ça permet de les revoir un petit peu, donc euh... parce qu'après si c'est fait à 11 ans, les ados, ils ne consultent pas beaucoup.

4.3.2.3. Simplification du schéma vaccinal

De plus, la simplification du schéma vaccinal à 2 injections pour les patientes de moins de 14 ans est perçue comme un argument supplémentaire pour les médecins généralistes interrogés. Les jeunes filles sont souvent les premières réticentes. (E1, E2, E4, E5, E7, E8, E9, E10)

E2 : Le fait de pouvoir faire que deux injections quand même c'est intéressant. Parce que là aussi en termes d'acceptation, c'est un atout.

E4 : Pour les mamans aussi, il y a toujours le « moins il y en a mieux c'est », [...] il y a une consultation de moins, c'est toujours ça de pris.

E9 : Elle m'a dit « [...] comme c'est deux injections on est d'accord pour le faire ». Ben oui deux c'est mieux que trois !

4.3.2.4. Rôle des pédiatres

Enfin, deux médecins suggèrent que cet abaissement de l'âge vaccinal permet aux pédiatres d'avoir un rôle dans la prévention du cancer du col de l'utérus chez leurs jeunes patientes. (E5, E8)

E5 : J pense que c'est aussi pour permettre [...] aux médecins qui s'occupent de jeunes enfants de pouvoir avoir cette action préventive.

E8 : J pense qu'un pédiatre, s'il suit encore des enfants de l'âge là, des préados, eux ça ne leur posera aucun problème.

La vaccination est un réflexe chez l'ensemble des médecins rencontrés et les nouvelles recommandations du vaccin anti-HPV sont bien connues. L'abaissement de l'âge vaccinal semble être perçu comme un atout par les médecins généralistes. En effet, le rappel concomitant du DTP leur permet d'y penser de manière systématique et de proposer une association de vaccins, souvent mieux acceptée par les parents. La simplification du schéma vaccinal à deux injections pour les jeunes filles de moins de 14 ans est un argument supplémentaire.

Enfin, les nouvelles recommandations offrent aux pédiatres la possibilité de jouer un rôle majeur dans cette action préventive.

Un médecin souligne cependant la crainte de perdre une occasion de revoir les jeunes adolescentes vers 14 ans.

4.3.3. Médias et vaccination anti-HPV

4.3.3.1. Rôle des médias

Pour de nombreux médecins, l'influence des médias est majeure dans la société. (E6, E7)

E6 : Les médias sont un pouvoir phénoménal.

E7 : Donc il suffit que les médias parlent de quelque chose et puis hop.

Tous les thèmes médicaux sont abordés. (E2, E3, E6)

E3 : Ah ben, dans tous les domaines. L'HPV peut-être moins, ce n'est pas le plus médiatisé. Dans tous les domaines, que ce soit le cholestérol ou autre, l'hépatite B, évidemment.

E6 : J'vous dis les journalistes ils montrent ça, ils en font des émissions, [...] c'est vrai qu'on attaque les médicaments, de toute façon en général, donc forcément les vaccins c'est encore plus facile.

L'utilisation du « sensationnel » fonctionne. (E3, E5)

E3 : Les gens ils ont toujours tendance à croire le sensationnel.

E5 : La médiatisation pose problème parce que en fait, ils développent sur des thèmes qui sont vendeurs.

L'objectivité des journalistes est contestée. (E5)

E5 : Les journalistes [...] Ils n'ont pas une objectivité à toute épreuve.

Les médias ont tendance à déconseiller cette vaccination. Les messages en faveur sont rares. (E1, E2)

E1 : C'est les médias qui disent qu'il faut pas.

E2 : Les médias qui appuient dans le bon sens dans ce domaine c'est pas trop fréquent.

4.3.3.2. Spécificité d'internet

Les médecins sont unanimes, l'utilisation d'internet à la recherche d'informations médicales est extrêmement répandue. (E3, E9, E11)

E3 : Les gens sont..., certains se documentent quoi.

E9 : Les gens ont accès à des informations.

E11 : Internet, [...] les gens, alors ne savent pas toujours où chercher les informations mais trouvent des informations, bonnes ou mauvaises, en tirent des conclusions et prennent leurs décisions maintenant.

Les jeunes filles sont particulièrement touchées par ce phénomène. (E4, E5, E10)

E4 : On lutte contre ça, internet. [...] c'est plus présent elles sont toutes là-dessus, c'est un peu plus galère.

E5 : Ils sont quand même plus souvent sur internet, que moi. [les adolescents]

E10 : La jeune fille [...] qui va encore plus facilement sur internet.

Mais internet semble concerner également les patients plus âgés. (E5, E9)

E5 : Ils y vont plus que ce qu'ils nous le disent. [...] Même des gens assez âgés.

E9 : Pratiquement tout le monde a internet maintenant, même des patients plus âgés s'y sont mis.

Chez les jeunes filles, ce sont les réseaux sociaux qui semblent être à l'origine des craintes envers le vaccin, ce qui n'est pas le cas des mères. (E4)

E4 : Il y a eu pas mal de soucis sur internet en fait, avec les réseaux sociaux.

E4 : A 15/16 ans, elles sont toutes sur les réseaux sociaux.

E4 : Les mamans, non, elles ne sont pas influencées par les réseaux sociaux.

Les patientes ne semblent pas toujours très à l'aise avec l'information trouvée sur internet. (E7, E9)

E7 : C'est juste « j'ai entendu, j'ai lu sur internet que, il ne fallait pas ». Alors pourquoi il ne fallait pas, « ah ben, c'était pas bon, il y avait des problèmes », mais y'a pas de choses précises.

E9 : Ils disent, « ah ben j'ai vu que..., ça faisait ça. » Donc, bon après il faut essayer de, de tirer un peu les mailles pour, pour éclaircir les choses.

Les informations délivrées sur internet sont en défaveur du vaccin anti-HPV et alimentent les craintes. (E1, E4, E7, E10)

E1 : Après avec les parents après y'a toujours si on va sur internet c'est le Gardasil® qui donne qui donne.

E7 : Les gens sont très perturbés par ce qu'ils voient, entendent sur internet, et ça devient compliqué.

E10 : Les gens se renseignent sur internet, ils vont voir quoi. Ils me le disent hein, donc euh..., donc ils ont peur après.

Par ailleurs, un des médecins critique l'existence des forums qui ne rapportent que les expériences négatives. (E9)

E9 : Si on tape forum Gardasil®, on va tomber forcément que sur des choses négatives.

E9 : Y'a forcément que des gens qui ont une expérience négative qui vont communiquer sur internet, donc sur les maladies en général aussi hein.

La participation du corps médical à la diffusion de messages négatifs sur internet semble alimenter les craintes des patients. (E1, E6)

E1 : Même sur les blogs, y'a beaucoup de médecins sur les blogs, des grandes gueules de Twitter qui disent « c'est de la connerie il faut pas ».

E1 : Je suis quelques médecins, écrivains, bloggeurs qui passent leur temps sur Twitter et ils sont toujours un peu dans la contestation. Donc c'est des gars, des grandes gueules, engagés politiquement et autres et du coup ils contestent tout.

E6 : Je regardais juste avant de partir là encore [...] sur la 2 [...], médecin journaliste spécialisé. Alors il paraît qu'il est médecin, [...] mais il ferait mieux de se taire ce mec ! [...], encore celui là il est relativement honnête hein, ça va. Mais y'en a d'autres, c'est de la folie quoi. Y'en a qui se croient spécialiste, [...] et puis qui la ramènent quoi, ils en sont seulement à dire, « ben oui mais on a lu, on a vu, on a entendu, on a... », [...].

Un médecin rapporte se sentir impuissant par rapport à internet. (E4)

E4 : Après coupure de l'enregistrement : Impression que sa parole de médecin n'a pas de poids par rapport à internet.

Certains médecins expliquent qu'il faut savoir se servir d'internet pour initier une discussion. (E3, E5, E6, E11)

E3 : Ça peut arriver qu'on aille regarder ensemble internet.

E5 : Moi j pense qu'il faut savoir utiliser internet pour la communication.

E11 : Ils font des copies et puis, ils viennent en discuter. Et ça permet d'amener un dialogue.

Ils reconnaissent que certains patients savent trouver des informations pertinentes. (E3, E5, E9)

E3 : Il y a des bonnes infos sur internet, hein, il n'y a pas que du mauvais.

E3 : Chez les personnes qui savent faire la part des choses et trouver la bonne info, faire une lecture critique d'un article comme vous avez appris à le faire, pourquoi pas.

E5 : Je pense que les jeunes sont un peu moins gogo sur internet que les plus âgés, parce qu'ils savent, ils ne vont pas sur les mêmes sites en fait.

Un des médecins recommande même internet comme source d'informations. (E3)

E3 : J'encourage les jeunes filles à aller voir son site, il est clair net et précis [site de Martin Winckler].

4.3.3.3. Conséquences générales

Cette médiatisation participe à l'information et entraîne un plus grand nombre d'interrogations de la part des patients. (E8, E9)

E8 : Ce sont les mamans qui en parlent plus, parce qu'elles sont au courant plus facilement. J'aurais envie de dire, elles sont plus au courant de celui là, que ceux qu'on fait quand ils sont petits.

E9 : Ça a changé par rapport au fait que..., la médiatisation, chaque fois qu'il y a un événement qui médiatise, ben forcément ça en parle plus quoi, y'a plus de questions, ça se focalise là dessus quoi.

De plus, les patients semblent se perdre dans ce flux d'informations contradictoires. (E2)

E2 : Ils sont quand même ballotés par les infos nos concitoyennes et concitoyens.

E2 : On peut pas leur en vouloir, il faut voir comment on les balade.

Pour les médecins, cette médiatisation a des conséquences dramatiques en créant le doute dans leur patientèle. (E2, E3, E4, E6, E7, E10)

E2 : Chaque fois qu'ils médiatisent, ça crée le doute hein, pour pas dire plus, la suspicion.

E3 : Ça a alimenté les polémiques et ça, comment on va dire ça, ça entretient les gens [...] dans leur refus.

E6 : Elles ont peur des conneries qu'on voit à la tv, enfin non c'est pas des conneries, y'en a certainement qui ont eu des problèmes hein. Mais des machins qu'on voit à la tv, ou qu'on monte en épingle.

E10 : Ouais c'est vraiment les médias, ouais. Donc du coup ils ont moins confiance dans le conseil médical.

Ce climat rend difficile l'application des recommandations, l'apport de la vaccination est oublié. (E1, E11)

E1 : Ça nous pourrit la vie c'est tout... Parce que ça devient très compliqué. C'est toutes les campagnes, vous aident pas à faire à suivre les référentiels donc il faut argumenter.

E11 : On a entendu parler de ces affaires médiatisées, [...] de ces suspicions. Donc, elles pensent plus à ça qu'au côté positif des choses.

Les médecins généralistes ont alors une grande difficulté à convaincre leurs patients et doivent argumenter davantage. (E2, E9, E10)

E2 : Si vous prenez cette suspicion et que vous voulez lever ce doute et ben il faut qu'on rame dans l'autre sens.

E9 : La médiatisation de certains événements fait que les gens posent des questions et donc du coup, faut qu’j’argumente là-dessus quoi.

4.3.3.4. Exemple de l’hépatite B

Pour beaucoup de médecins, l’affaire de l’hépatite B a eu des conséquences sur la confiance des patients envers les vaccins. (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E8, E9)

E2 : J’ai connu deux éruptions catastrophiques du politique dans le champ médical, euh la 1^{ère} c’était 95 la vaccination contre l’hépatite B, [...] ça c’est effarant quoi, c’est constamment comme ça.

E4 : L’hépatite B, ça c’est terrible. Oui, ça reste encore super marqué.

E6 : Y’a un parallélisme phénoménal entre les deux. [vaccinations anti-HPV et anti-hépatite B]

Plus précisément, l’indemnisation de certains patients après une vaccination contre l’hépatite B n’a fait que renforcer la méfiance (E1, E3, E6, E7)

E1 : Il y a eu des gens qui ont fait des problèmes de SEP en post vaccination anti-hépatite B mais il y avait une obligation professionnelle donc c’est passé en maladie professionnelle. [...] et le fait que ce soit reconnu en maladie professionnelle [...] ça a été compris comme un lien de causalité.

E3 : Malheureusement des procès qui n’ont pas été en faveur de la déculpabilisation de ce vaccin, au contraire.

E7 : Dans la vaccination contre l’hépatite B, on a bien dit partout que...effectivement ça n’induisait pas de SEP mais on a quand même indemnisé des gens qui ont eu des SEP.

Les médias, en utilisant le sensationnel ont des répercussions sur l’acceptation du vaccin anti-HPV. Internet est montré du doigt avec notamment l’émergence des réseaux sociaux qui influencent particulièrement les jeunes filles. La participation de certains professionnels de santé à des forums sur Internet, où l’on ne retrouve que des expériences négatives, renforcent ce sentiment de doute. Ainsi, les médias sont à l’origine d’un véritable climat de méfiance et l’apport de la vaccination est oublié.

La médiatisation autour du vaccin contre l’hépatite B et l’indemnisation de patients après cette vaccination n’ont fait qu’entretenir ce doute.

Cependant, certains médecins reconnaissent la pertinence de certaines informations contenues sur internet et cherchent à s’en servir comme nouvel outil de communication au sein de leur jeune patientèle.

4.3.4. Défis

Les entretiens ont mis en évidence trois grandes problématiques auxquelles les médecins généralistes sont confrontés.

4.3.4.1. Adolescence

Les adolescents ont un profil bien spécifique que les médecins interrogés décrivent bien. (E1, E5, E8)

E1 : La gamine à 11 ans c'est comme les gamins qui commencent à fumer à 15 ans dans le lycée [...] ils n'en n'ont rien à faire, ils se disent qu'ils mourront peut-être avant d'un accident de la route, d'un suicide ou je ne sais quoi. C'est pas ça qui parle.

E5 : A 11 ans, c'est plus facile de vacciner des enfants que de commencer une vaccination à 14 ans. Parce qu'à 14 ans, il y a de la rébellion, et ils n'aiment pas.

E5 : Ils sont [...] pour ce qu'il ne faut pas et contre ce qu'il faut, donc... (Sourire) Ça, c'est comme ça, c'est dans la nature.

E8 : C'est l'âge où elles sont un peu passives quand même.

Un médecin rapporte à la fin d'un entretien le fait que les jeunes filles sont très influençables par rapport aux informations présentes sur internet. (E4)

E4 : Après coupure de l'enregistrement : Aucune autocritique des jeunes filles par rapport à ce qu'elles lisent sur internet.

Le « bouche à oreille » entre copines est très présent, notamment dans les établissements scolaires. (E3, E4, E5, E6, E7, E9, E10, E11)

E3 : C'est plutôt le bouche à oreille. « Ma voisine m'a dit que, ou ma copine, ou je sais pas quoi ».

E7 : Il fait un peu mal quand on l'injecte, alors les filles parfois se le disent entre elles.

E11 : Les rumeurs autour des effets secondaires sont extrêmement importantes dans les collèges et les lycées pour les jeunes filles.

La peur de l'injection guide très souvent la décision des patientes. (E1, E2, E5, E7, E9)

E1 : Après un gamin de 13 ans, on lui dit, tu veux faire un vaccin il te dit « ben non je ne veux pas, c'est pas obligatoire je le fais pas ».

E7 : « Oui mais je vais avoir mal, il fait mal ».

E9 : Des fois c'est les filles qui ne veulent pas le faire parce qu'il fait mal. Elles ont des copines [...] qui ont fait et puis ça fait mal.

Un médecin souligne un défaut de connaissances des adolescentes, réticentes malgré tout pour se faire vacciner. (E11)

E11 : Elles s'inquiètent plus des effets secondaires sans forcément savoir à quoi sert le vaccin au départ.

E11 : Le lien avec le cancer n'est pas toujours fait chez les jeunes filles.

D'autres médecins généralistes soulignent au contraire que la connaissance des adolescents en matière de sexualité n'est pas si mauvaise. (E5, E6, E9)

E5 : Ils sont quand même (rires) un peu plus évolués que nous on pouvait l'être à leur âge.

E6 : Bon, et puis si, les jeunes filles sont quand même relativement, je sais pas si c'est l'école hein, mais elles sont quand même bien informées.

La formation des adolescents, qui se fait bien souvent sur internet, peut être inadaptée. (E9)

E9 : Ils (les parents) voient les jeunes sur internet ils vont se dire, ben les informations ne sont pas filtrées.

E9 : Y'a toute une génération qui se forme la dessus. [sites pornographiques]

Une autre difficulté est mise en avant par l'un des médecins interrogés. D'après son expérience, cet âge rend le suivi difficile puisqu'il correspond à la transition entre le pédiatre et le gynécologue. (E3)

E3 : La difficulté pour nous généralistes de voir les filles suffisamment à temps, hein parce que comme je vous le disais, elles sont vues, ou par les pédiatres ou par les gynécos.

E3 : Souvent nous en ville, on a un mode d'exercice très particulier, [...], parce qu'on est cernés de partout par les gynécos, les pédiatres. Souvent les petites filles passent du pédiatre au gynéco sans qu'on ait la possibilité d'intervenir.

Enfin, la préadolescence et l'adolescence sont des périodes où les jeunes patientes consultent peu. (E1, E4, E5, E7, E8, E9, E10)

E1 : On voit les gamins alors après cette tranche d'âge là on les voit plus forcément souvent parce qu'il n'y a plus d'examen systématique, c'est un peu dur.

E9 : C'est une tranche d'âge où ils sont un peu moins malades que quand ils sont petits donc c'est vrai que c'est pas évident.

E10 : Les ados, ils ne consultent pas beaucoup.

Les circonstances de prescription sont donc assez rares et correspondent à des consultations bien spécifiques. (E1, E3, E4, E5, E6, E7, E9)

E3 : Certificat d'aptitude au sport en début d'année.

E6 : En général c'est les gens qui nous amènent leur fille pour, pour un rappel ou un truc comme ça, ou alors on parle, j'sais pas, de risque de grossesse, enfin de contraception, etc.

E9 : Quand ils viennent pour une rhino ou un autre épisode infectieux, on essaye d'en profiter.

4.3.4.2. Sexualité

Au cours de nos entretiens, nous avons remarqué que les avis sont très divergents en ce qui concerne l'abord des questions de sexualité. L'abaissement de l'âge de la vaccination semble représenter un atout pour certains médecins et un frein pour les autres.

Pour certains praticiens, le sujet de la sexualité doit être évoqué lors d'une proposition de vaccination anti-HPV à 11 ans. (E5, E6, E7)

E5 : Il faut quand même commencer à aborder le sujet.

E7 : C'est l'occasion effectivement d'en parler, [...] c'est peut-être un petit peu tôt, mais c'est l'occasion.

L'un des médecins craignait surtout de ne plus revoir la jeune fille assez tôt par la suite. (E10)

E10 : Après pour parler de sexualité euh..., on n'a plus trop l'occasion.

Pour d'autres, cela représente une occasion pour l'adolescente d'en parler en toute liberté, différemment d'avec ses propres parents. (E6, E7)

E6 : On arrive à parler d'un peu de tout, plus ou moins, j'dirais crûment, non pas crûment, plus ou moins véridiquement entre guillemets.

E7 : Pouvoir reparler de choses peut-être abordées différemment, dire les choses peut-être parfois un petit peu plus simplement, même crûment, sans avoir la gêne de la maman qui parle de certaines choses.

Les médecins soulignent d'ailleurs le fait que les parents peuvent être demandeurs d'une information par le médecin traitant. (E7, E9)

E7 : Les mamans sont très contentes que j'aborde le problème.

E9 : J'ai un père plutôt coincé comme ça, [...] qui m'a posé la question de savoir si j pouvais prendre son fils en consultation pour lui expliquer..., parce qu'il ne se sent pas capable de lui expliquer.

Un autre praticien explique qu'il s'adapte en fonction de la patiente. (E11)

E11 : Ça dépend de la jeune fille.

Enfin, certains médecins reconnaissent ne pas insister et survoler le sujet. (E3, E11)

E3 : On en parle comme ça, hein, voilà quoi. Guère plus.

E11 : On l'aborde sans rentrer dans les détails à 11 ans.

Pour de nombreux médecins, l'abaissement de l'âge de la vaccination constitue un frein pour aborder le sujet de la sexualité. (E2, E4, E7, E8)

E2 : Ça me paraît un peu prématuré, un peu pas forcément beaucoup mais un peu prématuré.

E4 : Pour l'instant je trouve que c'est vrai que c'est un peu tôt.

Tout d'abord, la problématique semble venir des jeunes patientes qui ne se sentent pas forcément concernées à 11 ans. (E4, E8, E10)

E4 : C'est un âge où honnêtement 12 ans, où la sexualité c'est, elles n'y pensent pas quoi, c'est encore très tôt quand on leur parle de ça, ça fait... C'est quelque chose qui ne percute pas.

E4 : C'est vrai qu'à 12 ans, elles ne se sentent pas du tout impliquées là dedans.

E10 : A 11 ans, ben la sexualité, ça leur paraît loin.

De plus, elles n'ont pas les outils nécessaires pour une bonne compréhension à cet âge là. (E1, E3, E4, E5, E8)

E1 : Une gamine de 11 ans, on lui explique qu'elle risque d'avoir un cancer du col, déjà savoir ce que c'est que le col utérin.

E4 : La grande (15 ans), [...] Bon ça commence à être l'âge aussi, où il y a les premiers copains, [...] c'est plus concret quoi pour elle, tandis que la petite ben voilà, elle n'a pas tout compris quoi.

E5 : Déjà à 14 ans des fois, on avait l'impression qu'ils découvriraient que le monde était rond quoi (rires), donc c'est assez rigolo. Donc à 11 ans, parler de prévention, maladies sexuellement transmissibles, expliquer que c'est lors des premiers rapports qu'on est contaminé, c'est pas simple.

De plus, les jeunes filles ne sont pas à l'aise lors de la présence de leurs parents. (E9)

E9 : Les jeunes filles elles sont gênées en général quand y'a leur mère, encore pire avec leur père.

Les difficultés semblent également venir des parents pour qui ce sujet intervient à un moment trop précoce. (E4, E5, E8, E9, E10)

E4 : Je vois bien que les gens me regardent, « attendez de quoi vous me parlez là, c'est un bébé ».

E5 : Parler aux parents en disant on le fait à 11 ans parce que 14 ans c'était déjà trop tard, il y en a certains qui ouvrent des grands yeux comme ça en disant : « Oh ben non, pas ça chez moi quoi ».

E8 : Pour les mamans, et elles le reconnaissent hein, elles disent que ça fait tôt. [...], c'est quand même en rapport avec la sexualité, et elles me disent : « ça nous semble loin ».

E10 : Les mères elles ne sont pas toujours prêtes à entendre parler de sexualité pour leurs jeunes filles de 11 ans, [...] y'a un recul par rapport à ça.

Elles ont de ce fait tendance à reporter le moment de la vaccination. (E4, E8)

E4 : Je n'ai pas beaucoup de mamans qui les ont faits [les rappels] à 12 ans, qui m'ont suivie à 12 ans, j'avoue que... C'est encore un peu difficile.

E8 : C'est tôt, et elles disent « ben, on verra un peu plus tard ».

Par ailleurs, les parents semblent craindre que cela entraîne une entrée plus précoce dans la vie sexuelle pour leurs enfants. (E7)

E7 : Il faut expliquer aux mamans que, ben ce n'est pas parce qu'elles vont avoir des rapports sexuels plus jeunes.

Enfin, pour certains médecins, aborder le thème de la sexualité n'est pas obligatoire et ne doit pas forcément être associé à cette vaccination. (E1, E2, E3, E8)

E1 : On détache de la sexualité alors qu'à 14 ans il fallait aborder le problème des rapports, l'existence de rapports, si on voulait être dans les clous.

E2 : A 11 ans, non, non ça ne me force pas à parler de sexualité, non ce n'est pas obligatoire.

E2 : Puisqu'on parle de vaccination, on ne va pas rentrer [...] dans le sujet de la sexualité[...]sur toutes les incidences comme cela, une à la fois, on n'est pas pressé quand même.

En effet, cette vaccination plus précoce leur paraît intéressante pour ne pas avoir à interroger leurs patientes sur leur activité sexuelle. L'absence de contamination antérieure à HPV leur semble certaine. (E1, E3)

E1 : Après à 14, [...] y'avait aussi l'obligation de pas avoir eu de rapports, de pas avoir commencé son activité sexuelle. [...] C'est une question qu'on pouvait pas forcément poser donc maintenant la question là n'intervient plus.

E1 : On vaccine à 11 ans et comme ça on part du principe que c'est assez tôt, qu'il n'y a pas encore eu d'activité sexuelle et de contamination HPV.

E3 : Et puis qu'il n'y ait plus le truc, qu'il y ait un an de rapport je ne sais pas quoi, machin tout ça. Oui on a facilité les choses évidemment.

De plus, l'un des médecins estime qu'il ne s'agit pas d'une période propice pour débiter cette action de prévention. (E5)

E5 : Le côté moins positif, c'est que ça ne tombe pas dans une période où on peut faire de la prévention par rapport à la sexualité, parce qu'ils sont trop jeunes.

E5 : Donc à 11 ans, parler de prévention, maladies sexuellement transmissibles, expliquer que c'est lors des premiers rapports qu'on est contaminé, c'est pas simple.

Les médecins reconnaissent que les difficultés à en parler peuvent venir d'eux. (E8, E9)

E9 : C'est pas évident d'en parler en frontal devant la gamine.

E9 : C'est pas évident de poser la question, « ben t'as déjà vu le loup, etc.? ».

De plus, plusieurs médecins ne pensent pas être l'interlocuteur privilégié pour cela et estiment que les adolescents trouvent davantage de réponses sur internet ou par les spécialistes. (E3, E9)

E3 : Les mamans emmènent chez le gynéco une consultation pour parler de sexualité.

E3 : C'est peu le médecin traitant, nous on en parle pas beaucoup.

E9 : Autant y'a peut-être une période, une génération de..., d'adolescents qui ont abordé peut-être plus facilement les questions de sexualité avec leur médecin. Autant aujourd'hui, encore une fois avec internet, ça se fait peut-être plus trop hein.

E9 : J'ai rarement eu un adolescent ou une adolescente qui m'a posé des questions là-dessus.

En conclusion, un médecin explique que cette vaccination lui semble trop liée au thème de la sexualité et suggère qu'une vaccination plus précoce n'entraînerait pas forcément les mêmes réactions. (E8)

E8 : Est ce que c'est l'âge auquel on le fait. J pense que, voilà c'est des jeunes filles, cela a trait à la sexualité, on le fait relativement jeune. C'est peut-être ça aussi hein.

E8 : On le ferait peut-être euh...enfant, [...] en disant « ben voilà, ce sera pour la protéger plus tard quand elle... », ça ferait peut-être pas le même effet.

E8 : Ne pas vouloir aborder quelque chose qui a trait à la sexualité trop tôt.

4.3.4.3. Relation triangulaire

La jeune patiente vient le plus souvent en consultation avec sa mère. (E2, E5)

E2 : Parce que c'est souvent la mère quand même.

E5 : C'est plus, les mères, elles sont plus sensibilisées par rapport au cancer du col.

Pour certains médecins, l'abaissement de l'âge de la vaccination permet d'avoir la certitude que la jeune patiente sera accompagnée et cela simplifie la discussion. (E1, E2, E3, E7)

E2 : C'est pour ça que le seuil plancher des 11 ans c'est important. Parce que la fille de 14 ans qu'on pouvait voir parfois seule, dans d'autres circonstances, ben, vous ne pouvez pas lui tenir ce langage sans qu'il y ait sa mère. [...] Donc finalement il vaut mieux les voir à 11 ans.

E2 : A 11 ans c'est régulièrement avec leurs mères non, c'est mieux. C'est bien plus porteur.

En effet, la consultation avec la jeune patiente seule semble être la plus compliquée, notamment parce que l'accord des parents est obligatoire. (E5)

E5 : Le pire des cas c'est quand ils viennent tout seuls, quoi.

E5 : Sans l'accord des parents normalement on n'a pas le droit de les vacciner.

Les médecins ont plus de facilités à voir la mère en consultation et en profitent alors pour aborder le sujet de la vaccination, sans la présence de la fille. (E4, E7)

E4 : Quand je vois la maman et que je sais qu'il y a la fille [...] dans les tranches d'âge.

E7 : J'en parle à la maman, des fois même quand je ne vois pas les filles, quand je sais qu'elles ont des filles en âge d'être vaccinées ou certaines me posent la question.

Les médecins généralistes interrogés évoquent également le problème de la prise de décision. Ils reconnaissent que ce sont les parents qui choisissent. (E6, E11)

E6 : Mais c'est pas elles qui prennent la décision, c'est quand même les parents qui prennent la décision.

E11 : C'est souvent des décisions de mamans.

Il se pose alors un problème lorsque parents et jeunes filles ne sont pas du même avis ou lorsque les opinions divergent au sein du couple. Ainsi, certains médecins regrettent que le vaccin ne soit pas remboursé après 19 ans, ce qui laisserait plus de temps à la jeune fille convaincue de se faire vacciner. (E6, E11)

E3 : Ça peut arriver qu'il y ait besoin d'y revenir, ça peut arriver. Vous savez, vous avez des couples séparés, j pense à ça, j'ai eu le coup l'autre jour, « ah ben je vais demander au papa, etc. », c'est le papa qui s'oppose.

E6 : Le problème c'est qu'on arrive juste à la majorité, [...] on devrait le faire beaucoup plus loin, enfin remboursé je parle. [...] Et puis que les jeunes puissent décider, si elles veulent après, elles seront libres.

E11 : Parfois les mamans veulent qu'elles se fassent vacciner, les jeunes filles non.

Enfin, les médecins généralistes avouent ne pas y penser facilement. Ainsi, ce sont souvent les mères qui sont spontanément à l'origine de la discussion. (E8, E9)

E8 : Souvent, honnêtement, c'est les mamans qui m'en parlent avant même...

E8 : J pense que j'y pense moins. J'ai moins de petits patients de l'âge là.

E9 : Soit c'est les parents, la mère qui en parle.

Plusieurs problématiques interviennent dans la proposition de la vaccination contre le cancer du col de l'utérus :

La transition entre l'enfance et l'âge adulte est une période de rébellion et de passivité où les jeunes filles sont souvent très influencées par les informations contenues sur internet et le bouche à oreille présent dans les établissements scolaires. Par ailleurs, les rencontres avec les adolescentes sont rares en médecine générale et les motifs de consultation souvent bien spécifiques.

Pour certains médecins, cette vaccination est l'occasion d'aborder le thème de la sexualité afin d'intervenir suffisamment tôt et d'offrir aux patientes un cadre neutre où le sujet peut être évoqué en toute liberté. Pour d'autres, la vaccination intervient à une période où les jeunes filles ne se sentent pas concernées et où les parents sont réticents à aborder trop précocement les questions de sexualité. Cette discussion n'est pas aisée pour les médecins généralistes qui, pour certains, ne pensent pas être l'interlocuteur privilégié. Pour ces médecins, ces nouvelles recommandations permettent de « déssexualiser » le vaccin.

Enfin, la proposition d'une vaccination anti-HPV évolue au cours d'une consultation bien souvent triangulaire entre la jeune fille, sa mère et le médecin généraliste. La prise de décision est alors très souvent réalisée par les parents et l'opinion de la jeune patiente n'est pas toujours prise en compte.

4.3.5. Conséquences

4.3.5.1. Craintes actuelles des patients

L'ensemble des médecins interrogés est unanime concernant la crainte actuelle des patients dans la médecine allopathique et plus précisément dans les vaccins.

Il semble exister une véritable appréhension des potentiels effets secondaires. (E1, E4, E6, E8, E10, E11)

E1 : Les gens ont peur des complications et des effets secondaires.

E4 : Moi mes patients sont toujours très réticents à tous les vaccins, peur de tout, peur des réactions.

E11 : La majorité des jeunes filles [...] ont peur des effets secondaires.

Ces craintes entraînent de nombreuses interrogations. (E3, E4, E7, E8, E10, E11)

E4 : Voilà, effets secondaires. « Oh est ce que ça ne va pas la rendre malade ? Qu'est ce que ça va lui donner quoi? ».

E8 : « Est-ce qu'on ne vaccine pas de trop ? ».

E8 : « Est-ce que c'est vraiment indispensable, est ce que..., on ne sait pas trop comment le corps réagit ».

Ainsi, les patients refusent de plus en plus les vaccins. (E2, E3, E4, E5, E8, E9, E11)

E3 : Il y a quand même une vague anti-vaccin actuellement.

E5 : Ce n'est pas les médecins qui ne vaccinent pas, ce sont les patients qui ne veulent pas se vacciner. [vaccin antigrippal]

E11 : J'ai énormément de mamans qui viennent en me disant qu'elles ne veulent pas de vaccins, même les vaccins obligatoires. Ça c'est un vrai phénomène hein. Ça fait maintenant, ça fait 15 ans que je travaille, je ne voyais pas ça avant.

Les vaccins non obligatoires sont encore plus difficiles à faire accepter. (E4, E6, E9)

E4 : Tous ceux qui ne sont pas obligatoires c'est toujours un peu galère.

E6 : Ce qui n'est pas obligatoire, c'est pas évident.

E9 : Comme c'est pas une obligation, c'est un conseil donc c'est toujours plus difficile à faire admettre.

L'un des médecins constate que cela entraîne un recours à des méthodes alternatives. (E11)

E11 : De plus en plus de patients qui viennent pour justement qu'en homéo on fasse un traitement hivernal préventif ou alors avec des probiotiques, des choses comme ça pour stimuler le système immunitaire.

Certains médecins ne se heurtent pas à un refus définitif mais à une certaine prudence des parents vis-à-vis de la vaccination. (E8, E9)

E8 : Y'a pas de non catégorique [...] mais c'est plutôt on va attendre un p'tit peu et on en rediscutera.

E9 : Y'a certaines mamans qui préfèrent encore attendre d'avoir un peu plus de recul.

D'autant plus que les parents se sentent responsables dès qu'il s'agit de prendre une décision pour leurs enfants. (E6, E7, E8)

E6 : Elles ont peur pour leurs gosses quoi c'est tout.

E7 : C'est « je ne veux pas faire un vaccin qui peut être préjudiciable pour ma fille. ».

E8 : Vacciner son enfant c'est toujours une responsabilité en tant que parent.

L'un des médecins explique qu'il existe une véritable perte de confiance dans l'industrie pharmaceutique. (E11)

E11 : Y'a vraiment un gros changement, j pense qu'il y a une perte de confiance aussi vis-à-vis des labos en général, de la médecine allopathique globalement.

E11 : C'est une perte de confiance vis-à-vis de l'industrie, de tout ce qui est industriel, alors y compris les vaccins en fait, de tout ce qui est production en masse.

E11 : Les gens pensent que derrière, il y a uniquement une question d'argent.

D'une manière générale, les médecins ressentent une perte de confiance dans la médecine générale avec une plus grande difficulté à convaincre leur patientèle. (E1, E4, E7, E9, E10, E11)

E4 : Ça change des fois la confiance que les gens ont en nous, en fait sur les médicaments, sur tout ce qui circule quoi.

E10 : C'est un peu lassant quoi, parce que..., enfin la confiance du médecin est remise en cause quoi, clairement.

E10 : J'trouve que, oui y'a un petit peu un climat d'angoisse par rapport à la médecine en général.

Cette situation semble s'aggraver. (E2, E6, E7)

E2 : Ce déclin, cette désaffection, ce fléchissement qui se confirme d'année en année.

E6 : Quand on voit les difficultés à faire l'hépatite B, [...], ben voilà l'HPV j'trouve que c'est plus difficile maintenant que ça ne l'était.

L'un des médecins constate que cette situation est récurrente avec tout nouveau médicament. (E7)

E7 : Maintenant y'a un nouveau truc qui arrive, systématiquement dans les 6 mois/1 an qui arrivent, et ben y'a des polémiques.

En ce qui concerne la vaccination anti-HPV, les parents mettent en avant l'existence d'un moyen de dépistage secondaire. (E1, E8)

E1 : « Ça ne sert à rien, de toute façon il suffit de faire les frottis, c'est pas du 100%, on n'a pas de recul. »

E8 : Et elles me disent « ben oui mais on connaît un peu les facteurs de risque [...] pourquoi pas plutôt éduquer nos filles, sur effectivement la prévention, ben c'est se protéger. »

E8 : « Oui mais de toute façon y'aura quand même le frottis, de toute façon c'est quand même une maladie sexuellement transmissible. Donc si on leur explique de se protéger, tout ça. »

4.3.5.2. Réticences actuelles des médecins généralistes

Mais les patients ne sont pas les seuls touchés par cette désaffection. Les doutes concernant la médecine allopathique et la vaccination semblent atteindre également le corps médical. (E1, E2, E3, E7, E8, E11)

E2 : Ils sont très prompts certains [...], très disposés à cracher dans la soupe. Alors, [...] pour ces patientèles là c'est cuit hein c'est fichu. C'est terminé.

E7 : Sa grand-mère me l'a amenée pour faire le vaccin, parce que son médecin traitant ne voulait pas le faire.

E8 : J'aurais du mal à forcer, forcer, forcer. Parce que, c'est pas que j'suis pas convaincue, pas du tout. Mais, j pense qu'il n'est pas forcément aussi indispensable que pourrait l'être un autre si effectivement on a un minimum d'éducation sexuelle et puis de suivi de toute façon.

E11 : J'avoue que j'ai été convaincue par ce vaccin dès le début et que depuis quelques mois, je le suis moins. Je le suis moins parce que j'm'intéresse à ce qui se passe à l'étranger, et que les attitudes de certains pays ne me rassurent pas.

Le prix du vaccin semble être un facteur de réticence. (E3, E5)

E3 : Le rapport coût/efficacité qui n'est pas, bon on se demande s'il n'y a pas un gros coup... commercial des labos, malgré tout hein.

E5 : Ils avaient essayé de faire un truc un peu innovant pour justifier le prix du vaccin. Alors le coût c'est quelque chose, hein, parce que c'est quand même, c'est quand même un vaccin qui reste cher.

L'avis des confrères influence également les convictions des médecins. (E11)

E11 : C'est le discours de certains de mes confrères qui me semble cohérent, de dire voilà on diminue de 70% les risques de, mais un frottis et un bon suivi gynéco obtient le même chiffre.

Les médecins soulignent la difficulté de promouvoir cette vaccination en étant eux-mêmes méfiants vis-à-vis de ce produit. Leur rôle de médecin semble s'imposer. (E3, E8, E11)

E3 : Je les motive quand même puisque'on nous demande de le faire, hein. Puisqu'on est quand même bien obligé d'appliquer les recommandations.

E8 : J pense que même si je ne suis pas forcément super convaincue, en tant que médecin j'peux pas me permettre de dire, « ne le faites pas, ça sert à rien ». J'estime que [...] c'est pas correct, et qu'c'est pas mon travail.

E11 : Donc du coup, je suis peut-être un peu moins convaincante. Donc j'essaye de rester purement informative, et d'essayer de ne pas amener mon opinion, ce qui n'est pas toujours évident.

Le recours à une médecine dite naturelle en opposition à des soins allopathiques concerne également les médecins. (E11)

E11 : Je me tourne de plus en plus vers la médecine plus naturelle.

E11 : Maintenant [...] j'travailles avec des micro-nutritionnistes, des ostéopathes, des hypnothérapeutes. [...] avec des micro-kinés.

Pour les médecins non réticents, c'est un manque de motivation qui peut être à l'origine d'une faible proposition du vaccin. (E2)

E2 : Pour les autres, ils sont plus ou moins motivés.

E2 : Trop peu de médecins se sentent vraiment concernés par le papillomavirus, et donc par la vaccination.

Un des praticiens souligne le manque d'habitude chez des médecins dont la clientèle ne correspond pas à la clientèle cible. (E5)

E5 : Le médecin de campagne qui voit beaucoup de personnes âgées et puis de temps en temps voit un ado ou un préado, je ne pense pas qu'il y pense beaucoup. C'est plus parce que la préoccupation, elle est portée ailleurs, mais on est trop dans le soin en France par rapport à la prévention.

E5 : Dans une clientèle de patients, enfin plus âgés, ils sont chronophages, et ils ne laissent pas forcément la place aux jeunes.

E5 : On a toute une population de médecins plus âgés qui seront moins sensibilisés parce que pris par [...] leur rythme de travail.

4.3.5.3. Activité chronophage

Dans ce contexte de méfiance, les médecins évoquent des difficultés à prendre le temps nécessaire pour aborder le thème de la vaccination. (E1, E4, E7, E9, E10)

E1 : Après si le temps de la consult avec tout le reste il faut passer 1h pour argumenter sur les avantages les risques de la vaccination c'est un peu compliqué.

E4 : Il y a des journées où, ben j'ai pas le temps et voilà je ne vais pas en parler à cause de ça quoi.

E10 : Il faut discuter plus [...]. Les consultations prennent plus de temps.

Un autre signale la difficulté d'ajouter cette discussion au cours d'une autre consultation. (E4)

E4 : On le passe en plus, sur une autre consultation et donc moi je trouve que ça prend un temps fou quand même. [...] et puis leur dire « ben revenez, on reparlera de ça », elles ne reviennent pas quoi.

E4 : Parce que les mamans, elles ne viennent pas pour ça.

Le contexte actuel, depuis les nouvelles recommandations et l'influence grandissante des médias, est marqué par une grande méfiance des patients envers la médecine allopathique et une perte de confiance dans l'industrie pharmaceutique. La crainte des effets secondaires entraîne un recours plus fréquent à des méthodes dites naturelles. L'existence d'un moyen de dépistage secondaire rend le vaccin anti-HPV facultatif aux yeux des parents, d'autant plus qu'il ne s'agit pas d'une immunisation obligatoire.

Les médecins généralistes sont également de plus en plus réticents à cette vaccination anti-HPV, influencés par l'avis de certains confrères et sceptiques vis-à-vis du prix du vaccin. Ils soulignent les difficultés à le promouvoir en étant eux-mêmes réservés.

L'activité chronophage que représente la promotion de cette vaccination est une difficulté supplémentaire perçue par les praticiens.

4.3.6. Solutions

4.3.6.1. Adhésion du corps médical

L'un des médecins souligne le rôle positif que pourraient tenir les médias pour les aider à promouvoir la vaccination anti-HPV. Cette réussite passe, selon lui, par une adhésion des médecins. (E2)

E2 : En fait, je pense que c'est le corps médical qu'il faut travailler le plus, j'en suis convaincu hein. Alors ça c'est une question de média, dans le bon sens cette fois, [...], il faut que ce soit des messages positifs qui soient récurrents. Et alors là le corps médical sera bien plus, de façon plus massive, convaincu et donc convaincant. Parce que je pense que la clé elle est là en matière de couverture vaccinale.

E2 : Il faut qu'il y ait beaucoup plus de médecins qui soient convaincus. Là, il y en a vraiment trop peu qui le sont et là spécifiquement vis-à-vis du papillomavirus.

4.3.6.2. Arguments employés

En plus de la simplification du schéma vaccinal, d'autres arguments sont utilisés par les médecins généralistes pour convaincre leur patientèle de l'utilité de ce vaccin.

Certains insistent sur la gravité des maladies pour lesquelles il existe un vaccin en prenant pour exemple des pays défavorisés. (E1, E5, E6, E7, E8, E11)

E1 : Moi j'argumentais avec le fait que [...], j'avais vu une gamine de 15 ans mourir en réa quand j'étais en stage d'une hépatite B dans un tableau d'œdèmes, toute jaune saignant de partout, donc en général après ils vaccinaient .

E7 : J leur dis « vous vous rendez compte qu'il y a des pays qui voudraient, comme nous, avoir des vaccins. ».

E8 : J leur dis « rougeole, oreillons, rubéole, ce sont des maladies dont on meurt. La rougeole c'est la 2^{ème} cause de mortalité en Afrique ».

E11 : La notion de cancer fait peur donc j pense que c'est une motivation.

D'autres expliquent l'absence de lien entre vaccination et maladies démyélinisantes en s'appuyant sur les résultats obtenus au niveau international. De plus, l'un des médecins insiste sur les précautions prises avant la mise sur le marché des médicaments. (E2, E7, E9)

E2 : Je leur dis que, [...] on n'a jamais rien prouvé en ce qui concerne le lien de cause à effet entre la vaccination et la survenue de SEP ou d'un Guillain Barré.

E2 : Je leur dis souvent aussi que les résultats déjà dans les pays anglo-saxons, EU, Australie, ils sont déjà probants.

E7 : « Les vaccins sont parmi les médicaments les plus surveillés au niveau de la fabrication ».

E9 : Avec les données qu'on a à notre connaissance [...] on est censés avoir une certaine sécurité d'usage.

Le fait que le médecin informe ses patientes que ses propres filles sont vaccinées est un argument efficace. (E6, E10)

E6 : La question qui tue c'est : « est-ce que vous le feriez à vos filles ? » Alors réponse qui tue, « oui je l'ai fait », de toute façon y'a pas de problème.

E10 : C'était l'âge où mes filles devaient être vaccinées donc ça passait très bien (rires). Parce que les gens me posaient la question si je le faisais à mes filles, donc oui, donc ça passait très bien.

L'apport de la vaccination en amont du suivi par frottis est valorisé. (E1, E5)

E1 : Et pour le Gardasil® je leur dit qu'effectivement actuellement ils ont une couverture sociale, que les enfants sont insérés, que les parents sont insérés, que y'a le recours. Mais malgré ça y'a quand même 30% des femmes qui échappent [...] comme on sait qu'y'a de toute façon un tiers des femmes qui fait pas de suivi on diminue les chances. C'est pas du 100% mais ça peut être favorable.

E5 : On a un protocole de vaccination qui certes n'est pas parfait, parce que l'efficacité vaccinale n'est pas à 100%, loin de là. Mais si on peut déjà en éliminer une partie par un vaccin, on continuera à faire des frottis et on aura moins de risque d'avoir en fait des lésions graves.

La vaccination pour anticiper un projet professionnel est un argument supplémentaire présenté par l'un des médecins pour promouvoir la vaccination contre l'hépatite B. (E8)

E8 : L'argument, ça avait surtout été « ben vous ne savez pas ce qu'elle voudra faire plus tard et y'a beaucoup de professions dont il est obligatoire donc vaut mieux le faire plus tôt [...] il sera mieux toléré, il sera plus efficace et tout ça ».

Certains peuvent se retrouver à court d'argument. (E10)

E10 : J'finis par leur dire de faire confiance aux médecins (rires).

4.3.6.3. Relation de confiance

La relation de confiance établie entre le patient et le médecin généraliste est primordiale dans l'acceptation de cette vaccination. (E3, E8, E10)

E3 : Il y a quand même une bonne proportion de la clientèle qui nous fait confiance et si on arrive à bien leur expliquer la vaccination, on arrive à la faire quoi, hein.

E8 : Ils nous demandent quand même beaucoup notre avis.

E10 : L'intérêt de [...] ce métier c'est la relation personnelle et privilégiée que l'on a avec le patient quoi, donc... tant que ça, ça reste, c'est bien.

L'adhésion du corps médical est essentielle pour délivrer un discours convaincant aux jeunes filles et à leurs parents. Les médias pourraient alors avoir un rôle à jouer dans la délivrance de messages en faveur de cette vaccination.

Plusieurs arguments sont ainsi utilisés par les médecins : gravité de la maladie, données rassurantes sur l'innocuité du vaccin, apport de la vaccination en amont du suivi par frottis, anticipation d'un projet professionnel pour le vaccin contre l'hépatite B, vaccination de ses filles...

La relation privilégiée entre le patient et son médecin semble être décisive dans l'acceptation de la vaccination anti-HPV.

5. DISCUSSION

5.1. Choix du sujet

La prévention et l'« éducation » du patient sont deux axes centraux de la médecine générale. Au sein des actions de santé publique, la vaccination fait partie du quotidien de l'exercice libéral.

Les vaccins anti-HPV ont la particularité d'être proposés au moment de l'adolescence et d'évoluer dans une société où les médias sont largement consultés. Cette vaccination représente ainsi un défi de taille pour le médecin généraliste.

Les stratégies de communication autour de ce vaccin peuvent s'étendre à d'autres actions de santé publique et renforcer la relation de confiance instaurée.

5.2. Analyse des résultats

5.2.1. Abaissement de l'âge de la vaccination

5.2.1.1. Age de la vaccination

Au cours de ces entretiens, l'abaissement de l'âge de la vaccination anti-HPV à 11 ans apparaissait comme un élément facilitateur pour les médecins généralistes malgré les difficultés à aborder les questions autour de la sexualité. La simplification du schéma vaccinal à deux injections selon l'âge et l'administration concomitante du rappel du DTP ont favorisé l'adhésion des patientes.

De nombreuses études ont cherché à définir l'âge jugé idéal par les parents pour débiter cette vaccination. Les avis sont partagés.

Dans une étude réalisée en Suède sur 13946 parents d'enfants âgés de 12 à 15 ans, 35% des parents interrogés considèrent que l'âge idéal se trouve entre 12 et 14 ans et 53% entre 15 et 17 ans. (61) Dans une enquête réalisée en Belgique auprès de femmes vues en consultation de gynécologie, la période la plus adaptée est entre 12 et 16 ans. (62) En Nouvelle Zélande, 50% placent l'âge idéal de la vaccination à 13 ans ou plus, tandis que 28% estiment que la période la plus adaptée est entre 10 et 12 ans. (63) Enfin, les avis divergent pour deux études américaines. En Californie, sur 522 parents d'enfants mineurs, 75% préfèrent que la vaccination soit réalisée avant 13 ans. (64) Une autre étude américaine auprès de parents d'enfants âgés de 8 à 12 ans, l'acceptabilité de la vaccination est meilleure à l'âge de l'adolescence qu'à celui de la pré adolescence. (65)

Pour les médecins généralistes, les avis sont également partagés. Dans l'étude de Piana et al en 2009, 53,9% des praticiens estiment que l'âge idéal pour la vaccination anti-HPV est entre 14 et 15 ans, tandis que 34,4% pensent que l'âge idéal est de 11 à 13 ans. (66)

5.2.1.2. Adolescence

Lors des entretiens, les médecins exposent le fait que les adolescents consultent peu et qu'il est donc difficile de les inscrire dans une prise en charge vaccinale sur le long terme.

Ces résultats vont à l'encontre des résultats présentés dans la revue MG Form en 2007 qui précise qu'un adolescent consulte 2,3 fois par an en moyenne son médecin généraliste et que celui-ci voit un adolescent par jour environ. (67)

La prise en charge des adolescentes en médecine générale n'est pas simple. Les jeunes patientes abordent rarement spontanément les questions autour de la sexualité. Bien souvent, elles viennent accompagnées de leurs parents et ont tendance à les laisser s'exprimer à leur place. Comme l'explique Noëlle Raillard, les adolescentes évoquent rarement d'autres motifs de consultation que celui initial, qui est dans 75% des cas une plainte somatique, dans 19% des cas une demande administrative ou une consultation de prévention et dans seulement 6% des cas un trouble psychologique. (67)

La thèse de Lacotte-Marly E., portant sur la prise en charge des conduites à risque chez les adolescents en médecine générale, montre que les jeunes patients n'osent pas parler de certains sujets de prévention mais qu'ils seraient prêts à en discuter avec leur médecin si celui-ci initiait la discussion. (68)

Plusieurs auteurs ont travaillé sur la complexité que peut représenter une consultation avec un adolescent en médecine générale et sur l'intérêt d'élargir le contenu de l'échange lorsqu'un seul motif est évoqué par le jeune patient. Les consultations avec des adolescents nécessitent du temps pour leur donner l'opportunité de s'exprimer librement sur des sujets qui ne sont pas abordés spontanément. (69)

De plus, les adolescentes peuvent être réticentes à accepter la vaccination anti-HPV en raison d'un manque de connaissances sur le rôle du vaccin et sur l'infection en elle-même.

Dans une étude quantitative réalisée en 2008 à l'université de Toulouse, parmi les 259 étudiantes concernées par la vaccination de rattrapage, 30,4% la refusent dont 56,5% en raison d'un manque de connaissances sur le vaccin. (70)

Dans une étude de Caskey et al. (71), menée auprès de 1011 jeunes filles âgées de 13 à 26 ans, 84% des patientes ayant reçu au moins une dose de vaccin savent que la vaccination contre le papillomavirus protège contre le cancer invasif du col de l'utérus, contre 51% parmi les jeunes filles non vaccinées. De plus, 98% des patientes vaccinées savent que l'usage de préservatifs reste nécessaire lors des rapports sexuels après vaccination, contre 80% parmi les jeunes filles non vaccinées. Cinq pour cent pensent que le dépistage par frottis est inutile après cette vaccination et qu'elles sont protégées contre toutes les infections sexuellement transmissibles.

Dans cette même étude, les spots publicitaires sont la principale source d'information utilisée par les jeunes filles non vaccinées (61%), suivis par les professionnels de santé (35%) puis par les membres de la famille (31%). 70% des patientes considèrent que leur médecin traitant reste la source d'information médicale la plus fiable. Elles ne sont pourtant qu'un tiers à déclarer avoir reçu des informations sur le papillomavirus, parmi celles ayant consulté leur médecin dans les 6 mois.

5.2.1.3. Sexualité

Tout au long de la conduite des entretiens, le thème de la sexualité a été largement développé, avec des opinions très différentes selon les médecins.

Tout d'abord, la nécessité d'évoquer les questions de sexualité lors de l'initiation de la vaccination anti-HPV semble être un réel frein pour les parents.

En effet, de nombreuses études concernant le vaccin anti-HPV retrouvent une mauvaise acceptation des parents et notamment des mères du fait du lien évident avec la sexualité. Elles considèrent que cette discussion est trop précoce et ont tendance à refuser cette vaccination pour cette raison.

Dans une étude anglaise réalisée en 2007, 75% des 684 mères de jeunes filles âgées de 8 à 14 ans étaient favorables à la vaccination mais le fait d'être contraintes d'aborder le thème de la sexualité était un frein et un argument en faveur d'une vaccination précoce. (72) En débutant cette vaccination suffisamment tôt, les questions autour de la contraception et des IST peuvent ainsi être évitées. L'enquête qualitative de Jestin et al. (73), réalisée avant le remboursement de la vaccination anti-HPV portait sur la perception de la prévention du cancer du col de l'utérus auprès de 20 mères d'adolescentes âgées de 11 à 16 ans. Le vaccin était bien accueilli mais les mères craignaient une information trop précoce de leurs filles en lien avec la sexualité. Ainsi, elles préféraient différer la vaccination au moment des premiers rapports sexuels.

La crainte pour les parents d'une entrée plus précoce de leur fille dans la vie sexuelle et de favoriser des comportements à risque a été très peu rapportée par les médecins. Cette notion est pourtant bien présente dans la littérature. (72,74) Dans l'étude de Marlow et al, en 2009, sur 332 mères d'adolescentes 22,6% pensent qu'initier une vaccination anti-HPV risque d'encourager à débiter une activité sexuelle et pour 26,5% d'entre elles à des rapports sexuels non protégés. (75)

On peut se demander si la réticence des parents ne vient pas surtout de leurs difficultés à aborder ces questions de sexualité avec leurs enfants.

Les médecins généralistes ont également quelques réticences à aborder les questions de sexualité selon l'âge de la patiente. D'après une étude de Piana en 2009 sur les opinions et pratiques des médecins généralistes face à la vaccination anti-HPV, l'âge estimé le plus propice pour parler de sexualité est de 14 à 15 ans pour 55,4% des médecins et de plus de 16 ans pour 33,7% d'entre eux. Ils ne sont que 6,6% pour la tranche d'âge 11-13 ans. Dans cette même étude, 37% des médecins généralistes ne font pas référence au caractère sexuellement transmissible de l'infection lorsqu'ils proposent la vaccination anti-HPV. (66)

Les praticiens reconnaissent des difficultés à initier une discussion autour de ce thème avec des préadolescentes. Ils craignent souvent une réaction négative de la part des parents. (76) ou reconnaissent une réaction d'évitement en raison d'une gêne. On retrouve la crainte pour les praticiens de donner l'impression de porter un jugement sur les comportements sexuels de leurs patientes et qu'elles puissent se sentir stigmatisées. (77)

Cependant la plupart des médecins admettent avoir un rôle essentiel d'information et de prévention dans le domaine de la sexualité. Dans l'étude qualitative de Plessis A., publiée en

2012, sur la vaccination anti-HPV et les médecins généralistes en Pays-de-Loire, 12 médecins généralistes sur 16 reconnaissent que l'éducation à la sexualité était une fonction du médecin traitant. La vaccination anti-HPV semble être une opportunité à saisir pour y parvenir.

5.2.1.4. Relation triangulaire et décision parentale

L'âge de la vaccination donne aux parents une place essentielle dans la décision d'initier ou non ce vaccin. L'autorisation parentale est requise et la jeune patiente prend rarement la décision seule.

Grégory D.Zimet explique dans son travail que malgré le rôle que peuvent jouer les expériences personnelles, les jeunes filles sont surtout susceptibles de se tourner vers leurs parents pour faire le choix de se faire vacciner. (78)

Dans une étude anglaise de Brabin et al. (79), réalisée auprès de 533 jeunes filles âgées de 12 et 13 ans, 77% d'entre elles ont demandé l'avis de leurs parents au moment de la proposition du vaccin anti-HPV.

Cette même étude montre que la décision parentale n'est d'ailleurs pas toujours en accord avec l'avis de la patiente. Ainsi, 42% des jeunes filles dont les parents étaient contre auraient aimé se faire vacciner tandis que 10% des jeunes patientes dont les parents étaient pour et avaient débuté une vaccination ne désiraient pas se faire vacciner. L'information claire et exhaustive sur le rôle de cette vaccination pourrait permettre de limiter ces différences d'opinion entre parents et jeune fille. (80)

Dans une autre étude de Brabin et al. (81), la possibilité d'une vaccination anti-HPV des jeunes filles (âgées de 11 à 12 ans) sans le consentement des parents a été explorée. Sur 244 parents, 41% étaient favorables à une prise de décision autonome de la jeune fille à condition qu'elle ait reçu une information complète. 40% des parents estimaient qu'ils avaient une place essentielle et qu'ils ne devaient pas être écartés de la prise de décision. Il s'agissait préférentiellement de ceux en défaveur du vaccin. Globalement, les parents veulent être impliqués et sollicités lorsqu'il s'agit de la santé de leurs enfants, d'autant plus que le sujet touche à la sexualité.

Il est donc primordial de se focaliser sur les craintes des parents. Des études montrent que des parents mieux informés sur les infections aux papillomavirus sont plus enclins à accepter cette vaccination. (82,83)

La relation entre une mère et sa fille intervient également dans le processus de décision. Plusieurs études ont trouvé un lien entre le suivi par frottis d'une mère et l'initiation d'une vaccination chez la fille. (84-86)

Cette relation triangulaire semble délicate à gérer pour certains praticiens. Une consultation où parents et jeune fille sont présents nécessite de répondre aux craintes des parents tout en s'adressant directement à la jeune fille et en lui permettant de donner son opinion.

Dans l'étude de McSherry et al, 19 médecins généralistes et 14 infirmiers ont été interrogés par téléphone afin d'identifier les comportements vis-à-vis du papillomavirus, les rôles et responsabilités des praticiens ainsi que les facteurs les influençant dans leur prise en charge.

La présence des mères semble difficile notamment pour aborder les questions de sexualité et pour permettre à la jeune fille de s'exprimer en toute liberté : « it's quite a tricky consultation ». (77) (« c'est une consultation délicate »)

5.2.2. Vaccination anti-HPV et médias

5.2.2.1. Influence des médias

L'influence grandissante des médias et plus précisément d'internet, dans le domaine de la santé est évidente. Dans l'étude américaine de Baker et al. 40% des adultes interrogés utilisent internet pour rechercher des informations ou des conseils médicaux. (87)

La plupart des données présentes sur internet sont défavorables à la vaccination en général et à celle ciblant le papillomavirus. Le net est en effet largement utilisé par les mouvements anti-vaccin puisqu'ils ont la possibilité de créer des cascades de liens vers d'autres sites qui contestent également le vaccin ou qui relatent les cas de jeunes filles qui auraient présenté des effets secondaires en post vaccination. (autisme, diabète, maladies auto-immunes) (88)

Selon une étude italienne de Poscia portant sur la qualité d'information sur le web concernant le vaccin anti-HPV, 67% des 144 pages analysées souvent en top position sont contre la vaccination. 12% des pages internet sont pour mais sont souvent moins visibles. (89)

Les travaux réalisés montrent que le recours à internet est fréquemment associé à une mauvaise adhésion à la vaccination, ce qui suggère une désinformation par internet.

Les articles destinés au grand public dans la presse écrite ou à la télévision peuvent fournir des données incomplètes ou fausses. Kelly et al. ont montré dans une étude de 2009 portant sur le contenu de plusieurs médias que 23% des articles destinés au grand public ne mentionnent pas que l'infection aux papillomavirus se transmet par voie sexuelle et 80% des articles ne précisent pas l'importance de poursuivre le dépistage par frottis. (90)

Selon l'âge des jeunes filles, les sources consultées ne sont pas les mêmes. Dans une étude réalisée en 2013 portant sur 987 patientes, les principales sources d'informations étaient les magazines et les livres pour 23,1% ainsi que la télévision dans 20.5% des cas pour les jeunes filles âgées de plus de 18 ans. Les patientes de moins de 18 ans se tournaient davantage vers les professionnels de santé avec les médecins généralistes (22,6%) et les pédiatres (15,4%). (91)

Le poids des médias est considérable et ce d'autant plus que certains sites internet sont rédigés par des professionnels de santé. Ainsi, dans la même étude de Poscia qui montrait que 67% des 144 pages analysées souvent en top position sont contre la vaccination, 24% d'entre elles sont écrites par des professionnels de santé. (89)

5.2.2.2. Vaccination contre l'hépatite B

Les polémiques autour de la vaccination contre l'hépatite B ont profondément marqué la société. Cet épisode médiatique a été à l'origine de nombreuses hypothèses concernant l'innocuité du vaccin et continue d'induire une crainte massive envers la vaccination en général.

Plusieurs études confirment le constat fait par les médecins interrogés. L'« affaire » de l'hépatite B est évoquée de manière quasiment systématique par les patients réticents à la vaccination anti-HPV, ce qui constitue un frein à cette action préventive. (92–94)

L'étude quantitative de Pélissier G. et Bastides F., qui cherche à décrire l'activité de prévention primaire et de dépistage contre le cancer du col utérin menée par les médecins généralistes d'Eure-et-Loir et du Cher, montre que 10% des médecins généralistes signalent spontanément le « syndrome de l'hépatite B » comme un frein à la vaccination. (95)

Au cours de l'étude qualitative de Plessis A. sur la vaccination anti-HPV et les médecins généralistes en Pays-de-Loire, 6 médecins généralistes sur 16 se sont retrouvés face à des patientes qui ont refusé le vaccin en évoquant celui de l'hépatite B. (96)

5.2.2.3. Rôle positif des médias

Les entretiens rapportent l'idée que les parents semblent être la plupart du temps à l'origine de la demande. On peut penser que cette démarche volontaire est positive, d'autant plus que certains médecins reconnaissent ne pas penser à proposer systématiquement cette vaccination.

Cette notion est également développée dans le travail d'A.Plessis, qui précise que ce sont les campagnes d'information qui entraînent cette demande spontanée de la part des mères. Cette médiatisation a un impact positif puisqu'elle permet d'aborder la question de la vaccination chez une population déjà sensibilisée. La communication est ainsi facilitée. (97)

5.2.3. Réticences actuelles

5.2.3.1. Patients

Les patients sont les premiers à s'interroger sur l'innocuité du vaccin anti-HPV. Ainsi, plusieurs travaux français retrouvent que les potentiels effets secondaires à moyen ou long terme constituent la principale préoccupation des parents. (98–100)

Cette appréhension est également retrouvée dans des études étrangères. C'est le cas de l'étude quantitative italienne de Giambi et al. (101) dont l'objectif est d'explorer les freins à la vaccination anti-HPV. Sur 1738 parents de jeunes filles non vaccinées, 80% mettent en avant une crainte des effets secondaires et 76% soulignent un manque de confiance dans ce nouveau vaccin. Dans l'étude canadienne de Trim, portant sur des travaux menés entre 2001 et 2011, les questions sur la sécurité du vaccin et la crainte des effets secondaires persistent auprès des parents de jeunes filles en âge d'être vaccinées. (102)

Des études soulignent que le manque d'information par les professionnels de santé constitue également un frein à la vaccination anti-HPV. C'est le cas du travail mené par Giambi et al. en 2014 auprès de 1738 parents de jeunes filles non vaccinées. 54% des parents évoquaient un manque d'informations, tandis que 65% regrettaient des informations discordantes reçues par les professionnels de santé. (101)

Les médecins interrogés évoquent la difficulté à promouvoir une vaccination non obligatoire. La conférence de presse du Ministère chargé de la Santé du 22/04/2011 apporte une explication à ce constat. En effet, du fait de la situation de double statut de la vaccination

(recommandée ou obligatoire), les vaccins recommandés sont perçus à tort comme facultatifs par rapport aux vaccins obligatoires. (103)

Les praticiens soulignent le climat de méfiance des patients envers la médecine allopathique en général. La gestion de la grippe pandémique ainsi que les polémiques autour de nombreux médicaments comme le Médiator® ou les pilules de 3^{ème} génération ont fait le lit d'une défiance vis-à-vis de la médecine en générale.

5.2.3.2. Médecins

Pourtant les patients ne sont pas les seuls à douter de l'efficacité et de l'innocuité du vaccin contre le cancer du col de l'utérus.

D'après une étude mixte qualitative et quantitative réalisée en 2011 et portant sur la perception de la vaccination anti-HPV chez des médecins généralistes en région Rhône Alpes, 17,4% des praticiens se disaient incertains et 1,8% opposés. Le principal argument favorable concernait le bénéfice sur la santé publique tandis que la crainte pour les médecins réticents portait sur l'introduction trop récente du produit. (98)

Dans une autre étude quantitative portant sur 354 questionnaires complétés par des médecins généralistes, 49% d'entre eux émettaient des réserves sur l'innocuité du vaccin et craignaient « un manque de recul pour exclure des réactions secondaires rares ». (66)

Les perceptions des confrères jouent également un rôle majeur et influencent les praticiens, comme le souligne Mme Yeu dans sa thèse sur les « éléments intervenant dans la décision médicale en médecine générale ». Ainsi, « le réseau professionnel de proximité, joue un rôle prépondérant dans les schémas de décisions ». (104)

5.2.4. Relation médecin/patient et rôle du médecin généraliste

La relation entre le médecin et le patient joue un rôle essentiel dans la décision médicale. En effet, il est certain que des interactions ont lieu entre eux et que cette relation a des conséquences sur la prise en charge du patient. J. Mouques, T. Renaud et O. Scemama émettent l'hypothèse d'une décision commune liée à la « volonté du médecin de faire partager le patient à la décision ». (105)

Cette notion de décision commune est bien retrouvée au cours des entretiens où les médecins insistent sur leur rôle d'information et sur le fait que le choix final appartient au patient. Cette relation médecin/patient se construit dans le temps, s'enrichit et devient une base solide pour permettre un échange de qualité.

Plusieurs travaux mettent l'accent sur le rôle du médecin généraliste notamment dans le domaine de la prévention. En effet, celui-ci est amené à accompagner de nombreux patients de l'enfance à l'âge adulte en passant par l'adolescence. (97)

Dans l'article d'Andrew L. Sussman, la notion de consultation dédiée à la prévention est valorisée. Ce travail montre le rôle du médecin généraliste dans l'acceptation de la vaccination anti-HPV parmi les parents. En effet, ils recherchent chez leur médecin traitant un guide afin de prendre une décision pour leurs enfants. (106)

Dans une étude menée à Los Angeles en 2007, avoir vu un médecin qui recommande la vaccination et avoir vu un médecin dans l'année précédente constituaient deux facteurs liés à la vaccination des adolescentes. (107)

Dans une étude menée aux Etats-Unis par Gottlieb S. et al, les mères sont moins réticentes à vacciner leur fille si leur médecin lui-même leur recommande. (108)

Cette relation apparaît comme fondamentale et essentielle et est probablement plus efficace dans le domaine de la vaccination que les invitations des services administratifs. (96)

Ces nombreuses interrogations concernant l'intérêt de la vaccination anti-HPV imposent aux médecins généralistes de consacrer du temps aux parents réticents. Or l'organisation actuelle de la médecine générale en milieu libéral rend difficile l'inscription des praticiens dans une dynamique de santé publique. Cette difficulté est retrouvée dans plusieurs études et concerne tous les domaines de la prévention. Ainsi dans l'étude de Fantino, réalisée en 2002, 58.6% des médecins se disent insatisfaits de leur rôle dans la prévention en raison d'un manque de temps. (109)

L'absence de rémunération spécifique semble également être un obstacle à la prévention. L'ORS de PACA relève dans son suivi annuel que la question de la rétribution insuffisante d'une activité de prévention chronophage est récurrente. (110)

6. BIAIS ET LIMITES DE L'ETUDE

6.1. Médecins sélectionnés

Dans notre étude, les premiers médecins contactés font partie de l'association Gen&Gyn Lor, qui promeut une formation complémentaire en gynécologie pour la médecine générale. De plus, ces praticiens sont également, pour la plupart, maîtres de stage. Dans ce contexte, ils accueillent régulièrement des externes et des internes dans leur cabinet.

On peut donc penser que ces médecins sont particulièrement sensibilisés au sujet de la vaccination anti-HPV et qu'ils ont plus tendance à appliquer les recommandations. De plus, ils sont habitués à participer à des travaux de thèse d'internes et sont plus à l'aise lors de la conduite des entretiens.

En ce qui concerne le recrutement des autres médecins, celui-ci a été réalisé de manière aléatoire à partir des Pages Jaunes de l'annuaire téléphonique, sans réel tirage au sort, ce qui occasionne un biais de sélection. En effet, les médecins ont été sélectionnés en fonction de leur sexe, de leur lieu d'activité ainsi que de leur mode d'exercice afin de créer un échantillon le plus représentatif possible. L'âge des médecins n'est pas connu à l'avance, la majorité de ceux interrogés dans notre travail a plus de 40 ans.

Ainsi, l'échantillon n'est pas représentatif de la population de médecins en Moselle et Meurthe-et-Moselle, mais celui-ci est raisonné et diversifié.

Par ailleurs, ce type d'étude entraîne inévitablement un biais de recrutement lié aux non-répondeurs. En effet, les médecins ayant refusé de participer à ce travail, se sentent probablement moins concernés par le sujet de la vaccination anti-HPV. Seule est exploitée la pratique des médecins intéressés pour participer à l'étude. Ainsi les opinions et attitudes des répondeurs peuvent différer de celles des non-répondeurs.

6.2. Entretiens

La méthode de l'entretien ne s'improvise pas. En effet, les relances, les reformulations ou la technique d'écoute active s'apprennent. Les premiers entretiens ont été difficiles en raison d'une tendance à la relance trop rapide et de la difficulté à ne pas transmettre d'interprétations lors de la formulation des questions. En effet, nous n'avons pas réussi à adopter une neutralité parfaite tout au long des entretiens et nous avons très probablement influencé certains médecins dans leurs réponses.

Le fait que le chercheur et le médecin interrogé soient du même milieu social peut favoriser les échanges. En effet, ceci peut permettre au praticien de se sentir mieux compris et ainsi de lever certains blocages. Cependant, le médecin peut, lors de l'entretien, se sentir jugé par un pair. Il peut être intéressant de mettre en avant son statut d'étudiant pour que l'enquête ne se focalise pas sur l'impression qu'il veut donner mais plus sur la qualité de ses réponses.

Par ailleurs l'utilisation d'un dictaphone peut lui aussi modifier l'attitude et les propos des praticiens. Un blocage peut avoir lieu lorsque le médecin se sait enregistré, il peut alors exprimer non pas ce qu'il pense réellement mais ce qu'il pense devoir dire. L'une des médecins a d'ailleurs été assez réticente à l'utilisation du dictaphone.

De plus, ce type d'étude occasionne souvent l'apparition de mécanismes de défense chez les médecins interrogés, tels que la fuite, la rationalisation, la projection, l'identification, le refoulement ou l'oubli. (111)

Des biais de remémoration sont inévitables. La difficulté pour les médecins réside dans la nécessité de faire des associations d'idées et d'éviter le « hors sujet », et ce sur une courte durée puisque la moyenne de nos entretiens était de 20'38. Les entretiens de courte durée peuvent être expliqués par la difficulté des médecins généralistes à nous consacrer davantage de temps au cours de leurs journées de consultation. Trois médecins ont d'ailleurs décliné notre proposition en raison d'une grande quantité de travail les rendant indisponibles.

Enfin, certains entretiens ont été difficiles à mener en raison de réponses très brèves de la part des médecins, nous obligeant à relancer sans cesse et à formuler des questions plutôt fermées.

6.3. Analyse et résultats

L'analyse des résultats ne porte que sur un support de onze entretiens. Bien que la recherche qualitative ne nécessite en aucun cas un échantillon représentatif, l'objectif d'une quinzaine d'entretiens initialement fixé n'a pas pu être atteint. En effet, la saturation a été retrouvée après neuf entretiens et vérifiés par deux derniers échanges.

Nous ne pouvons exclure des biais interprétatifs lors de l'analyse des entretiens. Pour limiter cela, le codage des entretiens a été réalisé à la fois par l'auteur de cette thèse et, pour les quatre premiers entretiens, par un autre interne en médecine générale. Les logiciels N Vivo et Iramuteq ont également été utilisés. Ce processus permet une plus grande validité des résultats.

Cependant, une étude qualitative par entretiens semi-dirigés impose la réalisation d'une triangulation des données. Ceci consiste à comparer les résultats à partir d'au moins deux techniques de recueil (ex : entretien et observation) ou de deux sources de données. (ex : entretiens avec des médecins généralistes et avec des parents d'adolescentes). Nous n'avons pas procédé à la triangulation des données mais nous nous sommes contentés d'une seule source et d'une seule technique de recueil. L'observation des consultations aurait pu être un travail préalable très enrichissant, mais de réalisation difficile.

Une question contenue dans le guide d'entretien, portant sur la préférence des médecins entre les vaccins bivalent ou quadrivalent, n'a pas été exploitée dans les résultats. Après analyse des entretiens, elle n'apparaissait pas comme pertinente et nous a semblé être une simple question de relance.

7. CONTEXTE

Ce travail de thèse a évolué dans des circonstances particulières avec la survenue des attentats terroristes contre le journal Charlie Hebdo le 07/01/2015 et le projet de loi santé de Madame la Ministre Marisol Touraine. La mesure du tiers payant généralisé et l'intention de déléguer certains actes médicaux à d'autres professionnels de santé ont été abordées par les médecins généralistes interrogés.

Les réponses apportées au cours des entretiens ont été influencées par ces événements avec notamment la justification, par les praticiens, d'un climat de méfiance au sein de la société. Ce travail, réalisé à un autre moment, aurait peut-être mis en évidence d'autres éléments de réponse.

8. CONCLUSION

Notre étude qualitative, bien que réalisée à petite échelle, rappelle que la stratégie de vaccination anti-HPV implique trois acteurs principaux : la jeune fille, ses parents et le médecin généraliste.

L'abaissement de l'âge de la vaccination est perçu comme un atout pour les médecins généralistes, puisqu'ils y pensent plus facilement en profitant d'un autre rendez-vous vaccinal. La simplification du schéma vaccinal constitue un apport positif en termes d'acceptation et de coût. Malgré tout, cette vaccination étroitement liée à la sexualité, pose problème chez les parents qui considèrent le sujet trop prématuré pour leurs filles de 11 ans.

Notre travail a également soulevé la problématique des médias, notamment depuis l'accès facilité à internet et l'émergence des réseaux sociaux. Cette médiatisation actuelle dans le domaine de la santé semble à l'origine d'une véritable méfiance envers les vaccins et la médecine allopathique plus globalement. Ce phénomène atteint également les médecins qui commencent à douter de l'innocuité du vaccin et de sa réelle utilité.

Par ailleurs, des interrogations sont soulevées concernant l'atteinte de la cible. Les jeunes filles qui réalisent la vaccination seront probablement celles qui poursuivront le dépistage par frottis. Le risque concerne davantage les populations dites défavorisées, vivant dans des conditions de précarité, plus susceptibles de développer un cancer du col utérin en raison d'un suivi médical épisodique.

Le médecin généraliste tient donc un rôle essentiel dans la promotion de cette vaccination mais également dans toute action de prévention. Il doit s'efforcer à atteindre les populations les plus à risque et s'impliquer dans cette relation de confiance établie au fil du temps. L'utilisation des médias et notamment d'internet, auprès des jeunes, comme nouvel outil de communication constitue un véritable challenge pour la pratique future.

L'amélioration de la couverture vaccinale nécessite donc une revalorisation du médecin généraliste avec notamment une reconnaissance et une rémunération adéquates des missions de santé publique chronophages.

Il reste à espérer que la confiance dans le médecin de famille ne diminuera pas malgré les polémiques.

Les études futures pourront permettre de développer l'intérêt d'une immunité de groupe, avec la vaccination masculine, pour la prise en charge des cancers non gynécologiques liés à l'HPV.

BIBLIOGRAPHIE

1. BINDER-FOUCARD F, BELOT A, DELAFOSSE P, REMONTET L, WORONOFF A, BOSSARD N. Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012. Etude à partir des registres des cancers du réseau Francim - Partie 1 : tumeurs solides. St-Maurice Inst Veille Sanit. 2013 Jul;
2. INPES. Vaccination contre les infections à papillomavirus humains. Guide des vaccinations. Édition 2012. Direction générale de la santé. Comité technique des vaccinations. 2012.
3. WALBOOMERS JMM, JACOBS MV, MANOS MM, BOSCH FX, KUMMER JA, SHAH KV, et al. Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. J Pathol. 1999;189(1):12–9.
4. Dépistage et prévention du cancer du col de l'utérus Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé (EPS). [en ligne]. HAS; 2013 Juin. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-08/referentieleps_format2clic_kc_col_uterus_2013-30-08__vf_mel.pdf (consultée le 13/04/2014)
5. HAS. Etats des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France. Argumentaire. Saint-Denis. 2010.
6. FAHEY MT, IRWIG L, MACASKILL P. Meta-analysis of Pap Test Accuracy. Am J Epidemiol. 1995 Apr 1;141(7):680–9.
7. Avis du Comité technique des vaccinations et du Conseil supérieur d'hygiène publique de France relatif à la vaccination contre les papillomavirus humains 6, 11 ;16 et 18. [en ligne]. 9 mars 2007. Disponible sur: http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/vaccin_hpv_0307.pdf (consultée le 05/07/2014).
8. FONTENEAU L, GUTHMANN J-P, LEVY-BRUHL D. Estimation des couvertures vaccinales en France à partir de l'Échantillon généraliste des bénéficiaires (EGB) : exemples de la rougeole, de l'hépatite B et de la vaccination HPV. BEH. 2013 Mar 19;(8-9):72–6.
9. DOBSON SM, MCNEIL S, DIONNE M, et al. Immunogenicity of 2 doses of hpv vaccine in younger adolescents vs 3 doses in young women: A randomized clinical trial. JAMA. 2013 May 1;309(17):1793–802.
10. ROMANOWSKI B, SCHWARZ TF, FERGUSON LM, PETERS K, DIONNE M, SCHULZE K, et al. Immunogenicity and safety of the HPV-16/18 AS04-adjuvanted vaccine administered as a 2-dose schedule compared with the licensed 3-dose schedule. Hum Vaccin. 2011 Dec;7(12):1374–86.

11. HCSP. Avis relatif à la révision de l'âge de vaccination contre les infections à papillomavirus humains des jeunes filles [en ligne]. 2012. Disponible sur: http://www.hcsp.fr/explore.cgi/hcspa20120928_agevaccpapilljeunesfilles.pdf (consultée le 12/04/2014)
12. INPES. La santé des collégiens en France. Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) [en ligne]. 2012. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1412.pdf> (consultée le: 20/06/2015)
13. HCSP. Avis relatif à l'utilisation du vaccin contre les infections à papillomavirus humains Cervarix® [en ligne]. 2014. Disponible sur: <http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=411> (consultée le: 07/07/2015)
14. HCSP. Avis relatif à l'utilisation du vaccin contre les infections à papillomavirus humains Gardasil® [en ligne]. 2014. Disponible sur: <http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=416> (consultée le: 07/07/2015)
15. GARDASIL Sanofi Pasteur. Résumé des caractéristiques du produit. [en ligne]. Disponible sur: http://www.ema.europa.eu/docs/fr_FR/document_library/EPAR_-_Product_Information/human/000703/WC500021142.pdf (consultée le 30/08/2015)
16. CERVARIX GSK. Résumé des caractéristiques du produit. [en ligne]. Disponible sur: http://www.ema.europa.eu/docs/fr_FR/document_library/EPAR_-_Product_Information/human/000721/WC500024632.pdf (consultée le 30/08/2015)
17. HCSP. Avis relatif à la vaccination contre les infections à papillomavirus humains des jeunes filles âgées de 14 à 23 ans [en ligne]. 2010. Disponible sur: www.hcsp.fr/explore.cgi/hcspa20101217_ppmvjf1423.pdf (consultée le 07/07/2015)
18. GARCIA-SICILIA J, SCHWARZ TF, CARMONA A, PETERS K, MALKIN J-E, TRAN PM, et al. Immunogenicity and safety of human papillomavirus-16/18 AS04-adjuvanted cervical cancer vaccine coadministered with combined diphtheria-tetanus-acellular pertussis-inactivated poliovirus vaccine to girls and young women. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med.* 2010 Feb;46(2):142–51.
19. CHAO C, KLEIN NP, VELICER CM, SY LS, SLEZAK JM, TAKHAR H, et al. Surveillance of autoimmune conditions following routine use of quadrivalent human papillomavirus vaccine. *J Intern Med.* 2012 Feb;271(2):193–203.
20. KLEIN NP, HANSEN J, CHAO C, VELICER C, EMERY M, SLEZAK J, et al. Safety of quadrivalent human papillomavirus vaccine administered routinely to females. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2012 Dec;166(12):1140–8.

21. GOSS MA, LIEVANO F, BUCHANAN KM, SEMINACK MM, CUNNINGHAM ML, DANA A. Final report on exposure during pregnancy from a pregnancy registry for quadrivalent human papillomavirus vaccine. *Vaccine*. 2015 Jun 26;33(29):3422–8.
22. LUNA J, PLATA M, GONZALEZ M, CORREA A, MALDONADO I, NOSSA C, et al. Long-term follow-up observation of the safety, immunogenicity, and effectiveness of Gardasil™ in adult women. *PloS One*. 2013;8(12):e83431.
23. GRIMALDI-BENSOUDA L, GUILLEMOT D, GODEAU B, BÉNICHOU J, LEBRUN-FRENAY C, PAPEIX C, et al. Autoimmune disorders and quadrivalent human papillomavirus vaccination of young female subjects. *J Intern Med*. 2014 Apr;275(4):398–408.
24. ANSM. Gardasil : vaccination contre les papillomavirus humains (HPV) - Point d'information [en ligne]. 2013 Nov. Disponible sur: <http://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Gardasil-vaccination-contre-les-papillomavirus-humains-HPV-Point-d-information> (consultée le 30/08/2015)
25. ANSM. Gardasil : actualisation des données de sécurité sur le vaccin contre les papillomavirus humains - Point d'information [en ligne]. 2014 Apr. Disponible sur: <http://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Gardasil-actualisation-des-donnees-de-securite-sur-le-vaccin-contre-les-papillomavirus-humains-Point-d-information> (consultée le 17/12/2014)
26. ANSM. Retour d'information sur le PRAC - Médicaments utilisés dans le double blocage du système rénine-angiotensine, à base de valproate, d'ambroxol ou de bromhexine, de codéine chez l'enfant, de testostérone, vaccins anti-HPV - Point d'information[en ligne]. 2014 Apr. Disponible sur: <http://ansm.sante.fr> (consultée le 27/06/2015)
27. ANSM. Le PRAC démarre une mise à jour de l'évaluation des risques de syndrome régional douloureux complexe (SRDC) et de syndrome de tachycardie posturale orthostatique (STPO) à la suite d'une vaccination anti-HPV - Point d'information[en ligne]. 2015 Jul. Disponible sur: <http://ansm.sante.fr> (consultée le 30/08/2015)
28. BLOCK SL, BROWN DR, CHATTERJEE A, GOLD MA, SINGS HL, MEIBOHM A, et al. Clinical trial and post-licensure safety profile of a prophylactic human papillomavirus (types 6, 11, 16, and 18) 11 virus-like particle vaccine. *Pediatr Infect Dis J*. 2010 Feb;29(2):95–101.
29. SCHELLER N, SVANSTRÖM H, PASTERNAK B, et al. Quadrivalent hpv vaccination and risk of multiple sclerosis and other demyelinating diseases of the central nervous system. *JAMA*. 2015 Jan 6;313(1):54–61.
30. Inquiétudes sur les vaccins contre le cancer du col de l'utérus - Le Point [en ligne]. Disponible sur: http://www.lepoint.fr/sante/inquietudes-sur-les-vaccins-contre-le-cancer-du-col-de-l-uterus-02-04-2014-1808359_40.php (consultée le 19/04/2015)

31. CAZI LC et E. Des experts font le lien entre Gardasil et sclérose en plaques. Le Monde.fr [en ligne]. 2013 Nov 24; Disponible sur: http://www.lemonde.fr/sante/article/2013/11/24/premiere-plainte-contre-le-vaccin-anticancer-gardasil_3519409_1651302.html (consultée le 19/04/2015)
32. Gardasil, un vaccin suspect sous haute surveillance - Libération [en ligne]. Disponible sur: http://www.liberation.fr/societe/2013/11/25/gardasil-un-vaccin-suspect-sous-haute-surveillance_962030 (consultée le 19/04/2015)
33. TABRIZI SN, BROTHERTON JML, KALDOR JM, SKINNER SR, CUMMINS E, LIU B, et al. Fall in human papillomavirus prevalence following a national vaccination program. *J Infect Dis*. 2012 Dec 1;206(11):1645–51.
34. READ TRH, HOCKING JS, CHEN MY, DONOVAN B, BRADSHAW CS, FAIRLEY CK. The near disappearance of genital warts in young women 4 years after commencing a national human papillomavirus (HPV) vaccination programme. *Sex Transm Infect*. 2011 Dec 1;87(7):544–7.
35. DONOVAN B, FRANKLIN N, GUY R, GRULICH AE, REGAN DG, ALI H, et al. Quadrivalent human papillomavirus vaccination and trends in genital warts in Australia: analysis of national sentinel surveillance data. *Lancet Infect Dis*. 2011 Jan;11(1):39–44.
36. ALI H, DONOVAN B, WAND H, READ TRH, REGAN DG, GRULICH AE, et al. Genital warts in young Australians five years into national human papillomavirus vaccination programme: national surveillance data. *BMJ*. 2013;346:f2032.
37. BAANDRUP L, BLOMBERG M, DEHLENDORFF C, SAND C, ANDERSEN KK, KJAER SK. Significant decrease in the incidence of genital warts in young Danish women after implementation of a national human papillomavirus vaccination program. *Sex Transm Dis*. 2013 Feb;40(2):130–5.
38. SANDØ N, KOFOED K, ZACHARIAE C, FOUCHARD J. A reduced national incidence of anogenital warts in young Danish men and women after introduction of a national quadrivalent human papillomavirus vaccination programme for young women--an ecological study. *Acta Derm Venereol*. 2014 May;94(3):288–92.
39. MESHER D, SOLDAN K, HOWELL-JONES R, PANWAR K, MANYENGA P, JIT M, et al. Reduction in HPV 16/18 prevalence in sexually active young women following the introduction of HPV immunisation in England. *Vaccine*. 2013 Dec 17;32(1):26–32.
40. BLAKELY T, KVIZHINADZE G, KARVONEN T, PEARSON AL, SMITH M, WILSON N. Cost-effectiveness and equity impacts of three HPV vaccination programmes for school-aged girls in New Zealand. *Vaccine*. 2014 May 7;32(22):2645–56.

41. OLIPHANT J, PERKINS N. Impact of the human papillomavirus (HPV) vaccine on genital wart diagnoses at Auckland Sexual Health Services. *N Z Med J*. 2011 Jul 29;124(1339):51–8.
42. MARKOWITZ LE, HARIRI S, LIN C, DUNNE EF, STEINAU M, MCQUILLAN G, et al. Reduction in human papillomavirus (HPV) prevalence among young women following HPV vaccine introduction in the United States, National Health and Nutrition Examination Surveys, 2003-2010. *J Infect Dis*. 2013 Aug 1;208(3):385–93.
43. BAUER HM, WRIGHT G, CHOW J. Evidence of human papillomavirus vaccine effectiveness in reducing genital warts: an analysis of California public family planning administrative claims data, 2007-2010. *Am J Public Health*. 2012 May;102(5):833–5.
44. LEVAL A, HERWEIJER E, ARNHEIM-DAHLSTRÖM L, WALUM H, FRANS E, SPARÉN P, et al. Incidence of genital warts in Sweden before and after quadrivalent human papillomavirus vaccine availability. *J Infect Dis*. 2012 Sep 15;206(6):860–6.
45. HENSE S, HILLEBRAND K, HORN J, MIKOLAJCZYK R, SCHULZE-RATH R, GARBE E. HPV vaccine uptake after introduction of the vaccine in Germany: an analysis of administrative data. *Hum Vaccines Immunother*. 2014;10(6):1729–33.
46. Institut national de santé publique du Québec. Comité sur l’immunisation du Québec. La vaccination contre les VPH au Québec : mise à jour des connaissances et propositions du comité d’experts. [en ligne]. 2012. Disponible sur: http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1518_VaccVPHQc_MAJConnPropComiteExperts.pdf (consultée le 30/08/2015)
47. MAHMUD SM, KLIEWER EV, LAMBERT P, BOZAT-EMRE S, DEMERS AA. Effectiveness of the quadrivalent human papillomavirus vaccine against cervical dysplasia in Manitoba, Canada. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol*. 2014 Feb 10;32(5):438–43.
48. Plan Cancer 2014-2019. [en ligne]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Plan-cancer-2014-2019> (consultée le 06/07/2015)
49. GRILLO F, VALLÉE J, CHAUVIN P. Inequalities in cervical cancer screening for women with or without a regular consulting in primary care for gynaecological health, in Paris, France. *Prev Med*. 2012 Mar;54(3–4):259–65.
50. RONDET C, LAPOSTOLLE A, SOLER M, GRILLO F, PARIZOT I, CHAUVIN P. Are Immigrants and Nationals Born to Immigrants at Higher Risk for Delayed or No Lifetime Breast and Cervical Cancer Screening? The Results from a Population-Based Survey in Paris Metropolitan Area in 2010. *PLoS ONE* [en ligne]. 2014 Jan 22;9(1). Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3899363/> (consultée le 07/07/2015)

51. BOULANGER J-C, FAUVET R, URRUTIAGUER S, DREAN Y, SEVESTRE H, GANRY O, et al. Histoire cytologique des cancers du col utérin diagnostiqués en France en 2006. *Gynécologie Obstétrique Fertil*. 2007 Sep;35(9):764–71.
52. AUBIN-AUGER I, MERCIER A, BAUMANN L, LEHR-DRYLEWICZ A-M, IMBERT P, LETRILLIART L, et al. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*. 2008;19(84):142–5.
53. TONG A, SAINSBURY P, CRAIG J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007 Dec 1;19(6):349–57.
54. GOTMAN A, Blanchet A. *L'enquête et ses méthodes: l'entretien*. Nathan Université; 2000.
55. PASQUIER E. *Comment préparer et réaliser un entretien semidirigé dans un travail de recherche en Médecine Générale*. Faculté Lyon Nord. 2004.
56. BLANCHET A, GHIGLIONE R, MASSONNAT J, TROGNON A. *Les Techniques d'enquête en sciences sociales observer, interviewer, questionner*. Dunod; 1987.
57. JUAN S. *Méthodes de recherche en sciences sociohumaines. Exploration critique des techniques*. Paris: PUF; 1999. 296 p.
58. GRAWITZ M. *Méthodes des sciences sociales*. Dalloz-Sirey; 2000.
59. COMBESSIE J-C. La méthode en sociologie [en ligne]. *La Découverte*; 2007 [cited 2015 Apr 3]. Disponible sur: http://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=DEC_COMBE_2007_01_0024 (consultée le 03/04/2015)
60. POPE C, ZIEBLAND S, MAYS N. Analysing qualitative data. *BMJ*. 2000 Jan 8;320(7227):114–6.
61. DAHLSTRÖM LA, TRAN TN, LUNDHOLM C, YOUNG C, SUNDSTRÖM K, SPARÉN P. Attitudes to HPV vaccination among parents of children aged 12-15 years—A population-based survey in Sweden. *Int J Cancer*. 2010 Jan 15;126(2):500–7.
62. DONDERS GGG, BELLEN G, DECLERQ A, BERGER J, VAN DEN BOSCH T, RIPHAGEN I, et al. Change in knowledge of women about cervix cancer, human papilloma virus (HPV) and HPV vaccination due to introduction of HPV vaccines. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2009 Jul;145(1):93–5.
63. ROSE SB, LAWTON BA, LANUMATA T, HIBMA M, BAKER MG. HPV/cervical cancer vaccination: parental preferences on age, place and information needs. *J Prim Health Care*. 2010 Sep;2(3):190–8.

64. CONSTANTINE NA, JERMAN P. Acceptance of Human Papillomavirus Vaccination among Californian Parents of Daughters: A Representative Statewide Analysis. *J Adolesc Health*. 2007 Feb;40(2):108–15.
65. DEMPSEY AF, ZIMET GD, DAVIS RL, KOUTSKY L. Factors that are associated with parental acceptance of human papillomavirus vaccines: a randomized intervention study of written information about HPV. *Pediatrics*. 2006 May;117(5):1486–93.
66. PIANA L, NOEL G, UTERS M, LAPORTE R, MINODIER P. Opinions et pratiques des médecins généralistes face à la vaccination anti-Papillomavirus. *Médecine Mal Infect*. 2009 Oct;39(10):789–97.
67. RAILLARD N. Le généraliste face aux adolescents: la prévention des risques, un enjeu essentiel. *Forum Médecins Généralistes*. 2007 décembre;(20):11.
68. LACOTTE-MARLY E. Les jeunes et leur médecin traitant. Thèse pour le doctorat de médecine. Académie de Paris. Université René Descartes. 2004.
69. PAULUS D, PESTIAUX D, DOUMENC M. Teenagers and their family practitioner: matching between their reasons for encounter. *Fam Pract*. 2004 Apr 1;21(2):143–5.
70. MEHU-PARANT F, ROUZIER R, SOULAT J-M, PARANT O. Eligibility and willingness of first-year students entering university to participate in a HPV vaccination catch-up program. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2010 Feb;148(2):186–90.
71. CASKEY R, LINDAU ST, ALEXANDER GC. Knowledge and early adoption of the HPV vaccine among girls and young women: results of a national survey. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med*. 2009 Nov;45(5):453–62.
72. MARLOW LAV, WALLER J, WARDLE J. Parental attitudes to pre-pubertal HPV vaccination. *Vaccine*. 2007 Mar 1;25(11):1945–52.
73. JESTIN C, HEARD I, LE LAY E, DUBOIS C, KLEIN P. Perception de la prévention du cancer du col de l'utérus - Étude qualitative auprès de jeunes filles et mères d'adolescentes. 2008.
74. HENDRY M, LEWIS R, CLEMENTS A, DAMERY S, WILKINSON C. "HPV? Never heard of it!": A systematic review of girls' and parents' information needs, views and preferences about human papillomavirus vaccination. *Vaccine*. 2013 Oct 25;31(45):5152–67.
75. MARLOW LAV, FORSTER AS, WARDLE J, WALLER J. Mothers' and adolescents' beliefs about risk compensation following HPV vaccination. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med*. 2009 May;44(5):446–51.
76. RIEDESEL JM, ROSENTHAL SL, ZIMET GD, BERNSTEIN DI, HUANG B, LAN D, et al. Attitudes about Human Papillomavirus Vaccine among Family Physicians. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2005 Dec;18(6):391–8.

77. MCSHERRY LA, DOMBROWSKI SU, FRANCIS JJ, MURPHY J, MARTIN CM, O'LEARY JJ, et al. "It's a can of worms": understanding primary care practitioners' behaviours in relation to HPV using the Theoretical Domains Framework. *Implement Sci IS*. 2012;7:73.
78. ZIMET GD, PERKINS SM, STURM LA, BAIR RM, JULIAR BE, MAYES RM. Predictors of STI vaccine acceptability among parents and their adolescent children. *J Adolesc Health*. 2005 Sep;37(3):179–86.
79. BRABIN L, ROBERTS SA, STRETCH R, BAXTER D, ELTON P, KITCHENER H, et al. A survey of adolescent experiences of human papillomavirus vaccination in the Manchester study. *Br J Cancer*. 2009 Nov 3;101(9):1502–4.
80. BROWN ECF, LITTLE P, LEYDON GM. Communication challenges of HPV vaccination. *Fam Pract*. 2010 Apr;27(2):224–9.
81. BRABIN L, ROBERTS SA, KITCHENER HC. A semi-qualitative study of attitudes to vaccinating adolescents against human papillomavirus without parental consent. *BMC Public Health*. 2007;7:20.
82. MORISON LA, COZZOLINO PJ, ORBELL S. Temporal perspective and parental intention to accept the human papillomavirus vaccination for their daughter. *Br J Health Psychol*. 2010 Feb;15(Pt 1):151–65.
83. ZIMET GD. Improving adolescent health: Focus on HPV vaccine acceptance. *J Adolesc Health*. 2005 Dec;37(6, Supplement):S17–23.
84. LEFEVERE E, HENS N, THEETEN H, VAN DEN BOSCH K, BEUTELS P, DE SMET F, et al. Like mother, like daughter? Mother's history of cervical cancer screening and daughter's Human Papillomavirus vaccine uptake in Flanders (Belgium). *Vaccine*. 2011 Oct 26;29(46):8390–6.
85. MONNAT SM, WALLINGTON SF. Is There an Association Between Maternal Pap Test Use and Adolescent Human Papillomavirus Vaccination? *J Adolesc Health*. 2013 Feb;52(2):212–8.
86. CHAO C, SLEZAK JM, COLEMAN KJ, JACOBSEN SJ. Papanicolaou Screening Behavior in Mothers and Human Papillomavirus Vaccine Uptake in Adolescent Girls. *Am J Public Health*. 2009 Jun;99(6):1137–42.
87. BAKER L, WAGNER TH, SINGER S, BUNDORF MK. Use of the Internet and e-mail for health care information: results from a national survey. *JAMA*. 2003 May 14;289(18):2400–6.
88. ZIMMERMAN RK, WOLFE RM, FOX DE, FOX JR, NOWALK MP, TROY JA, et al. Vaccine Criticism on the World Wide Web. *J Med Internet Res [en ligne]*. 2005 Jun 29;7(2). Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1550643/> (consultée le 22/12/2014)

89. POSCIA A, SANTORO A, COLLAMATI A, GIANNETTI G, DE BELVIS AG, RICCIARDI W, et al. Availability and quality of vaccines information on the Web: a systematic review and implication in Public Health. *Ann Ig Med Prev E Comunità*. 2012 Apr;24(2):113–21.
90. KELLY BJ, LEADER AE, MITTERMAIER DJ, HORNIK RC, CAPPELLA JN. The HPV vaccine and the media: How has the topic been covered and what are the effects on knowledge about the virus and cervical cancer? *Patient Educ Couns*. 2009 Nov;77(2):308–13.
91. LA TORRE G, DE VITO E, FICARRA MG, FIRENZE A, GREGORIO P, BOCCIA A. Is there a lack of information on HPV vaccination given by health professionals to young women? *Vaccine*. 2013 Oct 1;31(42):4710–3.
92. MOULIN AM. French specificities in the history of vaccination. The end of an exception? *Rev d'épidémiologie Santé Publique*. 2006 Jul;54 Spec No 1:1S81–81S87.
93. BALINSKA MA, LÉON C. Perceptions of hepatitis B vaccination in France. Analysis of three surveys. *Rev Dépidémiologie Santé Publique*. 2006 Jul;54 Spec No 1:1S95–91S101.
94. LÉVY-BRUHL D. Successes and failures of anti-HBV vaccination in France: historical background and questions for research. *Rev Dépidémiologie Santé Publique*. 2006 Jul;54 Spec No 1:1S89–81S94.
95. PÉLISSIER G, BASTIDES F. HPV vaccine and cervical cancer prevention in general practice. Survey conducted among general practitioners in the French departments of Eure-et-Loir and Cher. *Rev Prat*. 2008 Dec 15;58(19 Suppl):25–31.
96. PLESSIS A, BARON C, DUCANCELLE A, MOULEVRIER P, FANELLO S. Vaccination contre le papillomavirus et médecins généralistes. Une enquête qualitative en Pays-de-Loire. *Médecine*. 2012 Nov 1;8(9):426–30.
97. PLESSIS A. Les médecins généralistes (MG) et la vaccination anti-papillomavirus. Thèse pour le doctorat de médecine. Université d'Angers. 2010.
98. LUTRINGER-MAGNIN D, KALECINSKI J, BARONE G, LEOCMACH Y, REGNIER V, JACQUARD AC, et al. Human papillomavirus (HPV) vaccination: Perception and practice among French general practitioners in the year since licensing. *Vaccine*. 2011 Jul 18;29(32):5322–8.
99. LENSELINK CH, GERRITS MMJG, MELCHERS WJG, MASSUGER LFAG, VAN HAMONT D, BEKKERS RLM. Parental acceptance of Human Papillomavirus vaccines. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2008 Mar;137(1):103–7.
100. BALINSKA M-A, LEON C. Opinions et réticences face à la vaccination. *Rev Médecine Interne*. 2007 Jan;28(1):28–32.

101. GIAMBI C, D'ANCONA F, MANSO MD, MEI BD, GIOVANNELLI I, CATTANEO C, et al. Exploring reasons for non-vaccination against human papillomavirus in Italy. *BMC Infect Dis*. 2014 Nov 11;14(1):545.
102. TRIM K, NAGJI N, ELIT L, ROY K. Parental Knowledge, Attitudes, and Behaviours towards Human Papillomavirus Vaccination for Their Children: A Systematic Review from 2001 to 2011. *Obstet Gynecol Int* [en ligne]. 2012;2012. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3184497/> (consultée le 22/12/2014)
103. Ministère chargé de la Santé. Mobilisons nous pour la vaccination ! Conférence de presse Vendredi 22 avril 2011 [en ligne]. 2011. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr> (consultée le 29/06/2015)
104. YEU C. Eléments intervenant dans la décision médicale en médecine générale: exemple du dépistage du cancer de la prostate par dosage des PSA. Faculté de médecine de Bobigny Léonard de Vinci Université Paris 13; 2008.
105. MOUSQUES J, RENAUD T, SCEMAMA O. Variabilité des pratiques médicales en Médecine Générale : la prescription d'antibiotiques dans la rhinopharyngite aiguë. *CREDES Question d'économie de la santé*. 2003 août;70:6p.
106. SUSSMAN AL, HELITZER D, SANDERS M, URQUIETA B, SALVADOR M, NDIAYE K. HPV and Cervical Cancer Prevention Counseling With Younger Adolescents: Implications for Primary Care. *Ann Fam Med*. 2007 Jul 1;5(4):298–304.
107. GUERRY SL, DE ROSA CJ, MARKOWITZ LE, WALKER S, LIDDON N, KERNDT PR, et al. Human papillomavirus vaccine initiation among adolescent girls in high-risk communities. *Vaccine*. 2011 Mar 9;29(12):2235–41.
108. GOTTLIEB SL, BREWER NT, STERNBERG MR, SMITH JS, ZIARNOWSKI K, LIDDON N, et al. Human papillomavirus vaccine initiation in an area with elevated rates of cervical cancer. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med*. 2009 Nov;45(5):430–7.
109. FANTINO B, FANTINO F, DUMONT C, NITENBERG C, DELOLME H. Preventive practice in general medicine in the Rhone-Alps region. *Fr*. 2004 Sep;16(3):551–62.
110. ENSP. La médecine générale face à ses nouvelles missions de santé publique [en ligne]. 2007. Disponible sur: http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ensp/mip/2007/groupe_10.pdf?1W4QD-K336M-XJQWX-60J4Q-DD473 (consultée le 01/08/2015)
111. ALBARELLO L. Apprendre à chercher: l'acteur social et la recherche scientifique. De Boeck Supérieur; 2003. 202 p.

ANNEXES

1. Consolidated criteria for reporting qualitative studies (COREQ): 32-item checklist

Domain 1: Research team and reflexivity

Personal Characteristics

- Interviewer/facilitator: Which author/s conducted the interview or focus group?
- Credentials: What were the researcher's credentials?
- Occupation: What was their occupation at the time of the study?
- Gender: Was the researcher male or female?
- Experience and training: What experience or training did the researcher have?

Relationship with participants

- Relationship established: Was a relationship established prior to study commencement?
- Participant knowledge of the interviewer: What did the participants know about the researcher? *e.g. personal goals, reasons for doing the research*
- Interviewer characteristics: What characteristics were reported about the interviewer/facilitator? *e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic*

Domain 2: study design

Theoretical framework

- Methodological orientation and Theory: What methodological orientation was stated to underpin the study? *e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis*

Participant selection

- Sampling: How were participants selected? *e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball*
- Method of approach: How were participants approached? *e.g. face-to-face, telephone, mail, email*
- Sample size: How many participants were in the study?
- Non-participation: How many people refused to participate or dropped out? Reasons?

Setting

- Setting of data collection: Where was the data collected? *e.g. home, clinic, workplace*
- Presence of non-participants: Was anyone else present besides the participants and researchers?
- Description of sample: What are the important characteristics of the sample? *e.g. demographic data, date*

Data collection

- Interview guide: Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?

- Repeat interviews: Were repeat interviews carried out? If yes, how many?
- Audio/visual recording: Did the research use audio or visual recording to collect the data?
- Field notes: Were field notes made during and/or after the interview or focus group?
- Duration: What was the duration of the interviews or focus group?
- Data saturation: Was data saturation discussed?
- Transcripts returned: Were transcripts returned to participants for comment and/or correction?

Domain 3: analysis and findings

Data analysis

- Number of data coders: How many data coders coded the data?
- Description of the coding tree: Did authors provide a description of the coding tree?
- Derivation of themes: Were themes identified in advance or derived from the data?
- Software: What software, if applicable, was used to manage the data?
- Participant checking: Did participants provide feedback on the findings?

Reporting

- Quotations presented: Were participant quotations presented to illustrate the themes / findings? Was each quotation identified? *e.g. participant number*
- Data and findings consistent: Was there consistency between the data presented and the findings?
- Clarity of major themes: Were major themes clearly presented in the findings?
- Clarity of minor themes: Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?

2. Guide d'entretien

A. Profil du médecin

- Caractéristiques retenues : sexe, âge, mode d'exercice, lieu d'exercice, activité particulière, formation complémentaire, visiteurs médicaux, nombre de consultations par semaine et part des consultations avec évocation de la vaccination anti-HPV.

B. Vaccination en général

- Quelle est votre expérience professionnelle concernant la vaccination en général ?
- Vous sentez-vous à l'aise pour parler de vaccination ?
- Certaines vaccinations suscitent-elles des discussions, voire des négociations ?

C. Vaccination anti-HPV

- Comment se passe une consultation où la vaccination anti-HPV est abordée ?
- Comment présentez-vous le vaccin ?
- A qui en parlez-vous ? Dans quelles circonstances ?
- Vous sentez-vous à l'aise pour discuter de cette vaccination et répondre aux questions ?
- Avez-vous un vaccin préférentiel ? Pourquoi ?
- A partir de quel âge proposez-vous le vaccin ?

D. Défis pour les médecins généralistes

- D'après votre expérience, quelles sont les difficultés rencontrées par les médecins généralistes ? Comment expliquez-vous ce problème ?
- Est-ce nouveau ?

1. Age de la vaccination/nouvelles recommandations

- Votre pratique professionnelle est-elle guidée par ces nouvelles recommandations ?
- Pensez-vous que ces recommandations ont changé quelque chose dans votre pratique ?
- Est-ce plus facile ou plus difficile de parler du vaccin ?
- Est-ce que vous abordez en même temps la sexualité ? Est-ce facile ?

2. Médiatisation d'affaires judiciaires

- Avez-vous constaté des changements depuis la médiatisation d'affaires judiciaires ?
- Cette médiatisation rend-elle la discussion plus difficile ?
- Les médias ont-ils une influence sur la demande de vos patientes ?
- Quelles sont les questions que les patientes vous posent ?

Relances

- Que voulez-vous dire ?
- Si je comprends bien, vous trouvez que...
- Comment expliquez-vous cela ?

3. Entretiens

❖ Entretien 1

SL : Bonjour, merci de me recevoir. Mon travail de thèse porte sur la vaccination anti-HPV. Pour parler de vaccination en général, quelle est votre expérience professionnelle concernant la vaccination en général ? Vous proposez facilement...

E1 : Alors après moi je suis assez dans les clous pour proposer les vaccinations qui sont recommandées. Il y en a qui sont recommandées dont je ne parle pas c'est par exemple le vaccin pour le rotavirus. J'en parle pas parce que je ne suis pas convaincu que ce soit très utile. Pas remboursé donc j'veux pas faire culpabiliser les gens, donc, pour moi y'a pas grand intérêt.

Euh... je, mmmhh, ne propose pas le BCG aux gens qui n'en ont pas besoin contrairement à des pédiatres nancéens qui font le BCG à tout le monde pour faire une discrimination positive. Du coup tout le monde y a le droit. Après on voit les gamins avec des BCGites donc ça m'embête un peu. Donc euh quand je fais les vaccins, j'ai un certain nombre de nourrissons et je ne demande pas aux gens s'ils veulent l'hépatite le machin je fais de l'hexavalant d'emblée sans trop préciser sauf si les gens demandent sinon je fais. Ceux qui me disent je ne veux pas l'hépatite B je mets dans le dossier, euh vaccin anti-hépatite B proposé.

Le Méningitec® je le propose depuis qu'il est au tableau et remboursé donc j'essaye de tout faire donc la varicelle je le propose pas parce qu'il est pas conseillé sauf des fois aux parents.

Alors le Gardasil®, euh..., je le propose mais après je ne vais pas passer une heure pour expliquer le pourquoi du comment et euh donc là par exemple l'an dernier j'ai une gamine de 13 ans qui a fait une SEP 6 mois après un Gardasil® donc après on sait qu'y'a pas plus mais après au niveau avec les parents c'est sûr que la petite sœur on ne va pas la vacciner mais c'est vrai qu'après avec les parents après y'a toujours si on va sur internet c'est le Gardasil® qui donne qui donne. C'est vrai que c'était l'an dernier à l'automne y'avait un article avec le labo qui avait été condamné à payer des indemnités à une gamine qui a eu des complications euh suite à un Gardasil® donc y'avait pas de preuves mais y'avait eu quand même une parce qu'ils avaient pu prouver qu'y'avait un facteur Du diabète j'sais plus. Et j'me souviens parce que j'avais pris l'avion ce jour là et y'avait l'article partout et euh autant le vaccin a sauvé plein de vies, y'a plein de bénéfices. A partir du moment où le vaccin élimine des maladies on finit par croire que les maladies n'existent plus et après effectivement tout effet secondaire n'est plus supporté parce que si y'a un doute parce qu'on dit ben de toute façon la maladie la rougeole on en voit plus. L'hépatite on les voit pas et tout. Donc l'hépatite B moi j'argumentais avec le fait que les..., j'avais vu une gamine de 15 ans mourir en réa quand j'étais en stage d'une hépatite B dans un tableau d'œdèmes toute jaune saignant de partout, donc en général après ils vaccinaient. Et pour le Gardasil® je leur dit qu'effectivement actuellement ils ont une couverture sociale que les enfants sont insérés que les parents sont insérés que y'a le recours. Mais malgré ça y'a quand même 30% des femmes qui échappent et que bon p'têtre qu'y'a des trucs p'têtre que c'est pas efficace on n'a pas forcément le recul mais qu'a priori bon les effets secondaires ne sont pas évidents et que comme on sait qu'y'a de toute façon un tiers des femmes qui fait pas de suivi on diminue les chances, c'est pas du 100% mais ça peut être favorable. Donc j'essaye quand même d'avoir un discours pour vendre la vaccination. Dans le temps on disait c'est obligatoire c'est tel vaccin c'est tel vaccin puis maintenant c'est de plus en plus conseiller, et après si le temps de la consult avec tout le reste il faut passer 1h pour argumenter sur les avantages les risques de la vaccination c'est un peu compliqué. Donc les gens moi je propose, je leur dis que les filles qui sont gênées avec de l'HPV et

les surveillances les colposcopies du laser même si c'est pas mortel que c'est pas mortel si elles ont un suivi mais celles qui sont suivies avec des conisations avec des grossesses tardives c'est le bordel pour début de grossesse avec des problèmes d'infertilité avec des FC et tout c'est quand même un handicap, même sans parler de mort. C'est quand même un inconfort et après les femmes aller faire des frottis tous les 6 mois et aller faire de la colposcopie ou du laser c'est quand même pas très amusant donc euh..., au niveau confort ça vaut quand même le coup de diminuer la fréquence des lésions.

SL : Et vous en parlez autant aux mères qu'aux filles ? A qui vous en parlez le plus ?

E1 : En général euh y'a la mère avec la fille à cet âge là. Moi je suis assez carré donc j'explique les choses avec mes arguments j'essaye d'orienter mais après les gens disent qu'ils ne veulent pas... Je mets dans le dossier Gardasil® proposé.

SL : et vous vous sentez à l'aise pour répondre aux questions des mères en général ?

E1 : Ah oui...

SL : Et finalement vous le proposez à quel âge ce vaccin ?

E1 : Ben maintenant on le propose dès 11 ans, puis après y'a le rappel jusqu'à 19 ans.

SL : Vous arrivez à le proposer à 11 ans, ça vous semble facile, c'est difficile ?

E1 : Ça pose pas de problème parce que à 11 ans c'est justement l'âge où il y a la mise à jour euh du tétravalent donc on en profite pour caser l'autre en même temps puis après celles qui sont entre les deux on dit y'a un intérêt à faire avant 14 ans comme ça on n'en fait que deux et puis et puis voilà. Le problème c'est que c'est difficile à le vendre parce que les femmes, les gens ont peur des complications et des effets secondaires. Alors je dis effet secondaire, téléphoner en voiture c'est dangereux, on risque des points on risque un accident mais tout le monde téléphone en conduisant. Y'a un vaccin y'a un doute y'a un machin, on n'a jamais rien pu prouver mais...

SL : Donc pour vous, finalement, l'abaissement de l'âge de la vaccination...

E1 : C'est un élément facilitateur oui.

SL : Et en ce qui concerne les affaires médiatisées, est ce que vous avez l'impression que ça a changé quelque chose dans votre pratique ?

E1 : Ça nous pourrit la vie c'est tout... Parce que ça devient très compliqué. C'est toutes les campagnes, vous aident pas à faire à suivre les référentiels donc il faut argumenter. Et puis de toute façon vis-à-vis de tout, comme là, la maman que j'ai rappelé pour prendre des nouvelles. Ce sont des gens, on prend des nouvelles pour rassurer pour montrer qu'on a bien compris qu'elle a pleuré qu'elle était triste qu'elle était inquiète. C'était pour rassurer la maman j'avais aucune inquiétude pour le gamin j'étais sûr de moi. Mais euh..., les gens sont hyper stressés, on arrête pas de parler de prévention faut plus faire ci, faut pas faire ça, y'a des risques augmentation tel cas, les tickets de caisse sont dangereux... Déjà si les gens arrêtaient de picoler de fumer, y'aurait moins de pathologie. Enfin, les gens y'a énormément de gens qui sont dans un état de stress permanent. Là maintenant c'est les problèmes d'attentat de terrorisme, de montée religieuse le chômage, le truc le... Pff...

Maintenant les femmes qui suivent les maris pour pouvoir tracer où ils sont allés, connecter les sms, qui ont des copines en chat et tout. Enfin, c'est... Les gens sont dans un état de névrose permanent donc le moindre truc les gens finissent par oublier que le vaccin c'est fait pour éviter une maladie

potentiellement mortelle. Donc ils ont peur des effets secondaires et tout et tout. Et nous il faut gérer ça entre les gens qui ont des problèmes de santé mais qui ne vont pas se faire soigner parce qu'ils font l'autruche et puis les gens qui auraient besoin mais qui ont peur, qui viennent pour rien, ça fait tourner les boutiques hein mais les gens qui ont peur d'avoir des trucs alors qu'ils n'ont rien, ça complique un peu les choses. Mais au niveau des vaccins, les vaccins bon c'est quand même une chance d'avoir des vaccins maintenant les gens voient ça comme... et puis comme c'est l'état c'est des contraintes. J'veux plus l'Etat, et puis c'est la mode écolo. Enfin, y'a eu des SEP, à un moment donné ils vaccinaient plus les gamins, y'avait eu des faux certifs et puis y'avait eu une épidémie de polio. C'est pareil la polio les gens ont perdu l'habitude de voir des polio bon après ceux qui ont connu la polio, qui ont eu des séquelles de polio dans les années 50 je crois c'était la dernière vague, ceux là ils vont pas se poser la question ils vont se faire vacciner quoi. Mais à partir du moment où les gens perdent l'habitude de voir des maladies graves ils pensent que la maladie n'existe plus. Et à ce moment là, ils ne supportent plus du tout euh... le moindre effet secondaire et les gens perdent le côté altruiste aussi de la vaccination c'est-à-dire on se vaccine on se vaccine on protège ses amis.

SL : Vous me parliez tout à l'heure de la prescription du vaccin. Finalement, vous en parlez de manière systématique ?

E1 : Quand c'est, quand je les vois, après souvent on voit les gamins alors après cette tranche d'âge là on les voit plus forcément souvent parce qu'il n'y a plus d'examen systématique, c'est un peu dur. Donc le..., où on récupère tout ça c'est souvent à la rentrée quand il y a des certificats donc là j'en profite pour faire un examen, refaire le point. Donc je dis bien au secrétaire : « licence, c'est un rendez- vous vous dites bien aux gens de venir avec le carnet de santé », on refait le point on mesure on pèse on regarde le dos, on essaye de faire le truc de dépistage, de... faire le point peser, mesurer, refaire les IMC, etc. Et, c'est l'occasion de remettre à jour les vaccins et puis de reparler du Gardasil®.

SL : Et d'après votre expérience à vous, quelles sont les difficultés que les MG peuvent rencontrer avec ce vaccin ?

E1 : Ben, c'est les médias qui disent qu'il faut pas et même sur les blogs, y'a beaucoup de médecins sur les blogs, des grandes gueules de Twitter qui disent c'est de la connerie il faut pas. Je suis quelques médecins, écrivains, bloggeurs qui passent leur temps sur Twitter et ils sont toujours un peu dans la contestation. Donc c'est des gars, des grandes gueules, engagés politiquement et autres et du coup ils contestent tout.

SL : Par contre, l'âge de la vaccination pour vous, vous me disiez que c'était...

E1 : Que c'était plus facilitant effectivement. L'argument de dire on en profite parce qu'il y a un rappel à 11 ans, on en profite pour en parler, ça passe mieux. Parce qu'après à 14, alors après y'a la contraception et avant y'avait aussi l'obligation de pas avoir eu de rapports, de pas avoir commencé son activité sexuelle. Donc ça veut dire quoi la gamine elle vient avec sa mère, on va pas lui dire ben non, elle va pas dire « ça fait deux ans que j'ai un petit copain » ou « j'ai été violée par le beau père depuis que j'ai 9 ans », enfin... Je veux dire, à un moment donné, c'est une question qu'on pouvait pas forcément poser donc maintenant la question là n'intervient plus, elle est plus du tout dans l'AMM. On vaccine à 11 ans et comme ça on part du principe que c'est assez tôt, qu'il n'y a pas encore eu d'activité sexuelle et de contamination HPV. C'est-à-dire qu'on détache de la sexualité alors qu'à 14 ans il fallait aborder le problème des rapports, l'existence de rapports, si on voulait être dans les clous. Parce que après à la rigueur, on aurait vacciné alors qu'il n'y avait pas d'indication, en cas de complication on nous aurait reproché d'avoir fait un vaccin qui n'était pas utile puisqu'on avait pas posé la question et qu'elle avait un petit copain depuis des années.

SL : Est-ce que vous voyez d'autres choses à rajouter ?

E1 : Non, ben ils ont changé au début 36 fois les seringues, les aiguilles, les trucs, c'est des trucs un peu merdiques au début qui ressortent, qui se rentraient, enfin c'était...

SL : Vous utilisez un vaccin préférentiel ?

E1 : J'ai gardé l'habitude de mettre du Gardasil®, alors l'autre dit que finalement ils ont peut-être plus de preuves au long cours machin, mais bon tant qu'à faire autant vacciner aussi contre les condylomes. Au début y'avait le Gardasil® qui était recommandé avant le Cervarix®. Donc le Cervarix® des fois ils montent des études mais de toute façon ils nous enfument tellement, j'ai pas le courage de lire un truc qui est imbuvable. Mais comme je suis déjà un vieux, je continue à prescrire le Gardasil® qui au départ avait des arguments pour dire qu'il fallait le faire.

Mais vous voyez, moi j'ai eu une jeune donc qui a fait une SEP 6 mois après. Alors après on ne dit pas que c'est un effet secondaire du vaccin mais bon j'ai fait une déclaration de pharmaco puis ça repart après. Il y a eu des SEP avant le Gardasil® et c'est l'âge où ça commence. Et puis les SEP c'est pas si rare que ça, j'en ai au moins une demie douzaine dans ma clientèle, c'est presque 1% de mon fichier patients. Après bon c'est difficile euh, après pour les parents de les convaincre qu'il n'y a pas de rapport, il y a toujours un doute. En plus, y'a eu des articles de journaux, y'a eu un labo qui avait été condamné un peu comme dans l'hépatite B. Il y a eu des gens qui ont fait des problèmes de SEP en post vaccination anti-hépatite B mais il y avait une obligation professionnelle donc c'est passé en maladie professionnelle. Et j'ai vu des reportages et le fait que ce soit reconnu en maladie professionnelle du coup était un facteur de..., pour certains ça a été compris comme un lien de causalité. Mais en fait pour que les gens soient couverts dans le doute, on fait parce qu'on ne peut pas prouver le contraire, au niveau administratif comme il y a eu obligation on ne peut pas prouver que c'est pas ça, donc ça passe pour que les gens soient mieux pris en charge et autre mais du coup c'est interprété pour certains comme un lien de causalité. Après un vaccin ça peut donner une poussée. Un des vaccins qui donne le plus de SEP c'est la fièvre jaune, et les gens qui vont en Afrique ils ne disent pas je ne fais pas mon vaccin, ceux qui ont pris le billet d'avion, après on leur dit il faut la fièvre jaune, ils ne pensent pas à la SEP. C'est tous les vaccins qui ont une très forte immunogénicité qui peuvent donner une poussée, et c'est pareil la poussée c'est sur un terrain prédisposé ça donne une poussée mais ça ne donne pas une maladie. Mais ça peut être révélateur d'une maladie d'attente qui se serait déclarée. Le problème du Gardasil® c'est d'arriver à vendre parce que maintenant les gens disent, comme pour l'hépatite B, voilà c'est plus l'hépatite. « Ça ne sert à rien, de toute façon il suffit de faire les frottis, c'est pas du 100%, on n'a pas de recul ». Après, on est, on rame déjà pour tout et il faut se battre pour un vaccin ! Maintenant il faut, alors moi j'essaye de parler, d'avoir un rapport adulte-adulte avec mes patients, je ne suis pas de l'ancienne génération qui dit, « tu fais ça ma cocotte », mais par contre j'ai une tête de cochon donc quand j'ai des idées j'essaye de convaincre. Mais après, par contre effectivement les gens ont tout à fait le droit. Donc j'explique, et puis après de toute façon c'est votre droit puis je marque sur le carnet de santé, pour pas qu'il y en ait un plus tard qui me dit pourquoi tu m'as pas fait le vaccin, c'est pas le médecin qui n'y a pas pensé, qui n'a pas proposé.

SL : Et puis, il y a le problème de la relation triangulaire, avec la mère et la fille, comment s'adresser autant aux deux ?

E1 : Après un gamin de 13 ans, on lui dit, tu veux faire un vaccin il te dit « ben non je ne veux pas, c'est pas obligatoire je le fais pas ». La gamine à 11 ans c'est comme les gamins qui commencent à fumer à 15 ans dans le lycée. Le poumon pour eux c'est tonton, ils n'en n'ont rien à faire, ils se disent

qu'ils mourront peut-être avant d'un accident de la route, d'un suicide ou je ne sais quoi. C'est pas ça qui parle. Une gamine de 11 ans, on lui explique qu'elle risque d'avoir un cancer du col, déjà savoir ce que c'est que le col utérin. Après j'ose pas dire aux mères que ça donne des cancers des amygdales aussi. C'est une des premières causes des cancers ORL maintenant, l'HPV oui. Et il y a énormément de cancers ORL liés à l'HPV. Et même chez les immunodéprimés, il y avait eu un cas, une lésion HPV au niveau du poumon, mais au niveau ORL il y a énormément d'HPV en carcinogénèse ORL.

SL : Merci beaucoup.

❖ Entretien 2

SL : Combien de consultations par semaine nécessitent que vous abordiez le sujet de la vaccination anti-HPV ?

E2 : Je sais pas, sur la semaine, je vais peut-être en parler 3 fois. Parce que déjà quand je vois, oui oui, quand je vois les rappels à 11 ans. Depuis qu'ils nous ont changé les bornes de l'âge euh... préconisé, c'est mieux, parce qu'avant avant, on était avant... ça a été une bonne mesure oui, parce qu'avant on en parlait quand ? 14 ans ? Tout à coup, toutatrac ! Il fallait y penser surtout. Alors que lorsqu'on fait les rappels à 11 ans, là on y pense obligatoirement. Ça a créé une circonstance idéale pour y penser, alors qu'à 14 ans ce n'était pas le cas. Voilà.

SL : Pour vous rappeler le sujet de ma thèse, donc il s'agit d'une étude sur la pratique des MG sur la vaccination anti-HPV. Mais déjà, sur la vaccination en général, quelle est votre expérience professionnelle concernant la vaccination en général ?

E2 : Sur la vaccination en général, euh, de toute façon il y a une désaffection vis-à-vis de la vaccination. Ben oui, et alors là le dernier avatar, c'est de claiçonner à longueurs de journées que le vaccin contre la grippe cette année protège qu'à 30%, etc., etc. C'est sûr que l'année prochaine (rires), on aura encore descendu une ou deux marches, hein ça c'est sûr. Et c'est général, oui c'est général et ça a été..., ce déclin, cette désaffection, ce fléchissement qui se confirme d'année en année a été amorcé en 2009, au moment de la vaccination contre la grippe H1N1 qui était une absurdité totale. Mais euh, bon, encore aujourd'hui, c'est pas reconnu comme ayant été une gestion absurde du sujet. Or, c'était absurde et puis coupable. En 2009, j'avais suivi l'histoire de près, on avait été invité d'ailleurs en juillet 2009 à la préfecture pour que nous, responsables de la profession, s'entendent expliquer ce qui allait être mis en place. Et je me souviens très bien en sortant de cette réunion, on s'est dit euh... (rires), non c'est vrai, mais tout en vrillant notre index sur notre tempe, on savait qu'ils allaient le faire, et ils l'ont fait. Et c'était, c'était aberrant, aberrant. En plus, en plus j'ai très vite su avant avant qu'ils mettent cela en place à l'automne, j'ai très vite su que, c'est une pandémie de niveau 6 hein qui avait été déclenchée au printemps, or les experts, les grands experts de l'OMS qui avaient décrété le niveau 6 de pandémie au printemps 2009, en septembre ils étaient, il y en avait beaucoup qui étaient déjà expert dans les labos qui fabriquaient le vaccin. Oui..., euh no comment, no more comment. Non, c'est vrai, c'est vrai. Et, et... moi j'ai toujours dit que c'était, c'était incroyablement abusif et glauque, hein comme prise en charge

SL : Mais du coup, vous vous sentez à l'aise pour parler de vaccination avec vos patients ?

E2 : Ben oui, mais euh, le problème c'est qu'on est obligé de leur rappeler que les vaccins ne sont pas à jeter. Alors qu'à les entendre, ils sont, pourtant, pourtant bon j'ai pas trop plus de problème que cela hein, mais il faut les... il faut aborder le sujet, hein. Sinon, si on les laisse mijoter dans leurs sentiments plus ou moins clairs qui prévalent depuis 2009. Alors, alors ils ne feraient rien. Le fait que

nous, nous les interpellions sur ce sujet là, oui on les ramène dans les rails. Parce que bon, oui c'est vrai que comme ça fait 35 ans que je suis là et comme je prétends toujours dans mon cabinet diriger la manœuvre, on y arrive mais il faut faire ce travail sinon ça continue et ça continuerait et ça continue déjà à décliner. On a vu pour la grippe, l'entrée en lice des infirmières, ça n'a rien changé du tout en taux de couverture vaccinale, rien du tout.

Mais non, ça continue à décliner, donc on a les chiffres hein, et d'année en année ça descend, 2009, c'était plus que 2010 plus que 2011 et ainsi de suite. D'année en année ça descend inexorablement, l'entrée en lice des infirmières n'a rien du tout changé à la couverture vaccinale et n'a pas du tout permis une remontée de cette couverture. Ce qui nous a fait dire qu'annoncer qu'on allait confier les vaccins aux pharmaciens pour remonter la couverture vaccinale, c'est une pantalonnade, c'est une blague. C'est pas le pharmacien qui va avoir plus d'impact que moi pour convaincre un patient qui n'a pas voulu ici. Il va dire non ici et à la pharmacie il va dire « Ah ben oui tiens ! », mais bien sûr que non. Tout ça c'est, c'est. Alors en plus ça rentre dans le cadre d'un sujet qui me fâche sérieusement qui est la délégation de tâches, mais sur des arguments comme cela c'est zéro pointé. C'est zéro.

SL : Et vous avez des vaccinations qui posent vraiment des problèmes de discussion, voire de négociations ?

E2 : Ça dépend des médias. Il suffit que les médias, là encore par rapport au papillomavirus, là, ils ont lancé deux trois messages, je sais plus là, il y a quelques mois, hein. (Rires) Si vous êtes en train d'en faire une, de vaccination, alors aussitôt, aussitôt la maman pose la question. Elle dit j'ai entendu il y a 3 jours à la radio que le vaccin contre le papillomavirus...alors que bon, j'vois sa fille pour la 2^{ème} injection quoi. Bon je ne peux que signer et persévérer hein, je ne vois pas ce que je peux faire d'autre... Mais bon, ils sont toxiques.

SL : Alors du coup, ces affaires médiatisées ont changé quelque chose dans votre pratique, vous l'avez ressenti ?

E2 : Ben, c'est à chaque fois, vous êtes obligés de ramer à nouveau dans l'autre sens. Chaque fois qu'ils médiatisent, ça crée le doute hein, pour pas dire plus, la suspicion. Et pour lever ce..., si vous prenez cette suspicion et que vous voulez lever ce doute et ben il faut qu'on rame dans l'autre sens. Alors, on y arrive mais bon ça suffit, ce bazar comme ça médiatique à tout va sur tous les sujets médicaux à longueur de temps, c'est, c'est nul. Et là j'veus ai dit que l'annonce, ça ne tombe pas dans l'oreille d'un sourd, hein, on me la déjà dit la semaine dernière 3 fois, cette semaine déjà deux trois fois aussi : « Le vaccin contre la grippe ne protège pas », l'année prochaine, vous pouvez être sûre qu'on chute encore.

SL : Et les questions des patientes ont changé depuis ce comportement des médias, ces informations...?

E2 : Ils ne posent pas de questions, là encore ce matin je l'ai entendu dans la bouche d'une patiente qui était enrhumée et qui avait été vaccinée contre la grippe.

Et qui vous dit, dans ce cas là, sans hésiter, ben c'est normal puisque le vaccin ne protégeait pas. C'est normal qu'elle soit malade aujourd'hui.

SL : Et pour le papillomavirus, les questions ont changé ?

E2 : Alors pour le papillomavirus, ben y'a eu quelques messages radio diffusés au moins hein fâcheux, euh non, ça va pas très loin le questionnement pour le papillomavirus.

SL : Ça ne rend pas la discussion plus difficile, pour le présenter aux patients ?

E2 : Non, non parce que quand on en parle, quand on en parle, ben justement à 11 ans, souvent la mère de famille est là donc on lui explique et puis voilà. Souvent elle croit se souvenir, avoir entendu dire que... c'était pas un vaccin, hein euh voilà. Après on est obligés comme j'ai dit tout à l'heure de ramer, souquer ferme dans le bon sens, hein, mais bon après on y arrive, on y arrive.

Je ne me souviens pas de cas où la maman m'avait dit : « Ah ben non quand même pas », quand même pas... Mais voilà.

SL : Et que pensez-vous de l'âge de la vaccination ?

E2 : C'est un bon point. Pour le recrutement, de notre fait, parce qu'on y pense systématiquement à 11 ans alors qu'à 14 ans on n'y pensait pas forcément systématiquement. Donc bon le recrutement, c'est un atout, pour le recruteur ah oui ça c'est clair.

SL : Et d'après votre expérience, quelles sont les difficultés que les MG peuvent rencontrer avec cette vaccination ?

E2 : Ben vous savez déjà qu'il y a des médecins généralistes qui en rajoutent, qui sont anti-vaccin, ou pas loin, pas loin de l'être, donc dès qu'il y a, ah oui c'est sûr ils existent, je ne donnerai pas de pourcentage parce que j'en sais rien, mais ils existent. Donc ils sont très prompts certains, ils sont, j'espère, très minoritaires, minoritaires en tout cas ils le sont ça c'est sûr, très disposés à cracher dans la soupe. Alors, là, là, pour ces patientèles là c'est cuit hein c'est fichu. C'est terminé. Pour les autres, ils sont plus ou moins motivés. Je vois bien d'ailleurs quand on parle, par exemple en CPL (commission paritaire locale), la vaccination contre la grippe, ben j'entends parfois des commentaires des fois qui, qui trahissent leur retard. On sent très bien que bof, ils ne se sont pas acharnés pour le vendre, le vaccin contre la grippe dans leur patientèle, oui c'est vrai. Donc, il y a la franche de médecins, j'espère très minoritaires qui est pas du tout pour les vaccins ou quasiment pas, sans savoir pourquoi bien sûr. Ceux qui ne sont pas prosélytes, militants, et finalement des prosélytes ou des militants, il ne doit pas y en avoir tant que ça. Il y a aussi donc, en clair à mon avis une désaffection du corps médical vis-à-vis de la vaccination, malheureusement, malheureusement, et il faudrait leur rappeler les bases, leur rappeler les bases, oui.

Parce que bon, les questions elles sont rarement plus, SEP, Guillaïn Barré, ça ne sort pas aussi facilement que ça, hein, de la bouche des patients, ben non parce qu'ils ont pas des souvenirs aussi précis. Si vous prenez la grande crise de la vaccination contre l'hépatite B de 95, euh, (rires) alors là c'était, c'était déjà une gestion à la 2009. Moi j'ai connu, j'ai connu deux éruptions catastrophiques du politique dans le champ médical, euh la 1^{ère} c'était 95 la vaccination contre l'hépatite B puis ça a été géré sur plusieurs années, euh, parce que y'a un moment au moins une année pleine, Kouchner l'avait imposé en 6^{ème}, un ou deux ans. Et après le même Kouchner a dit, on arrête, ce qui a accentué tout de suite la confiance dans la vaccination, hein. Mais ça, ça c'est effarant quoi, c'est constamment comme ça. Euh, et en fait, j'me souviens bien, j'me souviens bien, parce qu'en plus j'avais rencontré à Paris Douste-Blazy, DB qui était ministre de la santé avec comme bras droit euh... Xavier Bertrand, bien plus brillant que DB. En juin 95, il avait annoncé qu'il allait vacciner toute la France là, dès le mois de septembre et forcément les Mérieux et compagnie lui ont objecté qu'il n'y aurait pas de doses vaccinales pour tout le monde en septembre, hein, en lançant cette injonction là en juin. Mais bon, il a dit « ça fait rien c'est politique, je lance quand même la mesure », il a lancé la mesure et donc trois semaines après, on a démarré en septembre, bon c'était ils n'y peuvent rien parce que là, ils sont quand même ballotés par les infos nos concitoyennes et concitoyens, au bout de trois semaines il n'y

avait plus de doses vaccinales hein normal, et alors là là c'était une espèce de, heureusement que je n'ai pas connu l'occupation parce que je n'aurais pas aimé ça hein les périodes de restriction, c'était à celui qui marcherait sur la tête de l'autre à ce moment là. Donc, on avait, moi j'avais par exemple des adolescentes chez lesquelles j'avais commencé la vaccination, il fallait la finir. La grand-mère d'à côté, elle en avait rien à faire, rien à fiche c'était pour elle la dose vaccinale par pour l'adolescent chez qui il fallait terminer la vaccination. Et puis le cirque a duré jusqu'en décembre, il y a eu des gens qui faisaient la queue à la pharmacie avant l'ouverture pour, euh hop attraper la dose qui tombait sur le comptoir. Le cirque a duré jusqu'en décembre, en décembre y'a eu suffisamment de doses vaccinales. Et alors là, là le gag (rires), c'était pas possible, deux mois après le lobby SEP a délivré des messages de plus en plus tonitruants, a convaincu de plus en plus de gens. Et à ce moment là les grands-mères là qui tenaient à marcher sur la tête de tout le monde pour avoir leur dose vaccinale ne voulaient pas finir leur schéma vaccinal. Oui, ça a été le bazar!

Et bon, on peut pas leur en vouloir, il faut voir comment on les balade, le politique le rend obligatoire en 6^{ème} puis supprime l'obligation disant « ce serait quand mieux que ce soit finalement le médecin généraliste qu'il le fasse puisqu'il connaît les familles etc., si y'a des cas de SEP ou pas », ainsi de suite, c'était pas très cohérent tout ça, et voilà c'était le grand cirque. Le 2ème grand cirque c'était 2009 hein la grippe H1N1. Et le précédent de 95 les a pas dissuadés en 2009 de remettre les couverts, c'est absurde. L'H1N1 c'était pire encore, c'était pire, parce que les..., je me souviens à cette période là j'avais une interne et une externe et donc (rires) le matin, en plus moi j'ai pas une activité importante, le matin j'avais 5-6 coups de fils, en fonction de, en plus j'ai jamais eu de télévision donc je n'étais pas au courant mais en fonction de ce qui c'était dit au journal télévisé la veille au soir et donc c'était des questions pointues à lesquelles personne n'avait apporté de réponse, du genre, « j'ai un bébé de 4 mois est ce que je dois le vacciner ? » C'est peut-être pas prévu. Non c'était intéressant comme question ou bien « je suis enceinte de 4 mois, alors vite vite il faut que je me vaccine ». C'était bizarre parce qu'une année après, c'était une contre indication la grossesse, hein. Et tout était comme ça, tout du long, tout du long. Le traitement antigrippal (Tamiflu), qui écourte, ils avaient des stocks considérables, en septembre il ne fallait pas les utiliser mais en décembre il fallait en faire à tout le monde, en délivrer à tout le monde. Et ainsi de suite, c'était constamment comme ça.

SL : Et vous avez senti des réticences comme ça avec le papillomavirus ?

E2 : Pas à ce point là, parce que ça n'a pas été un bastringue de ce niveau là, pas du tout. Pas du tout. Je pense que pour le papillomavirus, il faut qu'il y ait beaucoup plus de médecins qui soient convaincus. Là, il y en a vraiment trop peu qui le sont et là spécifiquement vis-à-vis du papillomavirus. Parce qu'ils sont déjà pas trop orientés gynéco, alors il y a certainement les femmes médecins qui sont un peu plus sensibilisées au papillomavirus, donc ils peuvent remonter le niveau. Mais sinon là, au jour d'aujourd'hui, je dirais que trop peu de médecins se sentent vraiment concernés par le papillomavirus, et donc par la vaccination. Et donc on peut pas être prosélytes et recruter de façon systématique, donc y'a du boulot.

SL : Et vous, vous le proposez dans quelles circonstances, vous disiez en systématique à 11 ans ?

E2 : Oui, franchement depuis qu'ils ont abaissé l'âge à 11 ans, ça m'a rendu service parce que systématiquement à 11 ans j'en parle. Je le propose. Alors, parfois j'ai pas une acceptation d'emblée, hein, donc je dis ce que j'en pense...

SL : Oui comment vous faites, dans ces cas là, vous présentez comment le vaccin ?

E2 : Ben, je leur parle forcément du cancer du col de l'utérus, qui est plus qu'étroitement lié au papillomavirus. Donc, ça assez souvent, ils en ont vaguement entendu parlé, hein, euh... Je ne parle pas que de la prévention du col de l'utérus, je parle du papillomavirus, une fois que vous l'avez il y a une surveillance, y'a des..., ça été le cas de toute façon ces dernières années, y'a des traitements qui sont pas toujours parfaitement calibrés, y'a des conisations quand même abusives, et ainsi de suite. Pour une femme qui a 20/25 ans, sur le plan gynécologique, c'est quand même pas très intéressant d'avoir du papillomavirus avec toute la surveillance qu'il y a en aval, qui peut déboucher selon le praticien qui s'en occupe, sur une prise en charge thérapeutique parfois excessive, abusive, avec d'autres conséquences hein, une conisation, c'est quand même pas un cadeau. Donc voilà, je leur parle de la prévention du cancer du col de l'utérus mais je leur parle aussi de cette situation qui fait qu'à 20 ans tout à coup, pouf on vous trouve du papillomavirus et alors là, là c'est sûr qu'il vaut mieux bien choisir son praticien. Et même en le choisissant bien, c'est casse pied pendant, pendant 2-3 ans en espérant qu'on l'élimine comme il se doit, normalement. Et qu'on fasse pas partie des rares à ne pas l'éliminer, voilà, donc je raconte cela. Et puis je leur dis que, souvent j'y vais de manière frontale, SEP, Guillain Barré, on nous a fait le coup tellement souvent depuis tellement longtemps et en particulier en 95 vis-à-vis du vaccin contre l'hépatite B, euh et que on n'a jamais rien prouvé en ce qui concerne le lien de cause à effet entre la vaccination et la survenue de SEP ou d'un Guillain Barré et donc voilà c'est tout. Je leur dis souvent aussi que les résultats déjà dans les pays anglo-saxons, EU, Australie, ils sont déjà probants. Parce qu'en France, on ne communique pas trop dessus. Voilà, voilà ce que je dis. Et quand j'ai dit tout ça, quand j'ai terminé à dire tout ça, je leur demande pas une acceptation de but en blanc, je leur dis « vous réfléchirez, on en reparlera la prochaine fois ». Voilà ce que je fais.

SL : Et vous en parlez plus aux mères, aux filles ?

E2 : Ben elles sont souvent ensemble quand même, hein parce qu'une fille de 11 ans qui vient seule c'est rare. C'est pour ça que le seuil plancher des 11 ans c'est important. Parce que la fille de 14 ans qu'on pouvait voir parfois seule, dans d'autres circonstances, ben, vous ne pouvez pas lui tenir ce langage sans qu'il y ait sa mère, parce que c'est souvent la mère quand même, sans sa mère qui soit présente. Vous ne pouvez pas lui dire : « hein ben maintenant que je t'ai raconté tout ça tu vas aller raconter ça à ta maman », hein ça complique les choses. Donc finalement il vaut mieux les voir à 11 ans, et à 11 ans c'est régulièrement avec leurs mères non, c'est mieux, c'est mieux. C'est bien plus porteur.

SL : Et ça vous force à parler de sexualité dans ces cas là ?

E2 : A 11 ans, non, non ça ne me force pas à parler de sexualité, non ce n'est pas obligatoire. En plus bon c'est une fille de 11 ans qui est là avec sa mère, bon je dis ce que je viens de rapporter là à l'instant, au delà je ne vais pas leur dire, contraception à tant, etc. Parce que ça me paraît un peu prématuré, un peu pas forcément beaucoup mais un peu prématuré. Non, généralement, je ne parle pas de contraception, de protection, etc. Je trouve qu'à 11 ans c'est tôt, tôt, tôt. Et puis je pense que puisqu'on parle de vaccination, on ne va pas rentrer en boum, boum, boum dans le sujet de la sexualité, la sphère gynécologique sur toutes les incidences comme cela, une à la fois, on n'est pas pressé quand même.

SL : Et vous avez un vaccin préférentiel ?

E2 : Non (rires), non entre le Gardasil® et le Cervarix®, ben disons que, comme d'autres, hein (rires), non on sait très bien quels sont les avantages des uns et des autres et la protection croisée etc., mais euh le schéma vaccinal c'est aussi important quand même (rires). Donc le fait de pouvoir faire que

deux injections quand même c'est intéressant. Parce que là aussi en termes d'acceptation, c'est un atout. Parce que la pauvre fille de 11 ans, « encore un vaccin, y'en a combien ? » Oui, oui c'est quand même un atout ça. En fait, je pense que c'est le corps médical qu'il faut travailler le plus, j'en suis convaincu hein. Alors ça c'est une question de média, dans le bon sens cette fois, et les médias qui appuient dans le bon sens dans ce domaine c'est pas trop fréquent, en tout cas c'est pas récurrent et pour gagner le corps médical, c'est comme euh pour toute prescription il faut, il faut enfoncer le clou, il faut que ce soit récurrent comme message, il faut que ce soit des messages positifs qui soient récurrents. Et alors là le corps médical sera bien plus, de façon plus massive, convaincu et donc convaincant. Parce que je pense que la clé elle est là en matière de couverture vaccinale.

SL : Donc les médias ont un rôle à jouer dans un sens positif ?

E2 : Ben au moins les médias professionnels, quant au Républicain Lorrain, il n'est pas obligé de jouer le rôle de coupe jarret en faisant le dimanche un article contre.

SL : Merci à vous pour cet échange.

❖ Entretien 3

SL : Bonjour, merci de me recevoir. Mon travail de thèse porte sur la vaccination anti-HPV. Pour parler de vaccination en général, quelle est votre expérience professionnelle concernant la vaccination en général ?

E3 : En voilà une question vague, mon expérience, c'est qu'on est très attentifs là aussi bien les internes qui sont là que moi. Et quand quelqu'un vient pour une consultation de quoi que ce soit, on va toujours jeter un œil dans les vaccins pour voir s'ils sont à jour.

SL : Vous vous sentez à l'aise pour parler des vaccins avec vos patients et patientes ?

E3 : Ah ouais, ouais.

SL : Et y-a-t-il des vaccinations qui amènent à des discussions, des négociations ?

E3 : Ben oui bien sûr notamment l'HPV et puis l'hépatite B, toujours. C'est pas..., les gens discutent encore. Evidemment...

SL : Oui dans quel contexte... ?

E3 : Ben on essaye d'expliquer, hein. Vous savez bien ce qu'on a pu raconter sur le vaccin de l'hépatite B qui donnerait une SEP, hein. Et puis bon, l'HPV, aussi avec ce qu'on a pu raconter quant à la tolérance et l'utilité aussi, de l'HPV, les gens sont..., certains se documentent quoi.

SL : De quelle manière ?

E3 : Ah de quelle manière... ! Je sais pas dans ce qu'ils trouvent, dans leurs journaux, dans le je sais pas quoi. Non et puis bon c'est plutôt le bouche à oreille. « Ma voisine m'a dit que, ou ma copine, ou je sais pas quoi ». Non, c'est plutôt ça.

SL : Donc, vous trouvez que ça s'est aggravé ces dernières années ?

E3 : Oh ben c'est ce qu'on a tendance à dire, mais euh aggravé ces dernières années, il y a quand même une vague anti-vaccin actuellement, notamment la grippe, etc. Il y a une grosse vague là. Euh..., aggravé, l'hépatite B ça me paraît un peu moins pire que dans le temps. Parce que nous on a

connu la belle époque quand même où il y avait des procès et tout, hein. Vous n'avez pas connu ça, vous?! Ça allait jusque là. Je sais pas, c'est peut-être en dehors de la thèse (regarde le dictaphone), c'est Kouchner, ministre de la santé qui l'avait instauré obligatoire au lycée, donc on vaccinait systématiquement, enfin obligatoire sauf refus des parents. Et puis au bout de 6 mois, il y avait un tel tollé qu'on a arrêté. Il a dit « Bon ben on arrête ». Les gens ont cru, si on arrête c'est qu'il y a des effets secondaires effectivement. Voilà quoi, donc il y a eu aussi des erreurs. Allez, reprenons !

SL : Et comment ça se passe une consultation où vous proposez la vaccination anti-HPV ?

E3 : Mmmmmhhh. Alors, la plupart du temps pas trop mal. Il y a quand même très peu de refus. Euh...les gens font confiance. Alors, malheureusement, je dirais que souvent nous en ville, on a un mode d'exercice très particulier, notamment à ... (ville), parce qu'on est cernés de partout par les gynécos, les pédiatres. Souvent les petites filles passent du pédiatre au gynéco sans qu'on ait la possibilité d'intervenir. Malgré tout, il y a quand même une bonne proportion de la clientèle qui nous fait confiance et si on arrive à bien leur expliquer la vaccination, on arrive à la faire quoi, hein.

SL : Et dans quelles circonstances vous proposez cette vaccination ?

E3 : Oh ben la plupart du temps au cours d'une consultation pour autre chose. Pas forcément pour la mise à jour des vaccins, mais enfin, ça peut arriver. Oui.

SL : Et vous en parlez autant aux mères, aux filles ?

E3 : Les deux. Aux mères et aux filles. Elles sont ensemble de préférence, moi si j'ai une ado ou une jeune fille moi je demande aux parents d'être avec, ça c'est... (se tourne vers l'interne) Hein, tu sais, on n'en avait jamais parlé de ça, les consulter toutes seules à 12 ans, non non non non.

SL : Et vous avez un vaccin préférentiel ?

E3 : Oh non, écoutez, euh... Un coup on nous dit que c'est celui là dont l'efficacité sera le plus durable, un coup c'est l'autre. Voilà quoi.

SL : Et vous en parlez facilement de ce vaccin avec vos patientes ?

E3 : J'en parle facilement mais je leur mets un peu les tenants et les aboutissants et puis finalement, ça doit être comme ça notre boulot, finalement. C'est eux qui prennent la décision. Hein, parce que, bon, on va sûrement pas débattre mais il y a aussi une grosse discussion actuellement quant à l'utilité réelle de ce vaccin et au coût. Quand on sait que le nombre de cancer du col de l'utérus c'est quand même pas monnaie courante en France, les décès. C'est quoi c'est 1000 par an, de l'HPV. Voilà, donc faire une vaccination qui coûte 135 euros la dose, quand même (se tourne vers l'interne) hein tu es au courant que c'est ça ? Pour des gens qui ne vont pas seulement faire la 3^{ème} injection, enfin je sais bien qu'il n'y en a plus que deux jusque 14 ans, un truc comme ça. Le rapport coût/efficacité, la Cour des Comptes l'a retoqué quand même, vous avez suivi oui? Et, il y a des débats intéressants sur le net, là, vous êtes allée voir ? Oui j'imagine pour votre thèse. Donc voilà, moi j'essaie, je les motive quand même puisqu'on nous demande de le faire, hein. Puisqu'on est quand même bien obligé d'appliquer les recommandations. Mais je ne suis pas non plus un grand, grand convaincu, quoi. Ah voilà. Enfin, je pense que si j'avais une fille de c't'âge là, je la vaccinerais quand même mais, avec les précautions bien sûr, on leur dit que ça ne protège pas de tout hein, ça évidemment.

SL : Mais le fait qu'on ait abaissé l'âge de la vaccination, 11/13 ans, rattrapage entre 14 et 19 ans, pour vous, ça a été une bonne chose ? Ça a changé quelque chose dans votre pratique ?

E3 : Ben, oui, parce que finalement on les rate moins. Si le but, c'est de les vacciner, on est quitte d'arriver après, je dois dire trop tard. Donc effectivement, on peut en parler suffisamment tôt. Mais je crois même qu'ils vont l'abaisser encore, non ? Dans les pays nordiques, c'est encore plus bas. Et puis peut-être qu'on vaccinera les garçons aussi, hein, ça va peut-être venir.

SL : Et c'est plus facile d'en parler à cet âge là, pour vous ça a été vraiment...

E3 : Non, non, en parler à cet âge là, c'est pas plus facile de tout façon, j'sais pas à 9/10 ans l'enfant, il sait pas ce que c'est. Sauf que, on les rate moins quoi, voilà. Si on doit faire une vaccination de masse, et je pense que c'est le but, ben plus tôt on intervient, plus tôt on pourra les vacciner, être efficace quoi.

SL : Oui donc pour vous, ça a été facilitateur finalement, cet abaissement de l'âge.

E3 : Oui, bien sûr, je pense oui. Oui et puis qu'il n'y ait plus le truc, qu'il y ait un an de rapport je ne sais pas quoi, machin tout ça. Oui on a facilité les choses évidemment.

SL : Vous parlez moins du coup de sexualité peut-être au moment de présenter le vaccin, vous détachez le...

E3 : Attendez, à 9/10 ans, sexualité, on n'en parle pas. A moins qu'il y ait une demande quoi, sinon on n'en parle pas comme ça. Euh, j'veis vous dire on parle, souvent quand même en ville, les jeunes femmes, les mamans emmènent chez le gynéco une consultation pour parler de sexualité. C'est peu le médecin traitant, nous on en parle pas beaucoup.

SL : Même avant quand vous parliez du vaccin à 15 ans, vous n'en parliez pas beaucoup ?

E3 : Ah, on en parle comme ça, hein, voilà quoi. Guère plus...

SL : Et les affaires médiatisées, vous trouvez que ça a changé quelque chose dans votre pratique ?

E3 : Ah ben, dans tous les domaines. L'HPV peut-être moins, ce n'est pas le plus médiatisé. Dans tous les domaines, que ce soit le cholestérol ou autre, l'hépatite B, évidemment. Ben, bien sûr...

SL : Dans quel sens ?

E3 : Ah ben, ça a alimenté les polémiques et ça, comment on va dire ça, ça entretient les gens dans leur, certaines personnes, dans leur refus. Et puis, bon il y a un petit rebond, là encore, anti-vaccin. C'est sûr que ça n'arrange pas les choses, voilà quoi. Parce que les gens ils ont toujours tendance à croire le sensationnel et pas le fait qu'on dise tout va bien. Si on dit y'a des morts avec l'hépatite B, là c'est vachement mieux quand même.

SL : Ça a changé quelque chose dans votre pratique, vous l'avez ressenti ?

E3 : J'ai l'impression que vous me posez toujours les mêmes questions (rires) !

SL : C'est exprès !

E3 : Ah, vous le faites exprès, ah bon ok, d'accord. J'allais dire... Ben oui on est obligés d'expliquer quoi voilà, on est obligés d'expliquer. Et puis vous avez ceux qui nous font confiance, la plupart quand même et il y a ceux qui ne changeront pas. Voilà.

SL : Oui, et les questions des patients ont changé, notamment par rapport au vaccin anti-HPV ?

E3 : Ben le vaccin anti-HPV, c'est pas si vieux que ça quand même donc on ne peut pas trop dire que ça ait changé, non. Pour tout vaccin, finalement maintenant, les gens ont des questions, tout vaccin. Voilà, hein, donc si on leur donne la bonne explication, ça passe... En général, en général, voilà...

SL : Oui, donc si je comprends bien ce que vous me dites, pour vous finalement, les affaires médiatisées, l'abaissement de l'âge de la vaccination, dans votre pratique, ça n'a pas changé votre façon à vous de présenter ce vaccin ?

E3 : Ben non, parce qu'on a toujours connu ça. (rires) L'hépatite B, c'est vieux, ça fait quoi 20 ans, 30 ans, 25..., ou bien 20 ans. Donc c'est pareil, j'veux dire. C'est pareil... Voilà ça existe depuis 20 ans et c'est pareil. Bon maintenant y'a un vaccin nouveau contre l'HPV, donc il y a une nouvelle discussion, sur un nouveau vaccin, voilà. On avait déjà ça avec l'hépatite B, on a connu la grande époque de la médiatisation de l'hépatite B, et des procès ! Et malheureusement des procès qui n'ont pas été en faveur de la déculpabilisation de ce vaccin, au contraire. Ce qui a été dramatique, oui.

SL : Et d'après votre expérience à vous, quelles sont les difficultés que les médecins généralistes peuvent rencontrer avec le vaccin contre le papillomavirus ?

E3 : Les effets secondaires, euh... Le..., ce que j'veus ai dit tout à l'heure, le rapport coût/efficacité qui n'est pas, bon on se demande s'il n'y a pas un gros coup... commercial des labos, malgré tout hein. On peut se poser la question quand même. Euh, certains effets secondaires, euh je crois que les médecins parlaient des adjuvants hein c'est ça ? C'est les médecins réunionnais qui ont lancé un truc là-dessus hein, et certains médecins canadiens. Voilà, donc ça effectivement, les collègues à mon avis peuvent se poser des questions. Mais, je sais pas, on en a parlé en groupe de pairs et, ils se posent peu de questions. Ils ne connaissaient pas l'incidence du cancer et de la mortalité du cancer du col de l'utérus notamment du à l'HPV. Je me souviens plus de mes chiffres, mais c'est peut-être 1700 et donc 60%, ou 40% dus à l'HPV, je ne sais plus. Donc finalement, bon on ne va pas parler crûment mais bon un gain de 1000 décès par an pour le coût que ça représente. C'est peut-être pas non plus, il y a peut-être mieux à faire en matière de prévention de santé publique. Mais, ça je vous dis, moi j'ai exposé le truc dans notre groupe de pairs mais non, ça ils n'étaient pas conscients de ça. Et puis la difficulté pour nous généralistes de voir les filles suffisamment à temps, hein parce que comme je vous le disais, elles sont vues, ou par les pédiatres ou par les gynécos. Bon alors les gynécos, je ne crois pas qu'il y ait de frein pour eux, bon les pédiatres non plus mais vous avez quand même aussi des médecins anti-vaccin. Des médecins anti-vaccin, anti-hépatite B, y'en a. Il y en a encore, anti-HPV j'sais pas, mais il doit y en avoir.

SL : Et donc vous, vous arrivez à le proposer à quel âge ce vaccin ?

E3 : Quand on arrive à voir la jeune fille pour n'importe quoi, on jette un œil vite fait, on fait un petit, juste un petit message, au fait voilà, etc. Si on arrive à la voir pour la consultation, j'en sais rien, certificat d'aptitude au sport en début d'année, on fait un peu tout le topo, ou alors le rappel de la vaccination à 11 ans, bon on en parle. Voilà, on profite finalement d'une occasion pour lancer un petit message. Voilà le truc. Ça peut arriver qu'il y ait besoin d'y revenir, ça peut arriver. Vous savez, vous avez des couples séparés, j'pense à ça, j'ai eu le coup l'autre jour, « ah ben je vais demander au papa, etc. », c'est le papa qui s'oppose. Enfin voilà, et on se rend compte, si y'a vraiment une grosse appréhension ou refus, ben on laisse tomber. Et puis quand on revoit la jeune fille, on relance un p'tit message de nouveau, et puis on voit ce que ça donne. Mais, je, pour l'HPV, j'me battrai pas plus que ça quoi. J'veux dire, voilà, en attendant un peu qu'on ait, on n'a aussi pas beaucoup de données, on n'a

pas beaucoup d'études quand on regarde hein. J'veus dis j'avais bossé un peu la question pour mes collègues et, y'a pas de grosses, grosses études, ça commence à arriver dans les pays nordiques quand même, mais... Et puis, c'est normal, on n'a pas encore suffisamment de recul pour connaître l'incidence du cancer. On sait qu'on prévient l'HPV, mais de là à en déduire qu'on prévient vraiment le cancer, c'est encore une autre démarche. C'est probable, mais je ne crois pas qu'on de grosses études avec un gros niveau de preuve. Parce qu'il faut quoi, 10 à 20 ans pour voir si on protège du cancer, c'est ça ? Sans compter la façon dont sont faits les frottis actuellement en ville...

SL : Que voulez vous dire ?

E3 : Ben vous voyez bien, hein (rires), qu'il faudrait bien quand même que certains gynécos prennent leur retraite, parce que le premier frottis ça commence à 18 ans maintenant, tous les ans et on a des conisations chez des gamines de 20 ans et ça, ça me fout hors de moi ! *** (coup de téléphone)

SL : Par rapport à internet, est ce que vous, vous avez senti une différence ces dernières années, par rapport...

E3 : Oh bah oui, les gens vont regarder, bien sûr. Oh ben, je ne leur en veux pas hein, il y a des bonnes infos sur internet, hein, il n'y a pas que du mauvais. On a toujours tendance à dénigrer, il y a des gens qui savent trouver la bonne info aussi, il ne faut pas les prendre pour plus cons qu'ils ne sont. Non ? Ça peut arriver qu'on aille regarder ensemble internet, mais là on parle de tout sujet hein, on n'est pas que dans l'HPV ? Oui, ça peut arriver.

SL : Et pour le vaccin anti-HPV ?

E3 : C'est-à-dire que, chez les personnes qui savent faire la part des choses et trouver la bonne info, faire une lecture critique d'un article comme vous avez appris à le faire, pourquoi pas. Voilà, il faut pas qu'ils prennent ça pour argent comptant mais j'veus dis, y'a quand même pas mal de gens, il faut pas, qui arrivent à faire la part des choses, qui ne prennent pas que le côté sensationnel de l'affaire.

Interne : Les forums quoi... !

E3 : Mais y'a des forums qui sont pas, les associations de malades, y'a des trucs bien ! Y'a des trucs bien ! Il faut pas, tu sais moi je ne dénigre pas, non...

Interne : Non, mais la plupart...

E3 : Bon y'a d'excellents sites, quand même. Bon, j'sais pas, y'a une pointure qui a fait un site c'est Winckler le chef, vous êtes allée voir non ? Son site est extraordinaire, alors il n'est pas pro-HPV hein ! Il n'est pas pro-vaccin, mais il a un site qui est très bien fait. En matière de contraception moi j'encourage les jeunes filles à aller voir son site, il est clair net et précis. Et il revient sur les frottis, ces trucs comme ça, la phobie anti-cholestérol des gynécos, ces trucs là. Voilà.

SL : Vous voyez d'autres choses à rajouter ?

E3 : Non, et vous ?! (rires)

SL : Merci à vous !

Eléments rajoutés après coupure du dictaphone :

- Coût du vaccin de 450 euros

- Doute par rapport à ce vaccin
- En milieu urbain, activité faible de pédiatrie et de gynécologie par les médecins généralistes du fait de la proximité avec les pédiatres et les gynécologues
- Etonnement de la part des patients sur la possibilité de faire des frottis ou de voir des nourrissons en médecine générale

❖ **Entretien 4**

SL : Bonjour, merci de me recevoir. Mon travail de thèse porte sur la vaccination anti-HPV. Pour parler de vaccination en général, quelle est votre expérience professionnelle concernant la vaccination en général ?

E4 : C'est-à-dire... ?

SL : Est-ce que vous vous sentez à l'aise pour en parler ?

E4 : Oui, oui j'en parle facilement en fait.

SL : Est-ce qu'il y a des vaccins qui suscitent des discussions ou des négociations ?

E4 : Oh ben, tous quasiment. Sauf diphtérie, tétanos, polio. Mais c'est vrai que la plupart du temps, moi mes patients sont toujours très réticents à tous les vaccins, peur de tout, peur des réactions. Oui y'a toujours un peu... L'hépatite B, ça c'est terrible. Oui, ça reste encore super marqué, euh... Après, tous les nouveaux vaccins, l'HPV, le méningo... Tous ceux qui ne sont pas obligatoires c'est toujours un peu galère. Bon j'arrive à les passer mais c'est vrai que c'est toujours..., il faut beaucoup d'explications, ça prend beaucoup de temps à chaque fois.

SL : Et le vaccin anti-HPV justement, comment ça se passe une consultation où vous en parlez ?

E4 : Moi ça m'arrive souvent parce que les patients que j'ai sont jeunes, en fait les femmes. Enfin jeunes, mon âge, c'est-à-dire jeunes ! Avec des enfants qui commencent à être en âge aussi, j'ai beaucoup d'ados. Donc c'est vrai que du coup, j'en parle très souvent. Et généralement quand j'en parle, j'ai de la chance, parce que les gens me suivent. Je fais beaucoup de vaccins...

SL : Et c'est dans quelles circonstances ?

E4 : Ah ben, ça va être quand je vois la maman et que je sais qu'il y a la fille qui commence..., les enfants qui commencent à être dans les tranches d'âge. Les consultations ados en fait, tout ce qui est certificat... Dès qu'elles viennent parce que c'est vrai qu'on ne les voit pas forcément souvent. Oui dès qu'elles sont là, moi j'aime bien regarder les carnets de santé donc on en parle à chaque fois.

SL : Et vous vous sentez à l'aise pour répondre aux questions des patientes ? Est-ce qu'il y a des questions spécifiques ?

E4 : Ben oui. C'est toujours les mêmes en fait... Toujours la peur, la peur de la réaction, l'incertitude il faut/il ne faut pas. Ça changera/ça ne changera pas. Voilà quoi. Peur d'être malade, de tomber malade avec le vaccin.

SL : Et vous avez un vaccin préférentiel ?

E4 : (Rires) Moi je reste toujours fixée sur le Gardasil® en fait. Parce que déjà c'était le premier, et puis parce qu'il y a les papillomavirus (condylomes) et je trouve que même si c'est bénin, ça reste quelque chose de très invalidant, donc du coup c'est vrai que je préfère rester sur celui là.

SL : Et vous le proposez à quel âge du coup ?

E4 : Alors, ben je suis les recommandations hein, donc de plus en plus tôt à 12 ans. C'est très très jeune, voilà comme en plus il n'y a que 2 injections. Et puis après ça reste beaucoup autour des 15 ans à cause du rappel, grâce au rappel DTP. Qu'on ne fait plus mais qui reste inscrit dans les carnets donc, les gens viennent quand même.

SL : Et vous trouvez que ça a changé quelque chose, l'abaissement de l'âge de la vaccination pour vous, dans votre pratique ?

E4 : Je... je sais pas trop, en fait, c'est mieux parce qu'il n'y a que 2 vaccins donc, une injection de moins c'est toujours ça. Mais après, les mamans c'est un âge où honnêtement 12 ans, où la sexualité c'est, elles n'y pensent pas quoi, c'est encore très tôt quand on leur parle de ça, ça fait... C'est quelque chose qui ne percute pas.

(Coup de téléphone)

C'est vrai que je profite toujours des autres rappels mais c'est vrai qu'à 12 ans... Je n'ai pas beaucoup de maman qui les ont faits à 12 ans, qui m'ont suivie à 12 ans, j'avoue que... C'est encore un peu difficile.

SL : Parce que ça oblige à parler de sexualité... ?

E4 : Un petit peu, et puis bon voilà, c'est loin. C'est quelque chose auquel les mamans ne pensent pas. Moi j'insiste, je le propose à chaque fois, mais c'est vrai que j'ai vraiment beaucoup de mal. Je vois bien que les gens me regardent, « attendez de quoi vous me parlez là, c'est un bébé ». (Rires) Et puis même les enfants quoi (rires), c'est un âge où des fois y'a même pas les premiers signes de puberté donc voilà, c'est encore très vague.

Ils ont le temps, ils y réfléchissent et puis. Alors peut-être qu'en en parlant là, j'arrive mieux à les passer. Je verrai dans quelques années, mais c'est vrai que, peut-être que ça passera encore mieux à 14 15 ans mais ...Pour l'instant je trouve que c'est vrai que c'est un peu tôt.

SL : Et d'après votre expérience, quelles sont les difficultés que les médecins généralistes peuvent rencontrer avec ce vaccin, au quotidien ?

E4 : Les difficultés, ... En fait, pour moi, la grosse difficulté c'est le temps. Parce que les mamans, elles ne viennent pas pour ça. Donc du coup on le passe en plus, sur une autre consultation et donc moi je trouve que ça prend un temps fou quand même. Parce que voilà, et puis leur dire ben revenez on reparlera de ça, elles ne reviennent pas quoi. Donc du coup, moi c'est, bon je prends le temps, mais c'est vrai qu'à chaque fois c'est un peu galère. Il y a des journées où, ben j'ai pas le temps et voilà je ne vais pas en parler à cause de ça quoi.

SL : Vous voyez d'autres difficultés ?

E4 : Par rapport à ce vaccin... Il y a eu pas mal de soucis sur internet en fait, avec les réseaux sociaux. Bon ça, ça ne concerne pas les petites de 12 ans mais à 15/16 ans, elles sont toutes sur les réseaux sociaux. Alors, s'il y a un truc qui circule, c'est bon quoi. Moi j'ai des jeunes filles qui n'ont pas fait le

protocole en entier et c'est dommage parce que je n'ai pas réussi à les sortir de leurs idées. Même pas média hein, c'est juste les réseaux sociaux, c'est juste entre elles. C'est juste, il suffit qu'à l'école il y ait un souci pour un truc et c'est fini. On lutte contre ça, internet. Ça s'est intensifié, oui, c'est plus présent elles sont toutes là-dessus, c'est un peu plus galère.

SL : Vous l'avez ressenti chez les mamans aussi ?

E4 : Non, c'est les ados. Ben les mamans, non, elles ne sont pas influencées par les réseaux sociaux, ou alors très peu, ou alors voilà elles ont le doute et puis de se dire « je le fais/je ne le fais pas, je fais confiance/je ne fais pas confiance. »

SL : Et vous trouvez que les affaires médiatisées dont on a entendu parler, ça a changé quelque chose au quotidien, pour vous ?

E4 : Oui parce que ça change des fois la confiance que les gens ont en nous, en fait sur les médicaments, sur tout ce qui circule quoi. « On fait bien, on ne fait pas bien, on a confiance/ on n'a pas confiance. On nous influence... » Oui il y a un peu plus de susceptibilité. Moi mes patients m'en parlent, oui. C'est pas énorme, énorme mais, ça reste quand même... En tout cas à l'occasion des vaccins, c'est vrai que ça ressort beaucoup ça quoi, c'est vraiment... Je ne sais pas les autres médecins mais il y a beaucoup de susceptibilité là-dessus. L'hépatite, pas l'hépatite, la grippe A, oh le truc que ça a fait ce truc là, il y a 4/5 ans, c'était l'horreur quoi après pour passer un vaccin, c'était compliqué. Ah ouais là, « on fait confiance/on ne fait pas confiance. On nous a dit, finalement il n'y a pas eu. On l'a fait pour rien. On a... » Enfin voilà, ça a réveillé beaucoup de susceptibilité, ça se calme un peu là maintenant mais c'est galère.

SL : Et les questions des patientes concernant le vaccin ?

E4 : Alors récemment je n'ai pas eu de choses précises, en fait en particulier. Non, il n'y a pas, pour moi ça reste surtout, voilà, effets secondaires. « Oh est ce que ça ne va pas la rendre malade ? Qu'est ce que ça va lui donner quoi? » Et alors à chaque fois qu'il y a quelque chose dans la semaine qui suit le vaccin, c'est le vaccin quoi, c'est forcément... C'est un peu, une susceptibilité... Ça nous prend plus de temps.

SL : Et la dernière patiente que vous avez eue, par exemple, pour le vaccin anti-HPV, vous avez quelqu'un en tête ?

E4 : Alors à qui je l'ai fait en dernier. Bon il y avait Coline, mais Coline ça n'a pas posé de problème, Carole non plus. Ouais non, les derniers en fait, euh c'était, ça a été plutôt facile. Parce que c'étaient deux femmes qui ont été sensibilisées, enfin les parents ont été sensibilisés par le gynécologue et du coup c'est vrai qu'après derrière quand je suis arrivée. Je n'ai pas eu beaucoup de souci en fait, c'est passé.

SL : Et comment vous présentez le vaccin ?

E4 : Alors, là c'est galère ! (Rires) Comment je le présente... Ben, je leur dis que le vaccin existe quoi, voilà il faut que vous sachiez que ça existe. On a ça, on a ça. Après ce qu'on en attend, les doutes qu'on peut avoir, les effets secondaires que moi (rires) je ne juge pas très important quand même. J'en ai pas eu beaucoup, et puis voilà après je leur dis que c'est leur choix, qu'elles réfléchissent là-dessus et qu'on se revoit si elles veulent en parler.

SL : Vous avez d'autres choses à rajouter ?

E4 : Non je pense que c'est tout, oui c'est tout. J'ai l'expérience de mes deux filles en fait, j'en ai une ado de 15 ans et une de 12 ans, donc j'ai fait les 2 en même temps. Celle de 12 ans, elle voulait pas quoi (rires) ! Même elle, je la sentais « non mais attends qu'est ce que tu m'embêtes avec ça », j'ai galéré pour trouver un moment pour lui faire parce que, c'est vrai qu'à 12 ans, elles ne se sentent pas du tout impliquées là dedans. La grande, c'était plus, je pense qu'elle en parle plus avec ses copines. Bon ça commence à être l'âge aussi, où il y a les premiers copains, les premiers... Donc elle c'est plus concret quoi pour elle, tandis que la petite ben voilà, elle n'a pas tout compris quoi. Donc c'est vrai qu'à 11/13 ans, on n'y pense parce qu'il y a le rappel. Après, je ne sais pas les autres mais c'est vrai que moi je fais le rappel DTP, mais elles sont très rares à revenir pour le Gardasil®, je ne les revois pas derrière. Ça traîne un petit peu et puis c'est après que..., quelques années après qu'on en reparle.

SL : Et le fait qu'il y ait deux injections, c'est un argument complémentaire pour les jeunes filles ?

E4 : Oui, pour les mamans aussi, il y a toujours le « moins il y en a mieux c'est », ça reste toujours bien ancré ça. Voilà, il y a une consultation de moins, c'est toujours ça de pris... Quand on arrive à les convaincre ! (rires)

Il y en a, moi ce qui m'embête c'est vrai que c'est le carnet de vaccination, enfin le planning qui change tout le temps. On galère un peu là dedans. Après il y a eu le méningocoque, c'est une chose en plus ça, celui là j'ai du mal à le faire passer. A part les mamans angoissées, les autres ils m'envoient facilement bouler.

SL : Parfait, je vous remercie beaucoup.

Eléments rajoutés après coupure du dictaphone :

- Aucune autocritique des jeunes filles par rapport à ce qu'elles lisent sur internet
- Impression que sa parole de médecin n'a pas de poids par rapport à internet

❖ Entretien 5

SL : Bonjour, merci de me recevoir. Mon travail de thèse porte sur la vaccination anti-HPV. Pour parler de vaccination en général, quelle est votre expérience professionnelle concernant la vaccination en général ?

E5 : Alors bon, moi je fais partie du..., je suis déléguée (cite un syndicat) et j'ai beaucoup travaillé sur le petit livret d'information à la vaccination pour les médecins généralistes. Donc je suis assez pro-vaccination, euh, je pense que je dois à peu près être au courant, enfin je me tiens au courant des recommandations, des nouvelles normes. Bien que pratiquant l'homéopathie, je suis favorable à la vaccination. Par contre par rapport à la vaccination vis-à-vis de la grippe, euh, contrairement à ce qui est véhiculé par les pouvoirs publics, comme quoi les médecins ne vaccinent pas les patients. Ce n'est pas les médecins qui ne vaccinent pas, ce sont les patients qui ne veulent pas se vacciner. Donc, euh..., la vaccination elle est proposée, elle est expliquée, notamment pour les enfants, par exemple les nouveaux nés. Il y a toujours une information bien sûr, à quoi ça sert, ce que je vous disais tout à l'heure pour la tuberculose, le protocole, les possibilités de rattrapage de protocole quand on n'a pas réussi à faire dans les clous parce que, ben des fois il y a des pathologies qui font qu'on retarde, qu'on décale. Mais avant, effectivement quand il n'y avait pas des protocoles bien écrits, ben on avait tendance à sur vacciner. Là, maintenant, je pense qu'on est quand même sur des générations d'enfants

qui sont mieux suivis. Tout le souci, c'est d'arriver à rattraper à partir de 25 ans, les gens sont... On n'arrive pas à savoir où ils sont, où ils en sont, qui a fait leur dernier vaccin, qu'est-ce qu'ils ont eu...

SL : Et vous vous sentez à l'aise pour parler de vaccin avec les patients ?

E5 : Oh oui.

SL : Il y a des questions particulières ?

E5 : Oh ben il y a toujours l'histoire de la SEP qui nous fait..., où il faut beaucoup de pédagogie. Là encore récemment, on a..., moi j'ai une patiente qui est porteuse d'une SEP, qui a deux enfants. Donc l'aîné, on n'avait pas réussi à le vacciner contre l'hépatite B parce que, ben il y avait beaucoup de résistance, et puis elle est rentrée dans un protocole de soins avec LORSEP, elle a rencontré la psychologue. Entre temps elle avait eu son deuxième bébé, et le deuxième on a, quand elle est venue en consultation, je lui ai dit « pour les enfants, c'est comme ça, on fait l'hépatite B tout petit comme ça, on le fait à un moment où il y a encore moins de risque par rapport à la maturation neurologique ». Et puis elle travaille en milieu de soins et l'autre jour elle est venue en disant : « Paul il n'est pas vacciné, mais j'voudrais bien qu'il soit vacciné parce que je me rends compte que c'était une bêtise. J'ai lu des trucs et je me rends compte que... » Donc le fait d'en reparler, d'aborder les sujets qui fâchent en fait... Après dans le cabinet, ce que je voyais avec ma stagiaire l'autre jour, on a une maman là, qui refuse de vacciner ses enfants. Donc elle a eu, à chaque fois on lui fait l'ordonnance. Voilà ce qu'il faut faire, « ah ben oui, je vais réfléchir. » Donc là, ils déménagent en Meuse et ce sont des gamins qui ne sont pas du tout vaccinés, enfin notamment le dernier bébé ben ça pour le moment il n'y a encore rien de fait. Mais les deux derniers qu'on a pu suivre ici, en l'espace de 4 ans, on n'a jamais réussi à faire un vaccin aux gamins par refus de la maman quoi. Moi je n'ai jamais vu le père donc je n'ai jamais pu voir avec le père, mais il n'y a rien à faire. Donc il y a la solution de faire comme mon ex collègue faisait, dire bon ben sujet qui fâche, on ne l'aborde pas. Ce n'est pas la solution. Moi je sais que ce n'est pas la politique que je demande à avoir avec mes stagiaires et... Même si vous avez l'impression qu'il y a de l'opposition, il faut aller au charbon, il faut leur dire, voilà les vaccins c'est important.

SL : Y-a-t-il des vaccins qui suscitent des discussions ou des négociations ?

E5 : Ben l'hépatite. Bon l'HPV, je dirais que depuis qu'il est passé en 2 injections à partir de 11 ans, ça, ça passe mieux. Déjà parce que à 11 ans, c'est plus facile de vacciner des enfants que de commencer une vaccination à 14 ans. Parce qu'à 14 ans, il y a de la rébellion, et ils n'aiment pas. Même si ils sont, ils sont contre tout, enfin pour ce qu'il ne faut pas et contre ce qu'il faut, donc... (Sourire) Ça, c'est comme ça, c'est dans la nature. Donc du coup, après bon les parents, euh..., je pense qu'ils se laissent convaincre, selon leurs convictions mais globalement deux vaccins, ça passe mieux que trois. Ça c'est sûr.

SL : Et justement par rapport à l'abaissement de l'âge de la vaccination, pour vous, ça a vraiment changé quelque chose dans votre pratique ?

E5 : Ben moi je trouve que c'est un plus, enfin ça rend le vaccin plus facile. Ça tombe dans une période où il y a un rappel déjà, donc c'est plus facile de dire, on fait... Ils ont l'habitude de grouper des vaccins, donc c'est plus facile de dire on fait le rappel et en même temps on fera la première et puis dans 6 mois on fera la 2^{ème}. Tout le problème étant qu'ils viennent à 6 mois pour faire le 2^{ème}. Parce qu'après c'est un peu un coup d'épée dans l'eau, c'est dommage. Deux injections, ça reste plus abordable.

SL : Et comment se passe une consultation où vous proposez le vaccin ?

E5 : Et bien, on parle de la prévention... Alors il y a un côté positif, c'est que c'est plus facile à faire. Le côté moins positif, c'est que ça ne tombe pas dans une période où on peut faire de la prévention par rapport à la sexualité, parce qu'ils sont trop jeunes. Enfin moi j'estime qu'à 11 ans, même si il y en a qui ont déjà vu le loup, c'est encore pas dans la grande majorité des cas. Déjà à 14 ans des fois, on avait l'impression qu'ils découvriraient que le monde était rond quoi (rires), donc c'est assez rigolo. Donc à 11 ans, parler de prévention, maladies sexuellement transmissibles, expliquer que c'est lors des premiers rapports qu'on est contaminé, c'est pas simple. Donc, on explique plus aux parents, ça c'est sûr. Et puis parler aux parents en disant on le fait à 11 ans parce que 14 ans c'était déjà trop tard, il y en a certains qui ouvrent des grands yeux comme ça en disant : « Oh ben non, pas ça chez moi quoi » (rires) alors que bon des fois, c'est..., il y a belle lurette que y'a eu des choses qui se sont passées. Pas forcément de..., de pénétration vaginale, mais..., ils explorent leur corps quand même différemment hein. Ils sont quand même (rires) un peu plus évolués que nous on pouvait l'être à leur âge. Mais bon, non non, je pense qu'il faut, il faut quand même commencer à aborder le sujet et... Enfin, moi j'ai l'habitude parce que j'ai des enfants qui sont partis en colonie de vacances. Et quand ils viennent pour remplir leurs fichus certificats, euh..., je fais toujours un rappel aux parents de dire « vous savez, vos enfants ils partent en colo, ils sont loin de chez vous, il peut se passer des choses. Ce n'est pas la grande majorité des cas mais il faut quand même aborder le sujet de dire à vos enfants que leur corps il leur appartient et que n'importe qui n'a pas le droit d'y toucher, notamment... » Parce que c'est vrai qu'on parle beaucoup des attouchements, etc. C'est une réalité, il y en a, c'est quand même pas partout mais... Et c'est l'occasion d'aborder l'idée que effectivement quand on est loin, on n'est pas forcément..., on fume plus facilement quand on est en colo que quand on est à la maison, la 1^{ère} fois. Et pareil, il y a des gamines, qui sont..., qui peuvent être flattées parce que il y a quelqu'un qui s'occupe un peu de leur aspect physique et sans savoir forcément que ça peut être dangereux. Donc c'est un sujet, moi souvent pour les départs en colo, j'en parle aux parents, en été, en hiver. Même une semaine de ski, ça peut être dangereux quoi, enfin dangereux... Donc, c'est vrai que ce sont des thèmes qu'on aborde, et euh... je pense que les... Le pire des cas c'est quand ils viennent tout seuls, quoi. Parce qu'on ne peut pas trop aborder de sujets, si on peut leur demander « t'as déjà fumé, t'as déjà... » Mais bon globalement il faut quand même que les parents soient, soient informés quoi. Notamment pour le vaccin, parce que sans l'accord des parents normalement on n'a pas le droit de les vacciner.

SL : et du coup, avez-vous un vaccin préférentiel ?

E5 : Non, on va dire on alterne, une fois l'un, une fois l'autre pour qu'il n'y ait pas de jaloux.

SL : Est ce que ce vaccin suscite des questions particulières de la part des mères, ou des pères ?

E5 : Alors les pères, ils ne posent pas trop de questions mais c'est plus souvent les mères qui viennent. Euh, les pères ils ne posent pas trop de questions. C'est plus, les mères, elles sont plus sensibilisées par rapport au cancer du col parce qu'on entend de plus en plus parler des cas de conisations entre elles, les femmes elles parlent « oh ben je suis hospitalisée, j'ai une lésion du col ». Ça touche des femmes jeunes en principe, dans le milieu de travail et je pense que ça..., maintenant on en parle. Avant on n'en parlait pas, maintenant on en parle quoi. Donc les femmes sont plus, alors, sont plus sensibilisées et puis je pense que ben jusqu'à 65 ans normalement une femme, elle est sensibilisée pour faire son frottis et euh du coup ça permet de bien recadrer les choses à dire, « le frottis ça permet de détecter des lésions, tous les 3 ans ça suffit, mais si on pouvait par une technique de vaccination ne plus..., enfin, avoir l'esprit plus rassuré quand on fait l'examen, parce que ce n'est pas anodin quoi, hein. Par exemple j'ai une gamine, enfin je dis une gamine parce que je la connais depuis toute petite, qui...

Alors bon elle a eu une vie un peu chaotique elle a, à un moment donné elle était toxicomane, elle a fait de la prison au Luxembourg parce que, ben elle avait été prise en train de dealer. Elle avait eu un frottis au Luxembourg dont on n'a jamais réussi, enfin quand elle était en prison elle a eu un frottis, on n'a pas eu de résultat. Et puis donc là, elle s'est réinsérée dans la vie, elle est partie l'an dernier, elle est partie faire une formation en Suède. Elle avait eu des rapports non protégés, donc ça avait été tout un poème, parce que par téléphone avec la mère, il faut faire ci, il faut faire ça. Elle revient, elle me dit « vous vous êtes affolée mais là haut ils n'en avaient rien à carrer quoi ! » « Bon, écoutez, ici c'est comme ça qu'on fait en Suède je ne sais pas mais bon ». Et puis là elle repartait, elle est repartie en Inde parce qu'elle a un projet professionnel là bas, et je lui ai refait son frottis et là y'a des lésions qui sont apparues. Alors quand elle revenue d'Inde, on a fait le frottis elle repartait travailler à la montagne parce qu'elle voulait se refaire un peu d'argent avant de repartir. Et là, c'était compliqué parce qu'il faut surveiller et c'est une jeune qui n'a pas, enfin, elle va repartir, mais je sais pas quand elle va revenir. Du coup elle a revu une gynéco, là elle était à la montagne donc elle a repris un rendez-vous chez la gynéco, il a fallu lui renvoyer tout son dossier pour... Et on se dit, bon elle, elle a un profil à faire un jour un truc compliqué parce que justement on sait qu'elle va nous échapper quoi. Autant quelqu'un qui a une vie bien réglée, on va dire, bon c'est bon, on a le temps, on va surveiller, on refait le frottis dans 3 mois. Et là c'était compliqué quoi et euh... Et je pense qu'elle a un profil à faire un souci comme ça, parce que immunologiquement elle n'est pas compétente, enfin elle a affaibli un peu ses défenses par ses différentes addictions, vous voyez.

SL : Et du coup, vous le proposez dans quelles circonstances ce vaccin ?

E5 : Ben c'est systématique hein, c'est quand on regarde le carnet de vaccinations. Déjà on renote, enfin moi je, à l'ouverture du carnet on vérifie, ben par exemple, quand ils viennent, ben pour les inscriptions à l'école, pour tous les certificats qu'on fait sport, machin... Ouverture du carnet, « ah le prochain vaccin c'est tant, et au fait à c't'âge là, pour les filles, y'a ce vaccin là qui est proposé. Vous connaissez, vous savez à quoi ça sert, vous en avez déjà entendu parler ? Ah, vous avez déjà 3 filles, bon ben pas de problème. » Mais il est proposé quasiment systématiquement, y compris chez les récalcitrants aux vaccinations. Y'a celui là aussi, après le choix il appartient aux parents hein, c'est... Bon, moi je pense qu'il faut le proposer, après le recul nous dira si c'est un vaccin qui fonctionne bien ou qui ne fonctionne pas bien. Mais, l'augmentation, enfin moi je, j pense que plus on va avoir une politique de vaccination organisée, plus on va avoir un taux de couverture vaccinale qui peut être amélioré, et plus à moyen terme on va avoir des résultats sur l'efficacité. Moi je pense qu'il y a peut-être des médecins sentinelles, ou ils font des dosages, enfin j'en sais rien. Ça on n'a pas trop de retour, par contre. Par contre ce que l'on a demandé au comité de vaccination par rapport à l'HPV puisque c'est dans le plan Cancer 2015, c'est savoir s'ils pouvaient nous sortir les statistiques par rapport au projet de vaccination chez les garçons parce qu'il y a des pays où ils ont proposé aussi la vaccination. Et un thème qu'on a essayé d'aborder mais pour lequel il y a eu un veto, c'était la vaccination dans les populations homosexuelles. Parce que ça donne aussi des lésions buccales et euh, on ne sait pas s'il est proposé actuellement, s'il y a des programmes pour les populations homosexuelles en prévention, alors que ça pourrait être proposé aussi dans ces populations là puisqu'ils ont un risque particulier. Mais on a, pouf le sujet clac clac, ça a été... ! Je pense qu'on n'avait pas les représentants AIDS, ça aurait été bien qu'ils aient été là à cette réunion. Mais bon il va y avoir des études qui vont sortir je pense parce que ça commence à bouger un peu dans ces milieux là.

SL : Et d'après votre expérience, quelles sont les difficultés que les médecins généralistes peuvent rencontrer lors de cette vaccination ?

E5 : Alors, euh... c'est un gros vaccin, c'est une grosse dose, donc ça fait mal, un petit peu, enfin bon comme... C'est la dose qui, chez les enfants à 11 ans, ils n'aiment pas trop les vaccins quand même. Techniquement, il s'est quand même bien amélioré parce que les premiers c'était quand même quelque chose hein. Moi j'ai..., houlà c'était des..., y'avait un espèce, je sais pas pourquoi ils avaient fait un truc pareil, y'avait un vaccin avec un ressort à l'intérieur pour que...hop le machin il se rétracte, ils avaient essayé de faire un truc un peu innovant pour justifier le prix du vaccin. Alors le coût c'est quelque chose, hein, parce que c'est quand même, c'est quand même un vaccin qui reste cher, et si on en fait qu'un et puis qu'ils oublient le deuxième, c'est quand même dommage d'avoir gaspillé. Mais bon il y en a d'autres qu'on gaspille à côté hein, ça c'est... Je pense que c'est surtout parce que ce sont des populations qui ne sont pas vues régulièrement en médecine générale quoi, hein y'a des... Si on a beaucoup de patientèle jeune... Enfin, moi je vois par exemple, j'ai une population de pédiatrie qui est quand même assez élevée, euh du coup, on est sensibilisé. Le médecin de campagne qui voit beaucoup de personnes âgées et puis de temps en temps voit un ado ou un préado, je ne pense pas qu'il y pense beaucoup. C'est plus parce que la préoccupation, elle est portée ailleurs, mais on est trop dans le soin en France par rapport à la prévention et... Je pense que s'il y avait une consultation dédiée annuelle pour tout le monde, et qu'on ferait peut-être un peu moins de systématique, enfin... Moi, enfin j'essaye de travailler comme ça, d'anticiper et de voir les gens plus tous les 3 mois que tous les mois et quand ils veulent vraiment tous les mois, on essaye de trouver un artéfact pour dire « non ben là ça ne va pas aller, regardez les médicaments on peut avoir des boîtes de 3 mois », enfin il faut argumenter, ce qui permet de libérer des créneaux pour les autres. Parce que dans une clientèle de patients, enfin plus âgés, ils sont chronophages, et ils ne laissent pas forcément la place aux jeunes. Ou alors il faut faire comme, je ne sais plus, c'était où, y'avait un cabinet où le mercredi, à l'époque c'était le mercredi matin c'était dispo. Le mercredi c'était la journée des enfants, alors ça doit être à... Dieuze qu'ils ont fait ça, et le mercredi la secrétaire elle installe la salle d'attente pour les enfants. Donc les gens, quand ils arrivent en salle d'attente ils disent « Ah, vous faites, c'est le pédiatre aujourd'hui », « Non, non, c'est la journée des enfants ! ». Et du coup, ils ne se sentent pas autant accueillis que quand c'est le jour... Et je pense que si on fait ça, on va drainer plus facilement une population spécifique.

SL : Et vous voyez d'autres difficultés que les médecins peuvent rencontrer ?

E5 : Ben euh oui, le fait de ne pas être convaincu eux-mêmes de la vaccination, c'est..., à mon avis c'est le plus gros écueil (rires). Si on n'est pas convaincu qu'une vaccination elle est efficace, ou qu'elle est utile, on ne la fait pas hein. Je pense que la meilleure façon de se convaincre de vacciner contre l'hépatite B, c'est de voir quelqu'un qui a une hépatite B chronique qui fait un cancer du foie à 50 ans, et qu'on dit « et bien de toute façon, ça va être difficile de greffer celui là parce que ça va récidiver sur le greffon. C'est quand même frustrant.

SL : Et par rapport à cette médiatisation d'affaires judiciaires vous pensez que ça a changé quelque chose dans votre pratique, vous l'avez ressenti ?

E5 : Non, non les récalcitrants ils restent les récalcitrants. Après c'est à nous à développer nos arguments quoi. Oui il y a de l'aluminium dans les vaccins, certainement. Euh, je pense qu'il y en a dans d'autres choses. Si on devait trouver l'aluminium partout où il est, euh, on ne ferait plus grand-chose quoi. C'est comme le bisphénol, où c' qu'on a du bisphénol où on dit bon finalement le bisphénol pose problème. Mais les autres moyens qu'on a développés pour ne pas utiliser du bisphénol, c'est aussi toxique, donc... Est ce qu'il faut vraiment se battre pour ça. Bon la médiatisation pose problème parce que les journalistes en fait, ils développent sur des thèmes qui sont vendeurs et c'est pas forcément... Ils n'ont pas une objectivité à toute épreuve hein. Si vous avez un

journaliste qui est convaincu, enfin qui est convaincu que c'est efficace la vaccination, qui, j'sais pas moi j'imagine la journaliste qui a déjà un peu baroudé, qui a vu dans le monde et puis qui se rend compte que le cancer du col c'est grave dans des endroits où éventuellement les gens pourraient, euh ne pas avoir ça en plus, ça serait pas mal. Ben elle va peut-être faire son article en disant « bon finalement est ce que c'est pas mieux quand même de faire le vaccin ? » A côté de ça, si on vit sur sa planète et puis qu'on ne se rend pas compte que le monde à côté, il existe. Il y a toujours la problématique (rires)...

SL : Et Internet ?

E5 : Alors Internet, je pense que probablement ils y vont plus que ce qu'ils nous le disent. On s'en rend compte. Même des gens assez âgés, c'est assez, c'est assez drôle. Je pense que les jeunes sont un peu moins gogo sur internet que les plus âgés, parce qu'ils savent, ils ne vont pas sur les mêmes sites en fait. Et globalement ça peut être, moi j pense qu'il faut savoir utiliser internet pour la communication. Je sais pas si vous avez vu cet article, enfin, il y a eu un article comme ça sur..., au Brésil. Au Brésil ils ont constaté qu'il y avait une augmentation des cas de sida et donc le ministère de la santé a réagi de manière assez, assez drôle. Moi j'ai trouvé que c'était intelligent. Ils ont fait un site, et le mode d'entrée du site, c'est, ils proposent en fait... c'est comme un formulaire un peu de sites, pour aller sur des rencontres sur internet. Donc ils proposent des..., enfin c'est assez attractif, donc les gens vont sur le site et au moment où en fait on leur dit « ben, vous allez être mis en communication avec... », là y'a un truc qui dit « vous êtes sur un site d'information pour la prévention », et ils refont en fait une information sur les maladies sexuellement transmissibles, le risque représenté par la porte d'entrée internet, etc., et ils font de l'information prévention comme ça et ils ont utilisé un moyen moderne de communication. Et apparemment ils disent que le, alors bon après les gens vont peut-être savoir et dire « ah ben ce site là c'est bidon, machin », enfin bidon pas forcément mais. Moi je pense que c'est un mode de..., c'est intelligent la manière dont l'abord a été fait puisque c'est un mode d'entrée sur internet, et que finalement ça marche quoi. Donc euh, y'a, j pense qu'il y a des moyens. L'autre jour, je regardais, pareil pour les ados, y'a le..., alors c'est le CHU de Bordeaux qui a créé un programme pour éventuellement faciliter la communication des ados par rapport à leur mal être. J'sais plus comment il s'appelle c'est...cash, clash, clash quelque chose. C'est un logiciel qu'on peut utiliser avec des ados, pour éventuellement, j pense qu'il faut savoir utiliser internet avec les moyens modernes, enfin la communication avec les moyens modernes qu'on a actuellement quoi. Ben c'est vrai qu'ils sont quand même plus souvent sur internet, que moi. Moi déjà je trouve que j'y suis beaucoup mais...

SL : Et vous trouvez que les questions ont changé, d'année en année, par rapport à ce vaccin ?

E5 : Ben, j'aurais au début, au début c'était, « c'est quoi ce truc ». En fait la communication elle a changé dans la mesure où maintenant on explique pourquoi on fait un frottis. Avant on disait « il faut faire un frottis » point, on disait pas à quoi ça sert. Et maintenant en fait quand on explique qu'il faut faire un frottis de dépistage, on leur dit ben parce qu'on recherche des lésions qui sont dans la plupart des cas liés à ce virus et pour le virus éventuellement on a un protocole de vaccination qui certes n'est pas parfait, parce que l'efficacité vaccinale n'est pas à 100%, loin de là. Mais si on peut déjà en éliminer une partie par un vaccin, on continuera à faire des frottis et on aura moins de risque d'avoir en fait des lésions graves. Puisque le cancer, c'est quand même quelque chose qui fait peur. Donc, on communique plus facilement à la fois sur le frottis et sur l'intérêt du vaccin. Donc, enfin c'est comme ça que moi je le vois. Après c'est vrai que moi je suis sensibilisée donc..., c'est sûr que quelqu'un qui... Enfin, un médecin qui fait pas de gynéco, qui n'a pas forcément les comptes rendus qui lui sont transmis, parce que malheureusement c'est encore pas vraiment dans le... Parce que l'état

précancéreux du col c'est pas une pathologie en ALD, donc personne n'informe personne. La gynéco elle garde ça dans son coin, euh des fois quand c'est dans des hôpitaux on arrive à récupérer les examens, et encore. Il n'y a pas de transmission systématique, alors que c'est un examen de dépistage, il n'y a pas de transmission systématique au médecin traitant. Donc il y a beaucoup de médecin traitant qui ignorent que leurs patientes, qui sont déclarées chez eux, ont fait une pathologie liée à ce virus. Et j pense que si ils avaient statistiquement, quelque chose qui leur revenait en disant « docteur vous avez, j'sais pas moi, 500 femmes, enfin c'est un chiffre hein j'en sais rien. 500 femmes, sur les 500 il y en a que tant qui ont fait un frottis, mais sur celles qui ont fait un frottis y'en a tant chez qui ont découvert des trucs. » Peut-être que... effectivement ça les inciterait plus à se pencher sur le problème, plutôt que de vivre, chacun vit dans son monde. On n'est pas dans une politique de prévention en France. On est dans une politique encore de traitement, qui compte beaucoup plus cher que la prévention, ça c'est sûr. Et, tant qu'on sera sur ce versant là et c'est pas fait pour s'arranger avec la méthode actuelle, c'est pour ça qu'on est un peu en..., en colère hein.

SL : Et pour revenir sur l'abaissement de l'âge de la vaccination, pour vous ça a vraiment été un atout ?

E5 : Ah ben j pense que c'est mieux pour un côté pratique et puis euh, j pense que c'est aussi pour permettre à, alors aux pédiatres qui voient encore des enfants de c't'âge là et aux médecins qui s'occupent de jeunes enfants de pouvoir avoir cette action préventive. C'est sûr qu'on a toute une population de médecins plus âgés qui seront moins sensibilisés parce que pris par leur..., leur rythme de travail qui n'est pas forcément toujours très... Alors après moi je ne sais pas, nous, on a le retour par rapport à la Lorraine, la Lorraine c'est une zone particulière parce qu'on est quand même très stakhanoviste, mais on a toujours été par exemple la région où on avait un taux de couverture du ROR qui était extraordinairement élevée, ah ouais ouais c'est assez marrant. Mais quand on va dans les autres régions, on nous dit « Ah vous, vous êtes de l'est vous, oui oui c'est vrai... » Apparemment, on a une reconnaissance d'être plus rigoureux quoi. Après, peut-être que ça changera hein. Mais c'est vrai que c'est assez marrant parce que..., quand on..., enfin bon globalement c'est toujours « ah oui vous êtes très carré, très... ». Ça doit être quoi ailleurs, quoi ! (rires). Bon, déjà nous on trouve qu'on n'est pas très parfait, les autres ça doit être quoi ! (rires)

SL : Avez-vous d'autres choses à rajouter ?

E5 : Non, je n'ai pas d'autres remarques.

SL : Merci beaucoup pour votre accueil !

❖ Entretien 6

SL : Bonjour, merci de me recevoir. Mon travail de thèse porte sur la vaccination anti-HPV. Pour parler de vaccination en général, quelle est votre expérience professionnelle concernant la vaccination en général ?

E6 : Moi je suis pro-vaccin, je pousse tout le monde à se vacciner, mais maintenant voilà quoi ! Puisqu'il y a même des médecins maintenant qui font des certificats bidons, qui remplissent des carnets bidons, euh voilà. Donc on en est là quoi. J'ai encore entendu une recrudescence de rougeole aux USA là, j'ai entendu ça hier, voilà quoi. Moi je suis entièrement pour, moi je suis convaincu de la vaccination. Même si c'est sûr c'est des vaccins, c'est des médicaments, donc c'est sûr qu'il peut y avoir des effets secondaires, même des fois consternants ou déplorables, je sais pas quoi, ou méchants mais bon voilà. Je pense que tout ce qui existe, enfin tout ce qu'il a fallu pour mes gosses... J'ai deux

filles, elles sont vaccinées contre l'HPV depuis le début, de toute façon, voilà. Moi je suis absolument pour ça et j'essaye de les convaincre, mais bon ce qui n'est pas obligatoire, c'est pas évident, hein. C'est pas évident...

SL : Vous vous sentez à l'aise pour parler de vaccination avec vos patients ?

E6 : Oh oui, oh oui je n'ai pas de problème. Oh oui, ça, ça ne me gêne pas du tout non non. Non ben je fouille un peu, je cherche, je regarde sur internet, des trucs comme ça. Et puis non non j'ai pas de problème pour parler avec eux. J'en ai encore jamais eu un qui a réussi à me démonter, encore pas un, enfin j'parle pas physiquement hein, j'parle... J'ai un collègue, oui, qui m'énervé, c'est tout, mais bon ça c'est pas grave.

SL : Et y'a-t-il des vaccins qui nécessitent des discussions, voire des négociations ?

E6 : Oui, l'hépatite B, l'HPV... Oh la méningite hein, ils n'en voient pas l'utilité quoi. Le problème, c'est ce que j'leur dis, c'est pas souvent, enfin quand c'est, ça fait mal quoi. Bon c'est principalement ça. Rougeole- rubéole-oreillons, l'Infanrix®, tout ça, ça passe. Le BCG, ça devient chiant le BCG. Parce que déjà on n'arrive plus à l'avoir, euh, j'crois qu'ils sont en rupture de stock dans les pharmacies. Maintenant qu'on le fait quasiment plus, ils sont en rupture de stock, j'arrive pas à comprendre là. Y'a quelque chose qui me... Je ne sais pas où ils vont les vaccins. Alors ça, c'est plus difficile. Quand les mat (maternités) le font, bon ça va parce qu'il y a encore des mat qui le font, enfin des mat, oui des sorties de mat où ils le font régulièrement, ça va. Après moi je le propose aux gens, même ceux qui ne rentrent pas dans le cas des facteurs de risque, je leur propose. Mais c'est vrai que ça passe beaucoup plus mal maintenant quand même.

SL : Et concernant le vaccin anti-HPV, justement ?

E6 : Je trouve que ça a mieux marché que ça ne marche maintenant. Enfin mieux marché, au niveau des gens quoi. Ben à force d'entendre, les gens, c'est pas des spécialistes hein, enfin moi non plus d'ailleurs hein. Mais à force d'entendre que ceci que cela, ils se méfient quoi. Pour eux, ils reviennent avec le vaccin de l'hépatite B, c'est la même chose pour eux,... Ah oui oui, c'est la même chose. Alors quand on voit les difficultés à faire l'hépatite B, même pour les gens qui en ont besoin, enfin qui en ont besoin, à qui on l'exige, ben voilà l'HPV j'trouve que c'est plus difficile maintenant que ça ne l'était.

SL : Et vous expliquez ça comment ?

E6 : Ben parce que les médias sont un pouvoir phénoménal, de toute façon. Le microcosme médiatico-politique comme disait Barre, vous n'avez pas connu vous Raymond Barre, mais comme il disait, c'est vrai que c'est..., c'est la plaie. Le monde médiatique là, et même politique c'est la plaie pour nous quoi, et pour les gens. C'est la plaie pour les soins quoi.

SL : Oui, vous sentez que les médias ont changé quelque chose dans votre pratique, au quotidien ?

E6 : Oui, ben oui hein. De toute façon, c'est..., oui. Ma pratique non, parce que je..., enfin je dirige, je crois que je dirige toujours ce que je veux faire. Mais c'est vrai que les gens, ils réagissent quand même. On parle, enfin au début, on m'en parlait pas, les gens c'était tac tac tac, on n'en parle plus, c'est fini. Maintenant, ben de toute façon y'a qu'à voir depuis, depuis aussi l'affaire de l'anesthésie de Chevènement là, qui a entraîné la consultation d'anesthésie systématique obligatoire avant. Les gens parlent plus depuis là, j'trouve et encore une fois c'est le monde médiatico-politique. Maintenant il

faut faire signer des protocoles, etc., enfin pour les anesthésistes, les chirurgiens... Nous, ça nous pend au nez hein, de toute façon, faut pas s'en faire, il faut tout noter. Si quelqu'un refuse ceci il faut le noter. Moi, je refuse de faire ça, de toute façon je ne les fais pas signer rien du tout. Ils veulent, ils ne veulent pas. C'est leur santé et puis c'est tout. On verra bien et puis c'est fini. C'est pas à mon âge que je vais changer.

SL : Et comment ça se passe une consultation où vous parlez de ce vaccin ?

E6 : Bah..., bien, en général c'est les gens qui nous amènent leur fille pour, pour un rappel ou un truc comme ça, ou alors on parle, j'sais pas, de risque de grossesse, enfin de contraception, etc. Et puis on parle de ça, puis voilà quoi, c'est tout. Alors bon maintenant on en parle plus tôt puisqu'on peut le faire plus tôt, voilà, mais... Bon, et puis si, les jeunes filles sont quand même relativement, je sais pas si c'est l'école hein, mais elles sont quand même bien informées. Mais c'est pas elles qui prennent la décision, c'est quand même les parents qui prennent la décision, bon c'est normal aussi. Alors vu qu'on va faire un vaccin maintenant de 11 ans à, je sais plus 14, non à 19 ans révolus j'crois hein, le problème c'est qu'on arrive juste à la majorité, donc si elles y pensent c'est bien, si elles ont eu des rapports avant théoriquement il faut pas non plus si y'a plus d'un an. Je trouve que c'est une connerie on devrait le faire beaucoup plus loin, enfin remboursé je parle. On devrait le faire beaucoup plus loin. Et puis que les jeunes puissent décider, si elles veulent après, elles seront libres quoi. Je ne vois pas pourquoi bloquer parce qu'elles ont eu un an de rapports sexuels, c'est des conneries. Enfin voilà quoi.

SL : Et vous avez un vaccin préférentiel ?

E6 : Oui, je fais beaucoup plus de Gardasil® que de Cervarix®, parce que j'ai commencé par le Gardasil® parce qu'il était remboursé au début et pas l'autre. Mais euh, j'ai pas, non, pour moi enfin j'ai eu le BEH là, y'a, l'année dernière, auparavant grosso modo c'est kif-kif bourricot quoi. A peu de choses près, après on se base sur des valences, on se base...

SL : Et y'a-t'il des questions particulières qui reviennent chez les patientes ?

E6 : Oui, est ce que c'est réellement utile ? La question qui tue c'est : est-ce que vous le feriez à vos filles ? Alors réponse qui tue, oui je l'ai fait, de toute façon y'a pas de problème. Y'en a qui le croit pas. Mais..., non, c'est surtout que, c'est surtout qu'elles ont peur, elles ont peur pour leurs filles, elles ont peur des réactions, elles ont peur des conneries qu'on voit à la tv, enfin non c'est pas des conneries, y'en a certainement qui ont eu des problèmes hein. Mais des machins qu'on voit à la tv, ou qu'on monte en épingle, etc., etc. Donc elles ont peur pour leurs gosses quoi c'est tout. Mais je les comprends hein, je...quand elles veulent pas bon ben j'insiste pas, je ramène la fois d'après c'est tout. Mais voilà, je les comprends, je peux comprendre.

SL : Cet abaissement de l'âge de la vaccination à 11 ans, pour vous, c'est une bonne chose ?

E6 : Ben je pense que c'est plus facile, parce qu'on arrive au rappel..., au rappel de..., de vaccins habituels qu'on fait à 11 ans ½/12 ans, donc on est plus, c'est plus facile d'en parler, c'est plus l'occasion d'en parler. Parce que vous savez, à part les vaccins, les carnets de santé après 6/7 ans, on n'en voit plus hein. On n'en voit plus, on n'en voit plus. Donc voilà, c'est l'occasion d'en parler un peu plus.

SL : Du coup, vous abordez les questions de sexualité, à cet âge là ?

E6 : Ben si il faut oui, moi ça m'gêne pas. Oh moi j'en parle même avec les jeunes, moi de toute façon. Oh moi j'ai pas de tabou là-dessus de toute façon. Bon y'a p't'être, allez on va me dire que je

suis raciste, y'a p't'être des..., des populations, des faits religieux... Bon 31 ans d'installation, on commence à connaître les gens un p'tit peu quoi quand même, bon voilà. Mais même, ça passe très bien, de toute façon, ça passe très bien. On arrive à parler d'un peu de tout, plus ou moins, j'aurais crument, non pas crument, plus ou moins véridiquement entre guillemets. Mais on arrive à parler de tout quand même.

SL : Et d'après votre expérience, quelles sont les difficultés que les médecins peuvent rencontrer avec ce vaccin ?

E6 : Moi j'ai pas de difficultés pour en parler. Ben, je sais pas, j'vous dis j'ai un collègue qui en parle pour le démonter c'est tout, mais il fait aucun vaccin, il démonte tout de toute façon, c'est pas difficile. Mais voilà, bon, mais autrement j'vois pas ce qu'on peut, on en parle ou on n'en parle pas. Mais j'vois pas pourquoi on n'en parlerait pas, ça fait partie de... J'vois pas pourquoi on parlerait des autres vaccins et pas de celui là.

SL : Et l'influence d'internet, de la médiatisation d'affaires judiciaires, est-ce votre quotidien ? Vous le ressentez ?

E6 : Oh les médias, oui. Internet, bon ils y vont mais après ils nous demandent ce qu'on en pense, etc. Mais les médias oui, c'est la catastrophe, c'est la catastrophe. De toute façon maintenant, je regardais juste avant de partir là encore, le gros JD, Jean Daniel Flaysakier sur la 2, j'sais pas si vous connaissez, médecin journaliste spécialisé. Alors il paraît qu'il est médecin, bon je veux bien le croire, qui parlait encore des somnifères, mais il ferait mieux de se taire ce mec ! C'est pas possible. En plus il a un site, j'crois qu'un jour je vais lui écrire pour lui dire qu'il fasse autre chose que ça. Mais bon, ils sont toujours à la, encore celui là il est relativement honnête hein, ça va. Mais y'en a d'autres, c'est de la folie quoi. Y'en a qui se croient spécialiste, encore une fois j'suis pas spécialiste non plus hein, enfin j'suis un peu médecin. Mais y'en a qui le sont même pas, et puis qui la ramènent quoi, ils en sont seulement à dire, « ben oui mais on a lu, on a vu, on a entendu, on a... », pffiou, voilà quoi c'est tout. Mais c'est vrai que les médias, c'est la catastrophe, médias et politique. Ce qui a tué le vaccin de la grippe, ben c'est Bachelot, bon de toute façon... Autant je critique pas qu'elle ait commandé des vaccins contre la grippe, j'sais plus laquelle, non c'est pas la grippe aviaire, la grippe H1N1. Autant déjà c'était une connerie de demander des doubles pour faire un rappel, et puis surtout nous sortir nous du vaccin. Enfin, nous, je prêche pas pour ma paroisse hein, j'veux dire. Mais plutôt qu'd'aller faire, moi il a fallu que j'aïlle me faire vacciner au CHU, qu'est ce que c'est que ces conneries là encore... Enfin voilà. D'ailleurs j'étais le premier médecin à le faire. Mais, euh..., voilà, c'est vrai que c'est le monde médiatico-politique, c'est la catastrophe. Ils veulent absolument faire un tas de trucs mais ils font que des conneries hein, ils font que des conneries. Y'a qu'à voir l'histoire du tiers payant généralisé, ça n'a rien à voir, Marisol Touraine qui s'arque bouque là-dessus parce que c'est une promesse de Hollande quand il était candidat. Mais même les gens, ils ne comprennent pas. Moi je ne veux même pas leur en parler, j'ai pas fait grève hein, rien du tout. De toute façon je leur en parle. Quand ils m'en parlent, je leur dis ben de toute façon pour l'instant ce sera discuté en avril, on verra en avril. Mais même eux ils ne comprennent pas, ils ne comprennent pas. Y'en a qui ont du mal à payer, ben on s'arrange avec eux et puis c'est tout. J'vois pas où est le problème, on a toujours, moi ça fait 31 ans que je fais comme ça. Même avant, les remplacements, j'faisais déjà comme ça, en remplaçant les médecins je ne vois pas où est le problème. Mais c'est le monde médiatico-politique, c'est la catastrophe. Moi je pense que si on n'avait pas tous ces gens là, ça se passerait bien. Ça n'empêcherait pas de discuter avec les gens hein, j'pense que c'est mieux de discuter comme on fait maintenant qu'au début on ne discutait pas, tac tu prends ça puis tu te tais. C'est mieux de discuter, c'est mieux de leur expliquer. Mais euh, j'pense que le gros problème il vient d'eux.

SL : Et par rapport à cet âge de la vaccination, y'a-t-il des réticences de la part des parents à 11 ans ?

E6 : Non, non non. Ceux qui sont entièrement pour, y'a pas de souci, ça ne gêne pas du tout. Y'en a d'autres qui disent on va voir, on va discuter. Bon ben c'est tout, il faut penser à leur rappeler quoi c'est tout. Et y'en a c'est non tout de suite, bon ben voilà quoi. On essaye de leur parler mais c'est non. Y'a facilement 50% pour qui c'est non, tout de suite. Et je trouve qu'il y en a plus maintenant, qu'il n'y en avait avant.

SL : Et vous pensez que c'est à cause de quoi ?

E6 : Ben toujours pareil, oui c'est à force d'en parler, de toute façon. J'veus dis quand on voit les machins à la tv, les juges qui ont indemnisé, enfin c'était pour l'hépatite B c'était pas pour le..., mais bon y'a un parallélisme phénoménal entre les deux hein. Les juges qui indemnisent en France des patients qui ont fait des maladies démyélinisantes du SNC post vaccinal, rapport ou pas, je ne sais pas du tout mais bon ben voilà. Ça c'est à chaque fois on voit ça. J'veus dis les journalistes ils montrent ça, ils en font des émissions, etc., etc. Voilà, et puis bon c'est vrai qu'on attaque les médicaments, de toute façon en général, donc forcément les vaccins c'est encore plus facile. C'est difficile de dire, « arrêtez de prendre..., je sais pas quoi, ça vous donne..., arrêtez de prendre du Lyrica, ça vous donne des vues troubles, des diplopies ». Et puis j'en ai vu une fois moi, ça ils n'en parlent pas puisque les gens ne connaissent pas, et là c'est tellement facile, c'est tellement facile. Ça fait peur aux gens, et puis les gens, ils sont en plein dedans quoi, forcément, le Lyrica, y'en a pas beaucoup qui en prennent. Le Gardasil® ou le vaccin contre l'hépatite B, y'en a beaucoup qui en entendent parler, donc voilà c'est un peu le problème. C'est pour ça, moi j'me dis toujours... Mais vivement qu'un jour on ait un vaccin contre le palu et puis un vaccin contre le sida, j'me demande ce qu'ils vont pouvoir dire quand même, j'me demande ce qu'ils vont pouvoir dire. Même avec des effets secondaires, j'me demande s'ils vont dire « non, non, il ne faut pas se faire vacciner », j'me demande quand même...

SL : Et du coup, vous le présentez comment le vaccin ?

E6 : Ben je le présente comme un vaccin supplémentaire par rapport aux autres, pour éviter une pathologie qui n'est pas forcément fréquente pour le cancer du col de l'utérus. Par contre les conisations, c'est quelque chose de relativement fréquent quoi, même chez des très très jeunes filles, quoi voilà. Donc si on peut éviter ça, c'est pas plus mal hein... les conisations, je leur dis c'est des risques de stérilité, enfin stérilité, non, mais enfin des risques d'accouchement prématuré quand même possible, des choses comme ça. Voilà ce que je leur dis, quoi c'est tout. Mais bon je leur dis pas ça pour leur faire peur, c'est pour qu'ils voient ce qu'ils ne connaissent pas. Le problème c'est qu'ils ramènent toujours, enfin pas tous, mais ceux qui en général ne veulent pas, ils ramènent toujours les risques, ou alors on va réfléchir, ou il faut que j'en parle avec le père, des trucs comme ça, quoi voilà. Le père qu'est-ce qu'il a à voir là dedans, le pauvre vieux ! Mais voilà quoi, ou j'en parle avec les copines, ou alors je connais un médecin qui... Ben oui, ben voilà, c'est tout.

SL : Vous voyez d'autres choses à rajouter ?

E6 : Par rapport à l'abaissement de l'âge de la vaccination, moi je trouve que c'est bien, moi je le mettrais plutôt plus tard aussi, enfin remboursé plus tard. Pour qu'elles puissent prendre leur décision quoi, les jeunes, quand les parents ne veulent pas. De toute façon, celles qui sont vaccinées avant, quand on arrive à 18 ans donc à l'âge de la majorité, ça ferait une part relativement minime. Donc c'est pas ça qui va coûter, si on le laisse remboursé, faut pas déconner quand même. Ça coûterait certainement moins cher que les conisations. Même si elles ont eu des rapports avant, j'vois pas. Après

tout, si elles ont une lésion HPV, y'en a tellement de formes différentes, de valences différentes, je ne sais plus comment on dit, de oui enfin... Donc toute façon, peut-être qu'elles n'ont pas touché celui là, peut-être que voilà, pourquoi pas, pourquoi pas... Mais je ne suis pas spécialiste, hein, je dis peut-être que des conneries, j'en sais rien. Moi je le vois comme ça, c'est tout. Sur les médias, on les fera pas taire, ça va être de pire en pire de toute façon. Y'a qu'à voir l'affaire des... (attentat Charlie Hebdo janvier 2015), aller filmer ça, c'est de la folie, c'est de la folie. Les politiques, ben c'est irrécupérable, de toute façon c'est pas la peine. Tant qu'on n'aura pas une révolution, on ne pourra rien faire. Non autrement, j'sais pas euh.... Non moi je regrette qu'il y ait des vaccins qui ne soient pas obligatoires, oui c'est vrai. Voilà et personne ne le fera puisque maintenant c'est le principe de précaution hein, donc ils ont peur, au cas où il arriverait quelque chose.

SL : Merci pour cet échange.

❖ Entretien 7

SL : Bonjour, ma thèse porte sur la vaccination anti-HPV, mais je souhaiterais aborder le thème de la vaccination en général. Quelle est votre expérience professionnelle par rapport à la vaccination ?

E7 : Je suis pro vaccination. Et je suis très embêtée en ce moment par tout ce qu'on entend à droite et à gauche contre la vaccination. Alors j'essaye d'expliquer aux patients, mais ça prend du temps et parfois les gens sont très perturbés par ce qu'ils voient, entendent sur internet, et ça devient compliqué. Quand je me suis installée en 89, y'avait un nouveau vaccin qui arrivait que ce soit pour les adultes, les enfants, c'était chic on a un vaccin, on va..., on va les sauver. Et maintenant y'a un nouveau truc qui arrive, systématiquement dans les 6 mois/1 an qui arrivent, et ben y'a des polémiques, y'a des tas de choses, donc...

(coup de téléphone)

SL : Vous trouvez que tout cela s'est aggravé ces derniers temps ?

E7 : Oh oui, oh oui.

SL : Et vous vous sentez à l'aise pour parler de vaccination avec vos patients ?

E7 : Oui, ah oui je suis vraiment... Alors, je veux bien que..., il peut y avoir des problèmes de temps en temps, comme tout médicament. Mais je suis persuadée que si...il y a moins de mortalité infantile, s'il y a moins de tas de choses, c'est grâce à la vaccination. D'ailleurs, certaines ne s'y trompent pas, j'ai une patiente qui a une belle sœur qui vit, qui est Africaine, en Africaine noire, et quand elle entend dire ce que l'on dit ici elle dit « vraiment, mais, nous on meurt d'envie d'avoir des vaccins remboursés, efficaces, et vous vous êtes vraiment..., vous crachez dans la soupe ». Et voilà ! (rires)

Et je leur dis, je leur dis aux patients, j leur dis « vous vous rendez compte qu'il y a des pays qui voudraient, comme nous, avoir des vaccins. Les vaccins sont parmi les médicaments les plus surveillés au niveau de la fabrication et tout, et non, vous vous crachez dans la soupe. »

(coup de téléphone)

SL : Et certains vaccins suscitent des discussions, voire des négociations ?

E7 : Oh oui, ben l'HPV justement, un petit peu le ROR encore de temps en temps, pas trop... La grippe, même des patients âgés que je vaccinai depuis des années et des années, tous les ans, qui ne se posaient pas de questions et maintenant, ils ne veulent plus.

Alors c'est vrai que quand je leur dis « moi je me vaccine tous les ans », « ah bon, oh mais vous ce n'est pas pareil, vous êtes médecin, vous ». Alors je sais pas si moi c'est pas grave, si j'suis malade avec le vaccin ou si vraiment j'ai une profession dangereuse (rires), mais... Non, c'est vrai que, ça devient problématique.

SL : Et avec l'HPV, comment ça se passe ?

E7 : Alors l'HPV, de toute façon je leur dis « Moi je suis pour. Posez-vous la question de savoir si à 30ans/35 ans, votre fille a un cancer du col de l'utérus, si vous ne vous sentirez pas un petit peu responsable. » Bon je le dis un peu moins brutalement que ça, en général, mais en gros c'est ça et généralement ça passe bien.

SL : Y'a-t-il des questions particulières des patientes ?

E7 : Mais même pas, c'est même pas sur des questions précises. C'est juste « j'ai entendu, j'ai lu sur internet que, il ne fallait pas ». Alors pourquoi il ne fallait pas, « ah ben, c'était pas bon, il y avait des problèmes », mais y'a pas de choses précises. C'est juste, j'ai lu sur internet, ou on m'a dit, ma copine m'a dit qu'il ne fallait pas. Mais bon y'a même des médecins. Il n'y a pas très longtemps j'ai vacciné une jeune fille. Je l'avais vue quand elle était bébé et puis elle a déménagé en périphérie. Sa grand-mère me l'a amenée pour faire le vaccin, parce que son médecin traitant ne voulait pas le faire. Donc je l'ai revue que pour ça...

SL : Et ce sont dans quelles circonstances, généralement, que vous les vaccinez ?

E7 : Alors soit j'en parle à la maman, des fois même quand je ne vois pas les filles, quand je sais qu'elles ont des filles en âge d'être vaccinées ou certaines me posent la question. Alors c'est vrai que c'est un âge un petit peu compliqué parce qu'on ne les voit pas forcément à 10 ans. Alors j'essaye d'en parler longtemps à l'avance maintenant, quand je les vois même à 8/9ans, j leur dis « vous savez que dès 11 ans, on peut les vacciner, que du coup on n'a que 2 injections, que voilà. » Et puis ben après, ça laisse un petit peu le temps d'y penser, et puis d'en reparler. Mais c'est vrai que ce sont des jeunes filles qu'on ne voit pas forcément, s'il n'y a pas un certificat pour le sport, un truc comme ça, pour partir en vacances...

SL : Et vous avez un vaccin préférentiel ?

E7 : Alors j'étais partie sur le Gardasil® au départ, puisqu'on nous a dit au départ, c'est le Gardasil® qui est le mieux. Maintenant comme les choses sont un petit peu changées, je mets un peu de Cervarix®. Mais c'est vrai que j'ai l'habitude avec le Gardasil®, c'est celui qui tombe sous la plume le plus vite.

SL : Et d'après votre expérience, quelles sont les difficultés que peuvent rencontrer les médecins généralistes avec ce vaccin ?

E7 : Pour le médecin ? Ah ben c'est aussi qu'il fait un peu mal quand on l'injecte, alors les filles parfois se le disent entre elles. Elles disent : « oui mais je vais avoir mal, il fait mal », mais c'est tout. Moi je leur dis « ne t'inquiète pas, j'injecte très doucement et tu n'auras pas mal », et en général, il n'y a pas de problème. Mais c'est, dans le quotidien, c'est la seule chose.

SL : Et que pensez-vous de l'abaissement de l'âge de la vaccination ?

E7 : Ah ben c'est plutôt positif, oui parce que du coup, je peux dire on fait que 2 injections au lieu de trois. Alors parfois il faut expliquer aux mamans que, ben ce n'est pas parce qu'elles vont avoir des rapports sexuels plus jeunes, c'est que au contraire, on s'est aperçu que le taux d'anticorps grimpait et puis du coup, on pouvait se passer d'une injection mais que ce n'est pas pour autant qu'on allait leur..., leur permettre d'aller faire des folies plus tôt.

Alors, j'ai la chance quand même d'être dans un quartier où il y a un certain niveau socio-économique donc même si certains arrivent réticents, certaines arrivent réticentes les mamans, j'arrive à peu près à convaincre. Ce qui n'est pas forcément le cas je pense de tous les quartiers, je pense.

SL : Et du coup vous abordez les questions de sexualité à 11ans ?

E7 : Ah ben, c'est l'occasion effectivement d'en parler, j'dis bon c'est peut-être un petit peu tôt, mais c'est l'occasion. Donc, ça, ça va protéger contre une grande partie des cancers, mais il y a d'autres choses. Il y a le préservatif, y'a la grossesse, euh... Et puis je dis toujours un truc que j'ai entendu il n'y a pas si longtemps que ça. Une jeune fille qui m'a dit : « mais toute façon premier rapport sexuel, on ne peut pas être enceinte ». J'me suis dit, bon sang, si on entend encore des choses comme ça maintenant, donc c'est un peu idiot mais je leur dis systématiquement à toutes les...gamines, parce que parfois elles sont jeunes, je leur dis : « alors surtout si tu entends ça, c'est faux hein, premier rapport sexuel, tu peux être enceinte. Tu peux ramasser des maladies et être enceinte. » Je ne pensais pas que ça existait encore... Et je m'aperçois en le disant que certaines y croyaient un petit peu. Et alors les rares fois où, enfin les rares fois, chaque fois quand je le dis, mais les rares fois où les filles ont l'air un petit peu dubitatives, les mamans regardent en disant « mince j'crois que je n'ai pas bien tout expliqué non plus hein ». Alors ce qui m'étonne aussi c'est que les mamans sont très contentes que j'aborde le problème. Des fois, j'me dis, bon elles vont peut-être dire « de quoi elle se mêle », à 11 ans, 12 ans, 13 ans et en général elles sont très contentes. Pouvoir reparler de choses peut-être abordées différemment, dire les choses peut-être parfois un petit peu plus simplement, même crûment, sans avoir la gêne de la maman qui parle de certaines choses. Donc, oui en général les mamans aiment bien.

SL : Donc finalement cet abaissement de l'âge de la vaccination, pour vous c'est... ?

E7 : Oui, moi ça ne me gêne pas particulièrement.

SL : A qui en parlez-vous le plus, aux mères ou aux jeunes filles?

E7 : Ben quand je les vois toutes les deux c'est le moment privilégié. Quand je les vois toutes seules, les filles ont un certificat médical, je leur dis « écoute je t'en parle, tu vas en parler à ta maman, je te fais même l'ordonnance si tu veux. Même si on le fait dans 6 mois, ce n'est pas un problème, mais je te fais déjà l'ordonnance. Si ta maman est d'accord, on le fait, tu reviens. Si elle n'est pas d'accord, ou si elle veut en parler, elle revient. » Mais bon il y a déjà l'ordonnance de faite, je sais que j'en ai parlé dans le dossier. Mais je dis bien « surtout on en reparle, ce n'est pas une obligation. » Mais des fois les mamans en parlent même quand elles viennent toutes seules sans problème.

*** (coup de téléphone)

SL : Et par rapport à ce que vous me disiez par rapport aux affaires médiatisées, est-ce que ça a changé quelque chose, pour vous, au quotidien ?

E7 : Oui ça me prend plus de temps. Avant c'était simple, j'disais on va faire tel vaccin clac. Bon peut-être que je n'expliquais pas assez non plus à cette époque là, mais bon. Mais maintenant il faut expliquer et négocier presque.

SL : Qui est à l'origine de ce problème d'après vous ?

E7 : C'est internet en 1^{er}. Après les médias qui relaient certaines choses qui ne sont pas forcément... et puis même des trucs tout bêtes qui sont, qui existent c'est dans la vaccination contre l'hépatite B, on a bien dit partout que...effectivement ça n'induisait pas de SEP mais on a quand même indemnisé des gens qui ont eu des SEP. Donc, heureusement que peu de gens le savent parce qu'autrement ça serait un petit peu difficile de réexpliquer ça. Faire la part des choses, bah oui mais pourquoi ils ont été indemnisés si effectivement la SEP n'était pas liée à la vaccination.

SL : Et vous l'avez aussi ressenti par rapport au vaccin anti-HPV ?

E7 : Ah oui oui oui, là ça..., il y a eu vraiment des difficultés d'un seul coup.

SL : Quelles sont les questions particulières que les mères vous posent ?

E7 : Et bien, c'est « je ne veux pas faire un vaccin qui peut être préjudiciable pour ma fille. » Mais sans savoir quoi hein, simplement « ça va être nocif ». Mais c'est pas « ça va être une SEP, ça ne va pas être... », je ne sais pas quoi, mais non « ce n'est pas bien ».

SL : Et du coup, ça a changé votre façon de présenter le vaccin ?

E7 : Ah oui du coup, j'y vais un petit peu avec des pincettes. Je commence à expliquer, à tout de suite dire que..., à expliquer que le cancer du col de l'utérus est lié à un virus, mais qu'on a la grande chance d'avoir sorti un vaccin contre ce virus, et que du coup on diminue beaucoup le risque de cancer du col de l'utérus. Alors tout en expliquant qu'il faut quand même continuer à faire des frottis, que ce n'est pas du 100%.

Et alors par contre tétanos, Repevax® ou autre, les gens ne se posent pas de questions. Alors qu'on a quand même entendu parler de fasciite à macrophages, de choses comme ça. J'ai peut-être un ou deux patients qui m'en ont parlé mais c'est tout. Mais c'est le vaccin contre la grippe, le papillomavirus. Qu'est-ce qu'il y a d'autres ? Le ROR un petit peu.

Par contre, contre la méningite à méningocoque C, là ça passe tout seul aussi, pneumo 23 chez le patient âgé ou fragile aussi. Ceux là, ça passe tout seul.

SL : Comment expliquez-vous cela ?

E7 : Ben parce qu'on n'en a pas parlé de ceux là. Nulle part, il n'y a eu de polémique.

SL : Comment ça s'est passé avec la dernière patiente que vous avez vue pour la vaccination ?

E7 : Ah ben une fois qu'elles sont décidées à être vaccinées que ce soit la maman ou la fille, ça se passe bien. L'ensemble du schéma est fait, sans problème. Il faut dire que moi je marque dans le dossier, je le remarque dans le carnet de vaccination, je fais l'ordonnance pour la prochaine fois, donc... et puis c'est toujours pareil, on revient encore au fait que je suis dans un quartier assez favorisé. Si la maman est là, elle prend son agenda, elle note dans 6 mois refaire le truc. C'est un petit peu plus facile aussi. J'ai une amie qui est installée plus dans le centre ville et qui a une population essentiellement du Maghreb, euh là je ne sais même pas si elle parle beaucoup de la vaccination. Il faut s'adapter aux patients.

SL : Et vous pensez que les médecins ont plus de mal à parler de ce vaccin aux patientes, pour le promouvoir ou non ?

E7 : Ben ça dépend, si le médecin, comme moi, est convaincu du bien fondé de la vaccination, ça ne pose aucun problème. Je pense que si le médecin au départ a une quelconque réticence ou se dit « moi j'sais pas ».... J'ai un copain, il y a quelques années, on en a parlé à un EPU. On parlait de ça, il me dit « oh ben, de toute façon, moi ma fille je ne la vaccinerai pas. » Bon ben c'est tout, je ne vois pas très bien comment il peut vacciner ses patientes ou alors il y a un problème. Si on ne vaccine pas sa fille, on ne vaccine pas ses patientes.

SL : Voyez-vous d'autres choses à rajouter sur l'abaissement de l'âge de la vaccination, sur les conséquences de la médiatisation d'affaires ?

E7 : Que du bien ! Que du bien de l'abaissement de l'âge, pas des médias ! (rires) C'est le gros problème. Quand je me suis installée en 89, les patients ils arrivaient avec leur vaccin contre la grippe, ils ne se posaient pas de questions, maintenant...

Bon pour tout, hein, les gens discutent pour tout. Alors, d'un côté c'est positif aussi que les gens prennent un petit peu en charge leur santé, qu'on ne leur file pas non plus n'importe quoi à avaler, mais..., c'est compliqué. C'est aussi comme le problème des statines, maintenant les gens... L'autre jour, j'ai un patient qui avait une gonarthrose, un genou comme ça (me montre), il m'a dit que c'était à

cause de sa statine. Je lui ai dit « non ce n'est pas ça. » Et comme il est un peu obtus, pff, j'ai eu du mal hein, j'ai eu du mal. Donc il suffit que les médias parlent de quelque chose et puis hop.

SL : Merci à vous.

❖ Entretien 8

SL : Bonjour, ma thèse porte sur la vaccination anti-HPV, mais je souhaiterais aborder le thème de la vaccination en général. Quelle est votre expérience professionnelle par rapport à la vaccination ?

E8 : Alors ben j'en fais beaucoup du coup, parce que comme je fais beaucoup de jeunes. J'suis contente parce que les parents que je suis, ils lâchent le pédiatre pour venir me voir, alors ça c'est bien. Ouais donc, ben vaccination, je suis le calendrier vaccinal j'dirais classique, donc contrairement aux pédiatres, je fais extrêmement rarement le BCG, puisque je vois que les pédiatres les font encore quasiment tous. Moi non, parce qu'on m'avait même dit que moi, parce que j'ai 3 enfants, et mon p'tit dernier qui a un peu plus de 2 ans, donc on m'avait dit « même en tant que médecin, c'est pas population à risque », donc je ne l'ai pas fait pour le petit dernier. Donc du coup, je le fais..., je le fais plus, honnêtement, j'ai pas...j'crois que depuis que je suis installée, je n'ai pas eu à le faire. Donc, voilà, donc je ne l'ai pas fait. Après, ben voilà, classique l'hexa, si les parents le veulent. J'essaye de les convaincre, en général j'y arrive. Oui j'y arrive. Y'a une...parce qu'en plus je suis médecin de crèche de (...). Y'a une crèche qui vient d'ouvrir à (...) en septembre, donc en plus, ça m'allait bien, moi j'avais le temps, c'est juste à côté. Ça me fait faire plein de p'tits bouts d'choux, qui est vraiment mon truc en plus, donc... Donc voilà, et y'a une maman qui a voulu me parler, dont j'étais pas le médecin avant, pour sa petite parce qu'elle ne voulait pas lui faire. Et j'ai réussi à la convaincre de lui faire, donc j'étais toute contente. Elle m'a dit : « c'est vous qui m'avez convaincue, docteur », donc voilà. L'argument, ça avait surtout été « ben vous ne savez pas ce qu'elle voudra faire plus tard et y'a beaucoup de professions dont il est obligatoire donc vaut mieux le faire plus tôt parce qu'il y a aura moins..., il sera mieux toléré, il sera plus efficace et tout ça », et donc du coup elle l'a fait. Donc..., je crois que je fais à chaque fois l'hexa, j'crois que j'ai encore jamais eu aucun refus depuis que je suis installée. Donc le Prévenar®, je suis pas forcément si convaincue que ça sur le Prévenar mais bon, j'le fais généralement. Prévenar, Hexa : 2 mois-4 mois-11 mois et puis Priorix® et puis... Ben d'habitude j'suis plus Méningitec®, mais là c'est Neisvac® parce qu'on n'a plus de Méningitec® donc à 12 mois et le Priorix® 3 à 4 mois après.

SL : Et vous vous sentez à l'aise pour parler de vaccins avec vos patients ?

E8 : Oh oui, oui.

SL : Y'a-t-il des vaccins qui suscitent des discussions ou des négociations ?

E8 : Non, j'trouve que, autant pourtant moi je suis quand même homéopathe donc les gens, ils le savent, ils sont..., mais question vaccins moi j'ai pas de problème. Après voilà, moi j'avais un peu peur de ça au début quand je me suis installée, j'me dis « je mets homéopathe, j'le mets, j'le mets pas. » J'voulais pas des gens qui ne voulaient pas se faire vacciner, et je n'ai pas du tout ce genre de patients, j'ai des patients supers. Voilà, les vaccins aucun problème, la prévention aucun souci. A la limite, ils ont plus le côté, ils savent bien que les antibiotiques y'en a pas besoin souvent donc... C'est plus ce côté-là qui..., qui passe bien, donc j'ai les avantages sans les inconvénients. Non, non mes vaccinations aucun souci.

SL : Et par rapport au vaccin anti-HPV, justement ? Comment ça se passe en consultation ?

E8 : Alors...Moins déjà. Alors déjà, parce que, j'y pense que j'y pense moins. J'ai moins de petits patients de l'âge là, quoi de préados, quoi voilà. J'en ai beaucoup de petits petits, j'en ai encore des un peu plus grands. Mais, euh...C'est plus, honnêtement, c'est plus les mamans qui m'en parlent. Parce qu'elles en ont entendu parlé et que... et souvent, elles sont pas trop chaudes quand même. Ah ouais. Autant, elles ont fait tout le calendrier, tout bien... Alors elles sont pas trop chaudes, pour pleins de raisons, parce qu'en plus maintenant on en entend surtout parler à 11 ans, avant c'était..., maintenant c'est beaucoup plus tôt. Et j'y pense que pour les mamans, et elles le reconnaissent hein, elles disent que ça fait tôt. Elles me disent que parler, c'est quand même en rapport avec la sexualité, et elles me disent : « ça nous semble loin ». Alors y' a 2 côtés. J'y pense qu'il y a vraiment le côté où c'est tôt, et elles disent « ben, on verra un peu plus tard ». Et puis y'a le côté aussi, où elles pensent que... Alors j'ai une population assez aisée quoi, j'veux dire assez...cortiquée, quoi, voilà qui sait bien de quoi on parle. Et elles me disent..., elles savent bien donc à quoi ça sert. Et elles me disent « ben oui mais on connaît un peu les facteurs de risque » et elles disent « pourquoi pas plutôt éduquer nos filles, sur effectivement la prévention, ben c'est se protéger. » Donc elles sont..., j'en ai fait hein, pas énorme... J'en ai fait quand même, quelques uns. Mais généralement, ceux à qui on le fait, c'est ceux qui ne se posent pas trop la question, en fait. C'est-à-dire que ça fait partie du calendrier vaccinal, on a dépassé effectivement ces p'tits vaccins qu'on fait quand on était petits. On arrive effectivement à 11/12/13/14 ans, ça dépend, c'est un vaccin de plus et on le fait sans trop... Je trouve que les parents dès qu'ils se posent un peu plus de questions sur... « est-ce qu'on ne vaccine pas de trop ? », et tout ça, sont plus réticents quand même. Alors c'est pas forcément un non catégorique comme ça a pu l'être par un moment j'trouve avec l'hépatite B ou avec cette maman qui a changé d'avis. Mais au départ quand elle m'a demandé mon avis, elle m'a dit « j'vous demande mais j'ai déjà mon idée ». Et puis elle a fini quand même par changer d'avis. Là, j'trouve que c'est pas aussi catégorique mais souvent elles trouvent que c'est tôt. Surtout que déjà avant c'était 14, maintenant c'est 11. A 11 ans les mamans, souvent, elles ne sont pas prêtes...

SL : Elles vous posent des questions particulières ?

E8 : Alors elles posent, ben déjà elles demandent ce que moi j'en pense. Et j'suis...autant pour le calen..., j'suis pas contre, j'suis...Après on force personne, nous, on est là pour effectivement expliquer ce qu'il en est. Après la première chose que je leur dis c'est que de toute façon le suivi gynéco, avec les frottis, il existera de.... Après voilà, encore une fois moi, c'est un arsenal thérapeutique en plus, après j'peux comprendre qu'elles n'en aient pas forcément envie. Après donc, j'y pense que...j'suis médecin, donc j'y pense que j'irais toujours conseiller, proposer mais j'irai pas forcer la main comme j'vais forcer pour un Hexa. Là, je force pas, parce que je leur dis : « voilà, c'est votre choix. » Moi la maman, au début j'ai dit : « mais écoutez, ne le faites pas si vous vous en rendez malade hein, ça sert à rien. » Mais j'ai quand même dit, « y'a quand même des arguments », et puis elle a fini par changer d'avis. Celui là, si je sens que...on discute un peu. J'y pense qu'on peut y revenir après, mais j'aurais du mal à forcer, forcer, forcer. Parce que, c'est pas que j'suis pas convaincue, pas du tout. Mais, j'y pense qu'il n'est pas forcément aussi indispensable que pourrait l'être un autre si effectivement on a un minimum d'éducation sexuelle et puis de suivi de toute façon. Parce qu'au départ, j'y pense que c'est ce qui a fait peur à tout le monde, c'était que, on n'ait pas un suivi correct derrière. Après tout dépend les patients qu'on suit, et tout ça. Moi je sais qu'elles l'auront. Parce que déjà moi je leur propose de faire leur suivi gynéco, donc généralement elles sont contentes. Pourquoi, parce que sur le secteur, il n'y a pas trop de gynécos, y'en a trois à ..., qui apparemment ne sont pas terribles, qui sont un peu vieillissantes, donc un peu à la vieille école. Donc vous avez 18 ans, première consult, elles vous mettent à poil. Donc, hein, j'ai eu 18 ans aussi, il y a pas si longtemps que ça. Voilà, et puis bon pas toutes jeunes, machin. Euh..., plutôt côté ..., ben elles sont débordées, y'en

a 2 à ... qui sont débordées, là sinon ben on est tout de suite à ..., mais bon c'est. Donc voilà, en plus j'suis la seule femme qui me suis installée dans le secteur c'est tous des hommes. J'suis quand même plus jeune, faut dire ce qui est. J'pense que je mets un peu plus à l'aise les jeunes filles, donc voilà, ça se sait que je fais quand même un peu de gynéco que voilà. Donc voilà, le suivi elles sont au courant, j'pense qu'elles adhéreront, et puis de toute façon moi je leur rabâche à chaque fois, parce que moi mes patientes à moi, à chaque fois je me mets des alertes, le frottis, voilà. Après, c'est ça notre travail de généraliste hein, c'est la prévention, donc moi quelqu'un qui arrive... En plus, moi je pars de zéro, donc c'est facile moi quand quelqu'un me demande en médecin traitant, c'est facile. Je dis d'accord, mais voilà vous avez tel âge, donc le frottis il date de quand, après si ils ont plus de 50 ans, la mammo si c'est une femme. L'ADECA colon, bon là en ce moment on est un peu embêté parce qu'on n'a plus rien pour l'instant. Mais voilà quoi, après ça fait partie des choses, c'est à nous à les... D'ailleurs pour le frottis, moi je dis toujours..., moi j'me dis à moi 2 ans, parce que si j'veux qu'il soit fait au bout de 3, il faut que à 2 ans, on... Non mais c'est vrai, hein. Si on veut qu'il soit fait, voilà. J'leur dis hein, j'leur dis « c'est 3 ans dans les textes, mais moi je vous dirai 2 parce que, pour qu'il soit fait à trois. »

SL : Dans quelles circonstances, proposez-vous le vaccin ?

E8 : Alors, c'est, c'est vrai que c'est facilement, surtout maintenant qu'il a été ravané à 11 ans, c'est avec l'autre, avec le rappel du DTPolio. C'est vrai que on dit hop, puisque c'est vrai que nous, on a « hop » 6 ans/11 ans, quand on voit des enfants de l'âge là, on y pense. On dit « Ah, est ce que les vaccins sont à jour ? » Donc, voilà, c'est plus effectivement à ce moment là, ah ben le DTPolio il passe bien. Et souvent le Gardasil®, (sourires) parce que j'suis encore assez Gardasil®, c'est plus dur. C'est plus dur ouais.

SL : Donc vous êtes plus Gardasil® ?

E8 : Ouais, ouais, généralement ouais. L'habitude..., comme j'étais Méningitec®, là j'ai du mal encore à me dire Neisvac®. Parce qu'en plus quand je mets Méningitec®, le pharmacien il ne m'appelle pas en me disant « j'ai plus de Méningitec® ». Il dit au patient « on n'en a plus », et c'est tout. Non mais c'est dingue ! Mais, ils servent à quoi alors ces pharmaciens. Ah non, mais moi j'ai eu un coup, une maman qui m'appelle un peu catastrophée en me disant « ben, j'suis embêtée, j'ai toujours pas le vaccin » et puis le pharmacien a dit « on n'en a pas » et puis c'est tout. Et puis j'ai fini par dire, mais..., et donc il a fallu que je refasse une ordonnance de Neisvac®. Donc maintenant j'y pense un peu, mais voilà, c'est des habitudes...

SL : L'abaissement de l'âge de la vaccination, ça a été une bonne chose pour vous dans votre pratique ?

E8 : Pff... A la limite, j'dirais, il y a une injection de moins. Mais, non, moi ça... A la limite c'est peut-être plus facile dans la mesure où il y a un autre vaccin en même temps, donc on y pensera plus. Quoi, moi, en tout cas, j'y penserai plus, parce que c'est vrai que 14 ans je zappe. Et puis en plus j'en ai pas énorme de l'âge là, franchement c'est pas..., on les voit pas beaucoup, et puis j'en ai..., voilà moi j'ai quand même vraiment des petits petits, euh... ouais entre 0 et 6 ans vraiment. L'âge préado, j'en ai pas trop trop. Et souvent, honnêtement, c'est les mamans qui m'en parlent avant même...ouais, ouais.

SL : Et vous en parlez plus facilement avec les mères qu'avec les jeunes filles ?

E8 : Ah ouais, ouais j'trouve, ouais. Ah et puis c'est l'âge où elles sont un peu passives quand même hein, c'est l'âge... Pourtant y'en a je les connais hein, le peu que j'ai, je les ai déjà vues pour des

rhumes, ça passe bien, on est à l'aise, mais ouais ça... Alors j'sais pas si c'est parce que c'est la maman qui en parle, et puis p'têtre parce qu'elles savent pas trop ce que c'est. Et puis à 11 ans, aller parler de ça. Moi à 11 ans, j'me souviens à 11 ans, si on m'avait parlé de ça, j'sais pas trop ce que...

SL : Et du coup, vous parlez de sexualité à ce moment là, ou vous dissociez les deux... ?

E8 : Oh non, j'crois que j'en ai..., non. A 11 ans, non. A 11 ans, non. Non, non jamais aussi tôt, jamais eu l'occasion, quoi. J'dis ça alors, j'regarde juste parce que j'en ai parlé il y a pas longtemps avec une maman. Quel âge elle a la jeune fille ? Ah elle a 12 ans... si donc 12 ans, on a un petit peu parlé, mais parce que je voyais que la maman était très à l'aise. C'est elle qui m'a dit, elle m'a dit « ben voilà, le vaccin on en a un petit peu discuté, je sais pas trop tout de suite, maintenant, pas tout de suite » et voilà et la fille était à côté et c'est vrai que la maman m'a dit « mais voilà, moi j'suis très à l'aise, elle le sait, elle sait qu'elle peut venir me parler », donc on a juste un peu discuté comme ça. Mais, en fait, elle m'a plutôt dit « quand elle sera prête, on pourra. » Mais on n'en a pas vraiment parlé, bon après 12 ans... Bon, après y'en a pour qui c'est..., bon après j'pense pas que j'ai une population cible d'une sexualité à 12 ans non plus quoi.

SL : Et d'après votre expérience, quelles sont les difficultés rencontrées par les médecins généralistes avec ce vaccin ?

(coup de téléphone)

E8 : (Réfléchit) Qu'est-ce qui, pff...J'en sais rien, je sais pas si y'en a... après j'pense que, un médecin qui est pro-vaccination, j'pense que ça ne lui pose pas de souci. Après moi je ne suis pas forcément, quoi, c'est pas que je ne le suis pas hein, mais euh voilà moi le BCG je ne le ferais pas. Par exemple, j'vois les pédiatres, bon ils suivent plus trop les en...mais euh ils ne se posent pas la question, ils ne demandent même pas aux parents hein. Moi j'connais, ils donnent l'ordonnance sans dire, c'est ça les pédiatres hein. C'est le mois prochain on fait ça, sans expliquer ce que c'est. Moi c'est pas trop, moi j'dis voilà, y'a ça. Y'en a quand même plus beaucoup d'obligatoires, y'a quand même plus que le DTPolio. Après voilà on discute, mais moi j'ferai pas un vaccin, sans expliquer pourquoi. Donc, à partir du moment où moi je suis bien convaincue dans mes vaccins généralement ça passe. Celui là, c'est pas que je ne le suis pas, c'est que...Donc voilà moi ça me pose peut-être un peu plus de problème, encore une fois à forcer. Après j'pense qu'un pédiatre, si il suit encore des enfants de l'âge là, des préados, eux ça ne leur posera aucun problème. Parce que c'est..., c'est comme ça. Après j'pense que des problèmes, non j'suis même pas sûre qu'il y en ait tant que ça. J'pense qu'il y en a plus, encore une fois, du côté des parents, je pense hein.

SL : Par rapport à... ?

E8 : Ben par rapport à tout ce qu'on a déjà entendu sur l'hépatite B, faut quand même bien voir que les parents, ils s'inquiètent quand même plus du vaccin. Est-ce que c'est vraiment indispensable, est ce que..., on ne sait pas trop comment le corps réagit, j'pense que c'est plus ça. Donc si on leur dit effectivement ben moi comme j'leur dis « rougeole, oreillons, rubéole, ce sont des maladies dont on meurt. La rougeole c'est la 2^{ème} cause de mortalité en Afrique », quoi j'veux dire c'est des choses... Voilà. Après ils se disent « mince, mais ça, ben oui mais de toute façon y'aura quand même le frottis, de toute façon c'est quand même une maladie sexuellement transmissible. Donc si on leur explique de se protéger, tout ça. Est-ce que le bénéfice risque... », mais j'pense que voilà après, c'est plus une question de... Est-ce vraiment indispensable, quoi ? Est ce qu'il y a vraiment un bénéfice ? Alors euh...

SL : Elles ont des questions particulières, par rapport au vaccin ?

E8 : Non, non c'est plus, est ce que ça vaut le coup en fait? Voilà, un vaccin, ça reste un vaccin, parce que, mais je trouve que c'est plutôt sain comme attitude de s'dire ben effectivement, on ne met pas, hop on n'avale pas plein de trucs, on se fait pas piquer plein de trucs, on s'fait pas injecter plein de trucs, voilà. Après c'est plutôt, est ce que c'est vraiment indispensable ? J pense que c'est plus ça, le truc. C'est effectivement peut-être ne pas vouloir aborder quelque chose qui a trait à la sexualité trop tôt, mais bon ça encore j'suis pas sûre que ce soit, mais c'est vraiment, voilà est ce que, ben vacciner son enfant c'est toujours une responsabilité en tant que parent. Moi j leur dis hein « de toute façon avec des enfants, vous prenez des responsabilités tout le temps pour eux ». Donc après voilà quand ils sont vraiment convaincus et quand le médecin l'est aussi que, comme ceux quand ils sont plus petits, c'est vraiment indispensable. Et ben, on le fait, parce que voilà. Après, moi comme je leur dis « c'est bénéfice risque même quand vous prenez un doliprane hein, vous pouvez abîmer votre foie. Bon mais c'est sûr que si vous avez super mal à la tête, le risque est petit, le bénéfice... ». C'est que ça hein la médecine, c'est du bénéfice risque, après voilà j peux comprendre aussi ces mamans qui se disent « mais voilà, ils en ont déjà eux beaucoup étant petits, ceux là ils étaient peut-être effectivement indispensables, celui là est ce qu'on ne peut pas faire sans. » C'est plus ça.

SL : Est ce que vous pensez que les affaires médiatisées ont changé quelque chose dans votre pratique ?

E8 : Alors euh, sur le vaccin du Gardasil® ? Ben oui, parce que ce sont les mamans qui en parlent plus, parce qu'elles sont au courant plus facilement. J'aurais envie de dire, elles sont plus au courant de celui là, que ceux qu'on fait quand ils sont petits. Parce qu'ils savent qu'il y a des vaccins quand ils sont petits, mais ils ne savent pas forcément exactement pourquoi. Elles se laissent un petit peu guider. Elles ne vont pas nous dire « ah mais au fait quand ils sont petits, il y a tel vaccin, tel vaccin. » Moi je leur explique à chaque fois « celui là c'est rougeole, celui là c'est méningite, celui là c'est ça. », mais elles se laissent guider parce qu'elles savent qu'il y a ces vaccins là. Après celui là, elles en ont entendu parler, donc et c'est vrai que souvent elles nous en parlent avant même que on ait eu l'occasion...

SL : Par rapport à ce qu'elles ont pu voir sur internet, dans les médias...?

E8 : Mais, c'est même pas, moi souvent quand elles viennent, c'est en me demandant. Mais euh, elles ne sont pas trop pour, j'ai l'impression, en me disant « on en a entendu parler mais, est ce que vraiment, qu'est ce que vous en pensez ? ». C'est quand même, ils nous demandent quand même beaucoup notre avis, hein. C'est vrai. Après elles ont quand même de toute façon un peu leur avis aussi hein, il ne faut pas... Après encore une fois, c'est pas du non définitif, mais j pense que souvent, elles ont besoin un petit peu de temps. Mais bon, encore une fois, moi j vous dis sur les gens qui discutent un petit peu, celles qui ne discutent pas du tout à la limite ça passe un peu inaperçu quoi. Elles arrivent presque avec l'ordonnance et euh... Mais moi j dirais sur le, ouais j'en ai vacciné, j'sais pas combien j'en ai vacciné, pas beaucoup hein, quelques unes et encore je crois bien que, celles que..., le peu que j'ai vacciné, je crois même pas que ce soit moi qui ait fait l'ordonnance. Elles sont venues pour que je les vaccine. Donc du coup, je ne sais pas comment ça s'est trop passé dans ce cadre là. Connaissant un peu les personnes, je pense que ça n'a pas du trop poser trop de souci, quoi pas trop de questions en tout cas, c'est voilà... On leur a proposé, ben oui c'est l'âge on fait, voilà. J pense qu'il y a deux catégories, mais moi j'ai plus des patients qui vont plus disc..., alors peut-être, j'en sais rien, c'est peut-être avec moi ils ont plus envie de discuter. C'est peut-être la discussion, elle est peut-être plus ouverte, peut-être plus facile j'en sais rien, après... y'a peut-être des médecins avec qui on ne

peut pas trop discuter hein. A qui on a intérêt à dire oui, oui, oui, et puis s'ils ont leur opinion ils vont laisser l'ordonnance de côté et... Je sais pas, hein, mais en tout cas c'est sujet à discussion, ça c'est sûr. Moi je trouve, voilà y'a pas de non catégorique parce que j pense que j'ai voilà pas trop de patients qui sont non catégoriques mais c'est plutôt on va attendre un p'tit peu et on en rediscutera. Et puis bon, j pense que c'est comme tout, ça va prendre le temps et puis ça finira par se généraliser plus. De toute façon, j crois que c'est, c'est peu, c'est 36% quelque chose comme ça. Ça ne m'étonne pas trop, après j peux comprendre. Moi j'ai une fille qui a 8 ans, bon on en, quoi non on va venir vite. Non, mais c'est vrai huit ans c'est un p'tit bébé pour moi, c'est dans 3 ans ! Trois ans, j'aurais pas trop de souci à lui faire son rappel de DTPolio, euh celui là je n'sais pas. Honnêtement même pour moi en tant que..., donc je ne me vois pas dire à mes patients..., voilà. Donc, après encore une fois hein, moi j pense que même si je ne suis pas forcément super convaincue, en tant que médecin j peux pas me permettre de dire, « ne le faites pas, ça sert à rien ». J'estime que c'est pas, c'est pas correct, et qu'c'est pas mon travail. Mais voilà j peux pas non plus leur dire « faut absolument le faire ! Faut absolument le faire ! »

SL : Trouvez-vous que les réticences se sont aggravées ?

E8 : Ouais moi j'p..., ben y'a deux choses. J pense effectivement y'a eu le problème de l'hépatite B essentiellement, parce que c'est celui là qui ressort tout le temps hein, c'est celui là. Et puis les gens, ils sont plus au courant aussi, et puis j pense qu'ils s'intéressent plus à leur santé, à la santé des enfants hein. Avant on ne se posait pas de questions hein, on faisait beaucoup, quoi, on faisait plus confiance, non c'est pas une question de confiance, parce que moi j vois les patients, ils font confiance, y'a pas de problème, mais euh..., on s'pose plus de questions sur..., ouais. Mais ça j pense que c'est générationnel, quoi c'est..., j veux dire, nous on est un peu dans cette catégorie là. J pense que, on nous fait pas avaler c'qu'on veut, donc euh... Nan mais, j pense que... Oui donc j pense que le problème de l'hépatite B, mais il a fait, je pense honnêtement qu'il a fait beaucoup de tort à l'hépatite B essentiellement. Parce que moi j le vois hein, les autres vaccins ils ne posent aucun problème hein. On arrive à faire vacciner sans problème avec un Prevenar®, qui a mon avis..., qui d'ailleurs quand il est sorti, moi il est sorti quand mon aîné est né, euh..., les recommandations c'était asthmatique dans la famille, fumeur, quoi à risque hein. Moi donc mon fils, mon aîné il a 9 ans ½, je ne lui ai pas fait, quoi je ne lui ai pas fait faire, parce que c'est pas moi qui lui faisais, parce qu'il n'était même pas dans les recos. Après ça s'est élargi à tout le monde, un peu aux collectivités et puis après à tout le monde, mais pourquoi ? Parce que, parce que ça faisait des sous quoi. Donc, et du coup ben mon p'tit troisième il l'a eu. Et j'étais, les deux aînés moi ne l'ont pas eu, j'ai résisté du coup pour ma fille, en disant non c'est..., et puis voilà. Et puis j me suis... Donc comme quoi celui là, qui n'est peut-être pas si indispensable que ça, qui fait horriblement mal quand même, on le fait passer à tous les parents sans problème. Alors que l'hépatite B, qui à mon sens est beaucoup plus indispensable pour plein de raisons, on a beaucoup plus de mal hein. Donc effectivement j pense que ça fait du mal un peu aux vaccins en général mais ça a surtout fait du mal à celui de l'hépatite B hein. Puis après, j'sais pas est ce que c'est l'âge auquel on le fait. J pense que, voilà c'est des jeunes filles, cela a trait à la sexualité, on le fait relativement jeune. C'est peut-être ça aussi hein. On le ferait peut-être euh...enfant, j'en sais rien, dans le calendrier vaccinal, en disant « ben voilà, ce sera pour la protéger plus tard quand elle... », ça ferait peut-être pas le même effet. Parce que c'est loin « oui oh ben on va la protéger pour plus tard quoi », là on protège pour plus tard hein mais. J pense que d'arriver à un âge où on voit sa fille qui commence un petit peu à changer et tout ça, et qu'on n'a pas du tout envie et qu'on nous hop ! C'est dur quand même, ben j pense en tant que maman.

SL : Et vous trouvez que ça rend la discussion plus difficile ?

E8 : Non, non. Et puis la discussion, elle n'est jamais difficile hein. On discute après chacun a ses avis.

SL : Avez-vous d'autres choses à rajouter ?

E8 : Euh...non, non. Il faudrait peut-être que j'y pense plus, parce que moi j'y pense pas assez, enfin j'pense que j'y pense pas assez.

SL : Merci beaucoup.

Eléments rajoutés après coupure du dictaphone :

- Médecin qui reconnaît ne pas y penser assez
- Trouve que 11 ans, c'est tôt, c'est la 6^{ème}

❖ Entretien 9

SL : Bonjour, merci de me recevoir. Mon travail de thèse porte sur la vaccination anti-HPV. Pour parler de vaccination en général, quelle est votre expérience professionnelle concernant la vaccination en général ?

E9 : Ben...c'est-à-dire ? (rires)

SL : De manière globale, quel est votre ressenti concernant la vaccination, dans votre pratique quotidienne ?

E9 : Ben, y'a un p'tit truc là, où c'est inscrit « êtes vous vacciné ? », donc ça permet quand même des fois aux gens d'y penser. Puis bon, des fois, ça peut être l'occasion d'un renouvellement, d'une plaie, de demander où ils en sont, effectivement les gens ne savent pas toujours, donc..., après on remet à jour quand il y a besoin quoi.

SL : Et vous vous sentez à l'aise pour parler de vaccins avec vos patients ?

E9 : Oui.

SL : Certains vaccins sont ils à l'origine de discussions ou de négociations ?

E9 : Oui, oui oui. L'hépatite B, c'est toujours compliqué. Bon alors maintenant c'est vrai qu'on l'intègre chez les bébés. Je fais des visites de nourrissons donc c'est intégré dans le vaccin hexavalent, mais y'a quand même encore quelques personnes qui sont réticentes qui préfèrent le pentavalent. Même si maintenant on sait qu'il y a des études qui ont montré qu'il n'y avait pas plus de risque statistique, mais bon. Les gens, ils ont été marqués par ce qui a été dit à l'époque...

SL : D'autres vaccins ?

E9 : Ben ouais celui de la méningite parce que voilà comme c'est pas une obligation, c'est un conseil donc c'est toujours plus difficile à faire admettre. Celui de la gastro-entérite aussi, celui là, c'est plus difficile à proposer. Moi j'insiste pas trop, faut dire (rires) parce que les derniers cas de gastro, j'ai eu des patients dont deux gamins qui ont été hospitalisés c'était un adénovirus, c'était pas le rotavirus. Pas d'bol ! Donc même s'ils avaient eu le rotavi..., le Rotateq® ou le Rotarix®, ils auraient été quand même à l'hôpital. Bon apparemment c'est un peu moins fréquent avec l'adénovirus qu'avec le rotavirus mais j'sais pas si ça doit être par période y'en a plus, plus d'adéno ou plus de rota, je n'sais pas.

SL : Vous voyez encore d'autres vaccins ?

E9 : Ben après pour les gens..., les voyages..., les vaccins pour les voyageurs mais c'est vrai que c'est toujours compliqué de..., par rapport aux recommandations. Il y en a qui sont préconisés pour les séjours longs, les séjours courts. Qu'est ce que c'est qu'un séjour long ? Les gens, ils ont la bonne idée des fois de partir 15 jours-3 semaines, donc c'est entre les deux. On sait pas trop quoi proposer. Le Typhim d'ailleurs, il était même à un moment en restriction, c'était réservé aux..., ben aux militaires en fait, et puis les autres ben fallait vraiment que ce soit les gens qui aillent bosser sur une longue période dans une zone endémique, euh...voilà qu'est ce qu'il y a d'autres avec les vaccins ? Et puis donc les fameux vaccins pour le cancer du col, effectivement, qui suscitent encore des..., des quelques polémiques. Les mères qui sont réticentes ou des fois c'est les filles qui ne veulent pas le faire parce qu'il fait mal. Elles ont des copines qui ont..., qui ont fait et puis ça fait mal (rires).

SL : Comment ça se passe une consultation où vous parlez de ce vaccin ?

E9 : Ben, c'est euh..., comment ça se passe. Soit..., soit c'est les parents, la mère qui en parle, euh..., soit effectivement euh... j'pose la question si le sujet a déjà été abordé et tout ça. C'est pas évident d'en parler en frontal devant la gamine donc j'pose la question à la mère en général si elle a, si elle a déjà parlé à sa fille, si elle a... Parfois ils en ont déjà parlé, donc c'est plus facile d'annoncer, et puis parfois ils en ont pas encore parlé donc faut laisser un peu le temps quoi. (Rires)

SL : Et vous avez un vaccin préférentiel ?

E9 : Ben, c'est vrai que le premier qui est sorti c'est le tétravalent..., enfin oui le tétravalent. Euh..., c'est celui là que j'ai tendance à prescrire quasiment exclusivement parce que effectivement quatre sérotypes, dont 2 qui sont responsables des..., des verrues. Alors c'est pas dangereux en soit mais ça peut être embêtant parce que ça se diffuse, ça se dissémine bien apparemment. Donc euh, voilà. Mais c'est vrai que le 2^{ème} j'ai toujours eu du mal à..., j'ai l'impression que les arguments du labo ils courent derrière, ils courent derrière l'autre, donc euh c'est un peu..., c'est un peu bizarre quoi.

SL : Et finalement, dans quelles circonstances proposez vous ce vaccin ?

E9 : Lequel ? Le Gardasil®, oui. Ben, c'est...à partir du moment où on voit les..., donc c'est une tranche d'âge où ils sont un peu moins malades que quand ils sont petits donc c'est vrai que c'est pas évident. Mais souvent ouais quand ils viennent pour une rhino ou un autre épisode infectieux, on essaye d'en profiter. Ou..., ben maintenant effectivement comme c'est à partir de 11 ans, c'est plus facile aussi, puisque quand on fait le rappel du...Tétravac®, on peut..., on peut le proposer en même temps.

SL : Oui si je comprends bien, ça vous a paru être une bonne chose l'abaissement de l'âge de la vaccination ?

E9 : Ouais, et puis le fait que c'est en deux injections aussi du coup. Oui. Même si, c'est plus difficile de convaincre, avant on disait aux gens « il faut qu'il le fasse avant..., avant sa première relation », maintenant à 11 ans, les parents imaginer qu'un jour elle va avoir une relation, c'est encore un peu tôt. Il faut changer d'argument en fait ! (Rires)

SL : Comment vous faites, du coup ?!

E9 : Ben, euh...c'est..., oui c'est euh...le fait de, donc profiter de l'autre vaccination pour le faire en même temps et puis que du coup c'est plus simple parce qu'il n'y a que deux injections, comme ça ce sera fait. La vaccination sera bien validée le jour où. (rises)

SL : Et vous abordez les questions de sexualité à cet âge là ?

E9 : Ouais euh..., à 11 ans, c'est un peu difficile ça. Et, euh..., donc du coup ben c'est pareil les jeunes filles elles sont gênées en général quand y'a leur mère, encore pire avec leur père. Si on pose la question, voilà. C'est pas évident de poser la question, « ben t'as déjà vu le loup, etc. ? » (Rires)

SL : Et la diffusion d'affaires judiciaires dans les médias, trouvez-vous que ça a changé quelque chose dans votre pratique ?

E9 : Ben les gens, oui, ben les gens, les gens, ils ont plus de..., ils posent plus de questions. Mais euh, ben après justement y'a pas longtemps j'crois il y avait eu..., j'crois que c'est... J'suis abonné à la page du Vidal news, où ils avaient ressorti une étude qui était sortie, qui avait montré que..., y avait pas, y'avait pas d'incidence sur le..., sur la SEP notamment, puisqu'il y a eu la fameuse affaire qui a un an et demi, deux ans, qui avait un peu fait peur aux gens, encore.

SL : Qu'est-ce que ça a changé du coup, pour vous, en pratique ?

E9 : Ben, plus de questions et puis..., les gens, et puis..., ils préfèrent attendre. Effectivement, ben par rapport à..., oui, c'que ça a pu changer c'est, maintenant on peut le faire plus tôt. Donc on essaye de le proposer de façon à ce que ça se fasse en même temps que le Tétravac®, mais euh..., y'a certaines mamans qui préfèrent encore attendre d'avoir un peu plus de recul. Voilà, donc du coup si elles attendent c'est trois injections, donc la fille « Ah oui, mais ça fera 3 piqûres ! » Voilà, ça suscite un débat.

SL : Et d'après votre expérience, quelles sont les difficultés que les médecins peuvent rencontrer avec ce vaccin ?

E9 : Ben, ouais, c'est justement pour pouvoir...certifier à 100% que le vaccin est inoffensif, un peu compliqué hein à l'heure actuelle hein. C'est le cas avec tous les médicaments, on ne peut jamais être sûr qu'il n'y aura pas un problème plus tard. Maintenant c'est sûr qu'au vu des..., avec les données qu'on a à notre connaissance ben, on a une certaine..., enfin on est censés avoir une certaine sécurité d'usage quoi.

SL : Et vous voyez d'autres difficultés ?

E9 : Ben après, y'a l'obstacle de la piqûre. Y'a certaines jeunes filles qui ont peur des piqûres. Donc là c'est..., faut discuter etc., rassurer... Voilà, ça peut prendre un peu plus de temps que..., que les vaccins d'autres âges quoi.

SL : Et les médias, internet, ça joue beaucoup pour vous ?

E9 : Ben oui les gens ont accès à des informations, il suffit de, enfin j'sais pas si on tape forum Gardasil®, on va tomber forcément que sur des choses négatives. Moi j'ai, c'est ma façon de voir les choses, c'est que, y'a forcément que des gens qui ont une expérience négative qui vont communiquer sur internet, donc sur les maladies en général aussi hein. Euh..., on tape céphalée sur Google, forcément c'est tumeur cérébrale, etc. C'est pas, c'est pas céphalée de tension, migraine, donc y'a toujours les trucs les plus graves qui ressortent. Donc euh..., quand les gens ils regardent pour les vaccins, ben c'est pareil ils voient forcément les syndromes les plus graves, les syndromes de Guillain

Barré, les SEP et tout ça. Et puis comme y'a toujours des détracteurs de tous les vaccins, de toute façon c'est pas spécifiquement contre celui là, c'est contre tous les vaccins. Ils ont toujours des arguments, voilà comme les..., les complotistes qui trouvent des..., des autres..., des trucs, des histoires à tirer par les cheveux pour d'autres événements qu'il y a dans l'actualité.

SL : Et du coup, les patients vous en parlent, de ce qu'ils peuvent lire sur internet ?

E9 : Oui des fois ils disent, « ah ben j'ai vu que..., ça faisait ça. » Donc, bon après il faut essayer de, de tirer un peu les mailles pour, pour éclaircir les choses quoi.

SL : Est-ce nouveau ?

E9 : Ben pff, depuis qu'j'suis installé, y'avait quand même internet mais c'est vrai que maintenant, c'est encore plus, y'a quand même plus de foyers par rapport à y'a 15 ans, qui ont quand même beaucoup plus de..., pratiquement tout le monde a internet maintenant, même des patients plus âgés s'y sont mis. Donc c'est vrai que..., il faut... On peut plus raconter des bêtises aux gens quoi. Hein, j'me souviens pas mais..., des trucs que j'ai entendus quand j'étais, quand j'étais gamin ou d'avoir parlé avec des gens qui ont vu un médecin il y a longtemps qui leur avait expliqué leur pathologie mais d'une façon complètement ahurissante. Mais ça on pourrait plus. Hein, mais quelque chose de..., c'était quelque chose de simple, mais qui n'avait rien à voir avec la réalité, mais ça on pourrait, on peut plus, on ne peut pas le faire quoi. Il faut quand même qu'on dise les choses comme elles sont aux gens, parce que de toute façon, on ne sait pas s'ils vont aller vérifier derrière si ce qu'on a dit est juste quoi. Hein une fois j'me souviens, j'en avais un, ça devait faire deux ans que j'étais installé. Euh..., il était venu avec une infection mal placée, et donc euh..., ben, il est venu avec ses résultats tout ça, puis il avait tout un tas de feuilles comme ça. Mais bon, j'pensais qu'c'était ses résultats ou des documents, parce qu'il avait peut-être pris de quoi bosser dans la salle d'attente. Et puis une fois qu'j'lui sors l'ordonnance, il sort son papier « ah bon ça va docteur, vous avez prescrit le bon traitement » donc il avait quand même sorti les feuilles pour voir si j'allais lui prescrire le bon antibiotique. Voilà, donc c'est vrai qu'ça fait une pression, une pression supplémentaire, s'il en fallait ! (Rires) Et puis bon avec les..., les bêtises entre guillemets que..., qui sont faites en haut lieu, par exemple avec la grippe A, où c'était la catastrophe et puis finalement voilà c'est... Donc après il faut expliquer aux gens, « mais oui, mais non, c'est pas comme ça » (Rires). C'est pas évident.

SL : Et les questions ont changé ?

E9 : Euh..., ben le fond, c'est toujours la prévention du cancer du col, donc c'est « est ce que ça couvre sur tous les cancers ? », « est ce que... », voilà. Mais euh..., après c'est, ben sur l'histoire de tolérance, oui ça a changé par rapport au fait que..., la médiatisation, chaque fois qu'il y a un événement qui médiatise, ben forcément ça en parle plus quoi, y'a plus de questions, ça se focalise là dessus quoi.

SL : Vous vous souvenez de la dernière patiente à qui vous avez proposé le vaccin ?

E9 : Ben c'était..., j'étais absent la semaine dernière, mais la semaine d'avant, oui j'ai une... jeune qui a... 12 ans, ben justement. Euh..., ben j'crois qu'ils en avaient déjà parlé avec mon collègue, parfois y'a des gens qui viennent soit chez l'un soit chez l'autre, hein ils sont pas forcément coincés. Et puis euh..., donc j'lui avait fait, moi j'lui ai fait le vaccin, le Tétravac®, et puis du coup, j'ai reposé la question, et puis elle m'a dit « ah ben oui, on en a reparlé avec votre collègue, ben comme c'est deux injections on est d'accord pour le faire ». Ben oui deux c'est mieux que trois ! (Rires)

SL : Et vous avez changé votre façon de parler de ce vaccin, ces dernières années ?

E9 : Ben ces..., ces dernières années, bon c'est pas si, il est pas si ancien que ça non plus ! (rires) Mais euh... Ouais non je ne sais pas si j'ai changé, euh... j'veus dit c'est plus de..., ben je..., de parler de l'intérêt, que ça prévient 70% des cancers, que ça ne dispense pas d'un suivi régulier chez le gynéco, etc. Mais après, c'est plus souvent, les autres arguments..., c'est les réponses aux questions qui se posent en fait. Donc c'est ça qui a changé par rapport au fait effectivement, la médiatisation de certains événements fait que les gens posent des questions et donc du coup, faut qu'j'argumente là-dessus quoi.

SL : Vous avez d'autres choses à rajouter ?

E9 : Ben non. C'est vrai que c'est peut-être plus facile ben justement de placer ça avec le rappel du DTPolio. Maintenant est ce qu'on a assez de recul pour dire si c'est aussi efficace à deux injections qu'à trois injections, parce qu'on le fait plus tôt. Ça..., j'sais pas si..., c'est validé par des études mais en pratique est ce que ce sera... ? Après, par rapport au fait d'aborder la sexualité avec les patientes, j'ai pas..., enfin j'ai pas l'impression, bon autant y'a peut-être une période, une génération de..., d'adolescents qui ont abordé peut-être plus facilement les questions de sexualité avec leur médecin. Autant aujourd'hui, encore une fois avec internet, ça se fait peut-être plus trop hein. J'ai rarement eu un adolescent ou une adolescente qui m'a posé des questions là-dessus. Bon après quand on parle de ça, ben effectivement, on leur explique l'intérêt de la protection, du préservatif, parce que malgré le fait que..., il y a les trithérapies, on parle beaucoup des médicaments qui soignent entre guillemets le sida, euh..., on n'en guérit pas complètement et puis y'a plein d'autres choses qui reviennent aussi hein. Là on voit des..., des mycoplasmes, des trucs..., j'trouve qu'il y en a plus, y'en a plus maintenant. Et puis non, qu'est ce qu'il y avait d'autres par rapport à ça ? Si une fois j'ai un père plutôt coincé comme ça, qui me..., qui m'a posé la question de savoir si j'pouvais prendre son fils en consultation pour lui expliquer..., parce qu'il ne se sent pas capable de lui expliquer. Et en fait le gamin, j'l'avais vu une fois pour autre chose et puis j'lui avais demandé. Il m'a dit « oh oui c'est mon père qui a du vous demander, oui oui ! Ben de toute façon,... » J'sais plus comment il m'a dit ça mais en gros, c'était que..., il pouvait en apprendre à son père quoi, c'était..., qu'il s'était formé tout seul, voilà. Mais les parents, ils se disent, ouais voilà, si ils voient les jeunes sur internet ils vont se dire, ben les informations ne sont pas filtrées. S'ils cherchent des informations sur les sites pornographiques, forcément ça ne sera pas les bonnes. C'est..., c'est pas..., c'est pas toujours... Comment dire ? J'ai lu un article là-dessus, que justement, y'a toute une génération qui se forme la dessus, donc euh..., ils considèrent que la femme c'est un objet et puis que, quand eux ils ont envie, elle doit dire oui et puis si elle dit pas oui ben il la cogne et puis voilà c'est comme ça après qu'on voit les dérives de pratique. Mais euh..., donc voilà, ben c'est comme tout quoi, c'une fenêtre ouverte sur tout. Il faut moduler tout ça.

SL : Merci beaucoup.

❖ Entretien 10

Médecin réticente à l'idée d'être enregistrée, nerveuse. Me demande de lui rappeler le sujet de ma thèse.

SL : Bonjour, ma thèse porte sur la vaccination anti-HPV, mais je souhaiterais aborder le thème de la vaccination en général. Quelle est votre expérience professionnelle par rapport à la vaccination ?

E10 : Euh, ben moi j'suis très sensibilisée. Donc j'pense que je suis assez systématique quoi. Tous les vaccins.

SL : Et vous vous sentez à l'aise pour parler de vaccination ?

E10 : Euh oui, oui. (rires)

SL : Est-ce que certains vaccins suscitent des discussions, voire des négociations ?

E10 : Ben la vaccination HPV oui justement, l'hépatite B, la grippe aussi. Euh..., sinon pour les autres, non ça va.

SL : Comment ça se passe pour le vaccin anti-HPV ?

E10 : Ben..., les gens, ben ont peur du vaccin grâce aux médias (rires). Donc euh..., ben moi j'le propose systématiquement puisque j'ai deux filles à qui je l'ai fait. Euh..., pff. Donc en fait quand il est sorti, ça fait une dizaine d'années à peu près maintenant. Donc c'était l'âge où mes filles devaient être vaccinées donc ça passait très bien (rires). Parce que les gens me posaient la question si je le faisais à mes filles, donc oui, donc ça passait très bien. Et depuis, ouais j'dirais, depuis le dernier... rebondissement dans les médias c'était..., j'sais pas y'a 2/3 ans non ? J'sais plus. Depuis j'trouve que c'est un peu plus difficile.

SL : Et vous l'expliquez comment ?

E10 : Pff, internet, parce que les gens se renseignent sur internet, ils vont voir quoi. Ils me le disent hein, donc euh..., donc ils ont peur après. Et j'trouve que ça s'est aggravé ces dernières années, parce que les gens ils... Donc je fais quand même la vacci..., enfin l'ordonnance, j'leur dis... Donc bien sûr ils y réfléchissent et puis c'est eux qui ont le choix hein, et euh..., bon euh j'sais pas y'en a peut-être un sur deux qui revient.

SL : Les affaires médiatisées ont changé quelque chose dans votre quotidien ?

E10 : Ouais, ouais, ouais c'est vraiment les médias, ouais. Donc du coup ils ont moins confiance dans le conseil médical, j'trouve. Oui vraiment.

SL : Vous le proposez dans quelles circonstances ce vaccin ?

E10 : Ben comme c'est indiqué là maintenant à partir de 11 ans, euh...au moment, ben du coup, du rappel du tétanos quoi, enfin le Repevax®.

SL : Et à qui en parlez-vous le plus, à la mère ou à la fille ?

E10 : Aux deux, j'en parle à la mère et à la fille, mais les deux peuvent être aussi réticentes l'une que l'autre. La mère ou la jeune fille qui en a entendu parler par les copines et qui va encore plus facilement sur internet. Donc euh, donc faut vraiment parlementer plus longtemps, il faut discuter.

SL : Et vous avez un vaccin préférentiel ?

E10 : Euh, ben actuellement plutôt le Cervarix®, parce que l'autre (rires) n'est plus présenté, enfin on ne me le présente plus, donc euh voilà, ouais !

SL : Et comment présentez-vous le vaccin en consultation ?

E10 : Ben j'explique que c'est pour se protéger contre le cancer du col de l'utérus, j'explique que c'est lié au papillomavirus, qu'on peut contracter, enfin lors du premier rapport quoi, qu'il n'y a pas forcément pénétration, attouchements et..., voilà. Que c'est le 23ème cancer de la femme si j'me

trompe pas ? (rires) Euh... voilà comme ça quoi. Bon alors les mères elles ne sont pas toujours prêtes à entendre parler de sexualité pour leurs jeunes filles de 11 ans, donc euh souvent y'a..., y'a un recul par rapport à ça mais, il faut de toute façon plusieurs consultations, c'est pas en une fois que ça se fait.

SL : Du coup, vous parlez de sexualité en même temps, comment faites-vous ?

E10 : Pas, pas trop, pas à 11 ans, non. Je lui dis simplement que (rires) il faut le faire avant tout rapport. Donc là, les mères disent : « oh mais c'est loin ! ».

SL : Et d'après votre expérience, quelles sont les difficultés que les médecins peuvent rencontrer avec ce vaccin ?

E10 : Ben, c'est..., enfin moi j'trouve ce sont les médias quoi, oui vraiment. L'accès à internet, les médias qui font peur à la population avec plein d'affaires, avec les médicaments aussi, enfin. J'trouve que, oui y'a un petit peu un climat d'angoisse par rapport à la médecine en général. J'pense que c'est un peu voulu, mais.

SL : Vous trouvez que les questions de vos patientes ont changé ?

E10 : Non, ben pff, non pas pff, ben une fois que..., si les patients ont confiance ils ne posent pas trop de questions en fait. Ils ont peur des..., d'autres maladies en fait, ouais.

SL : Et pour vous, l'abaissement de l'âge de la vaccination, c'est une bonne chose ?

E10 : Euh... oui parce que, enfin on peut le proposer en même temps que, que le rappel du tétanos, donc si c'est accepté, c'est fait comme ça. (sourire) Mais, pff..., bon puis c'est en deux injections quoi, c'est l'avantage. Bon après..., j'sais pas. Du coup depuis que c'est passé à 11 ans, j'en ai pas tellement vacciné en fait à 11 ans pour l'instant. Donc, euh..., j'sais pas, faut voir. (rires)

SL : Est-ce que vous voyez des aspects négatifs par rapport à cet âge de la vaccination ?

E10 : Euh..., ben 14 ans, ça permet de les revoir un petit peu, donc euh... parce qu'après si c'est fait à 11 ans, les ados, ils ne consultent pas beaucoup donc euh..., bon j'sais pas. (rires) Après justement, après pour parler de sexualité euh..., on n'a plus trop l'occasion. Donc c'est un peu du cas par cas, j'veux dire, faut voir. Mais elles sont peut-être, les mères sont peut-être encore plus réticentes à 11 ans qu'à 14 ans, parce qu'à 14 ans elles disent bon, elles vont y réfléchir. A 11 ans, ben la sexualité, ça leur paraît loin.

SL : Vous utilisez des arguments spécifiques pour en parler ?

E10 : Ben, pff, j'finis par leur dire de faire confiance aux médecins (rires), et puis voilà quoi! Donc je ressors toujours l'argument qui marchait bien que j'ai vacciné mes filles, bon pour celles qui ont grande confiance euh..., bon ça peut être un atout. Après..., ça devient compliqué, ça devient..., il faut y croire vraiment hein. (rires)

SL : Et vos patients consultent beaucoup internet, ils vous en parlent ?

E10 : Ah oui, oui oui. Ils ont peur quoi, ouais, ils ont peur d'autre chose. La grippe c'est pareil, ils ont plus peur du vaccin que de la grippe maintenant, ce qui est aberrant mais bon. Et... l'hépatite B, ben ils ont toujours peur mais bon quand on le fait chez le nourrisson comme il est inclus dans le vaccin hexavalent, donc ça passe mieux j'trouve. Enfin ils posent moins de questions. J'en ai pas beaucoup

qui refusent, j'en ai peut-être, j'sais pas sur l'année 2014, j'en ai peut-être eu deux. Donc pff, ouais, là c'est vraiment oui ce vaccin là et celui de la grippe actuellement qui est...

SL : La dernière patiente, par exemple, que vous avez vaccinée, ça s'est passé comment ?

E10 : Bon après quand elles sont vaccinées, ça va. Si elles ont adhéré, après y'a plus de souci. En général, elles font le schéma complet, bon alors avec un peu de retard, parce qu'elles sont un peu en retard sur les échéances mais euh...bon. Une fois qu'elles ont accepté, ça va. Et puis je prescris tout de suite le vaccin pour la prochaine fois enfin, je note dans le carnet quand est ce que c'est, bon.

SL : Et avez-vous constaté des changements depuis l'apparition d'affaires judiciaires ?

E10 : Ben il faut euh..., il faut discuter plus (rires), ouais. Les consultations prennent plus de temps, et puis c'est un peu lassant quoi, parce que..., enfin la confiance du médecin est remise en cause quoi, clairement hein. Donc après on a une relation privilégiée mais il faut quand même..., ils ont plus de questions, ils ont des angoisses. Et puis après en médecine, c'est pas du 100% donc on ne peut pas dire que le risque zéro existe quoi, on ne peut pas le dire, moi j'peux pas le dire.

SL : Au final, vous vous sentez à l'aise pour parler de cette vaccination avec vos patientes ?

E10 : Ben écoute, moi j'la propose, moi j'y crois, euh... C'est mon rôle de le proposer de toute façon dans tous les cas, donc après. Pour l'instant, je suis investie, encore motivée (rires), euh donc..., bon je ne baisse pas les bras. Après ils veulent ou ils ne veulent pas mais en tout cas j'aurais tenté, c'est mon rôle quoi.

SL : Avez-vous d'autres choses à ajouter ?

E10 : Enfin, j'pense qu'on veut quand même casser la médecine (rires), ça clairement. Donc j'pense que ça fait peut-être partie de la loi de santé, enfin que c'est peut-être préparer petit à petit comme ça aussi, pour que les gens perdent confiance. Après heureusement l'intérêt de ce tra..., enfin de ce métier c'est la relation personnelle et privilégiée que l'on a avec le patient quoi, donc... tant que ça, ça reste, c'est bien. Sinon, on va être démotivé hein (rires). Pour l'instant, on rame un peu plus, mais moi j'aime bien encore ce que je fais.

SL : Merci beaucoup.

❖ Entretien 11

SL : Bonjour, merci de me recevoir. Mon travail de thèse porte sur la vaccination anti-HPV, mais je souhaiterais aborder le sujet de la vaccination en général. Quelle est votre expérience professionnelle concernant la vaccination en général ?

E11 : Mon expérience, ou mon opinion ?!

SL : Votre expérience, votre vécu en tant que médecin généraliste.

E11 : Euh, ben mon vécu, il est très différent au jour d'aujourd'hui par rapport à quand je me suis installée. Où quand j'me suis installée, j'avais le vaccin facile pour tout et que maintenant c'est de moins en moins le cas, les patients y compris. J'veux dire y'a vraiment un gros changement, j'pense qu'il y a une perte de confiance aussi vis-à-vis des labos en général, de la médecine allopathique globalement.

SL : Et vous le ressentez au quotidien ?

E11 : Je le ressens, oui. Je le ressens et puis ce sont des craintes que je commence aussi à avoir.

SL : Y-a-t'il des vaccins qui suscitent des discussions, des négociations ?

E11 : Pas de négociations parce qu'en fait moi je n'impose rien. Parce que je sais que par contre c'est une habitude de beaucoup de mes confrères. Moi j'ai fait beaucoup de pédiatrie donc j'ai parfois des mamans qui arrivent par le bouche à oreille, qui quittent leur pédiatre et je vois que tous les vaccins ont été faits et les mamans ne sont pas au courant qu'il y a des vaccins non obligatoires et ça je trouve que imposer..., excusez moi..., c'est pas une bonne chose.

(coup de téléphone)

SL : Du coup, vous parlez quand même de ce vaccin, j'imagine...

E11 : Oui, mais je parle de tous les vaccins, donc c'est..., effectivement voilà c'est ça qu'on disait. J pense qu'il y a beaucoup de médecins qui..., qui imposent donc moi j'informe. C'est-à-dire que j'explique, voilà les vaccins obligatoires, à mon sens y'a pas de sujet, quoique..., quoique... Et..., et puis pour les vaccins non obligatoires donc j'explique aux patients qu'ils sont non obligatoires, que le risque zéro n'existe pas, c'est-à-dire qu'ils peuvent prendre le risque de tomber malade s'ils ne se font pas vacciner ou d'avoir des effets secondaires ou des problèmes s'ils se font vacciner. Et qu'il faut essayer de choisir le pourcentage le plus faible mais que ça reste leur décision. C'est notre rôle d'informer et pas de décider.

SL : Comment ça se passe quand vous parlez du vaccin anti-HPV avec vos patientes ?

E11 : Ben ça se passe plutôt bien, puisque ben mes patients me connaissent, ils savent que je ne suis pas, effectivement, forcément, pro-... on fait tous les vaccins. Donc à partir du moment où je conseille un vaccin qui n'est pas obligatoire, les mamans, puisque c'est souvent des décisions de mamans, et même si j'en parle aussi avec mes jeunes patientes, parce que je leur dis que ça doit être aussi leur décision. Puisque parfois les mamans veulent qu'elles se fassent vacciner, les jeunes filles non. Donc on respecte, on en reparle, on met tout sur table, on leur explique les choses et puis après ça reste leur décision.

SL : Et vous en parlez dans quelles circonstances ?

E11 : Ben quand l'âge arrive. Et ben à 11 ans maintenant, enfin je commence à en parler à 11 ans. Alors je le propose en disant qu'on peut le faire maintenant, que l'âge a été avancé, qu'on peut le faire à partir de 11 ans, que ben l'intérêt de ce vaccin, il est quand même d'être fait avant toute vie sexuelle. Donc j'amène ces notions là et puis après ben les mamans..., si elles sont non réticentes d'emblée, elles sont partantes pour que ce soit fait dès 11 ans, d'autres peuvent attendre un petit peu, ça dépend. Ou souvent ils en discutent en famille et puis ils reviennent quelques semaines plus tard.

SL : Et l'abaissement de l'âge de la vaccination, pour vous, ça a été une bonne chose ?

E11 : Je ne sais pas.

SL : Vous parlez de sexualité en même temps que le vaccin, à 11 ans.

E11 : Oui, oui, oui. Ça dépend de la jeune fille, mais on l'aborde sans rentrer dans les détails à 11 ans. Après j'aborde ces sujets là quand les jeunes filles viennent me voir. Elles ont toujours de toute façon

le message, elles savent très bien si à un moment donné..., on anticipe, avant toutes ces questions là, si elles ont besoin de..., que je serai toujours là pour les écouter donc... Ça mes patients ont l'habitude.

SL : Et d'après votre expérience, quelles sont les difficultés que les médecins généralistes peuvent rencontrer avec ce vaccin ?

E11 : Le..., les rumeurs autour des effets secondaires sont extrêmement importants dans les collèges et les lycées pour les jeunes filles. Elles en parlent énormément. Elles ne parlent pas des autres vaccins mais ça c'est un vrai souci. Ça ressort tout le temps, « j'ai des copines qui m'ont dit que..., et puis d'autres qui m'ont dit que...ça. » Donc elles communiquent beaucoup entre elles, les jeunes filles, sur ce vaccin, pas dans..., pas forcément du côté positif.

SL : Et vous voyez d'autres difficultés ?

E11 : Non les rappels sont à peu près correctement suivis, c'est assez rare que..., qu'on zappe le 2^{ème} et le 3^{ème}, ça arrive mais c'est pas fréquent. Donc non, sur le suivi ça va, une fois que ça a été instauré en général, elles suivent le mouvement.

SL : Et par rapport aux affaires médiatisées, ça a changé quelque chose pour vous, au quotidien ?

E11 : Oui, oui. Alors ça a changé quelque chose pour moi, j'avoue que j'ai été convaincue par ce vaccin dès le début et que depuis quelques mois, je le suis moins. Je le suis moins parce que j'm'intéresse à ce qui se passe à l'étranger, et que les attitudes de certains pays ne me rassurent pas. Donc du coup, je suis peut-être un peu moins convaincante. Donc j'essaie de rester purement informative, et d'essayer de ne pas amener mon opinion, ce qui n'est pas toujours évident.

SL : Les questions des patientes ont changé ?

E11 : Oui, oui énormément, énormément.

SL : Qu'est-ce qui a provoqué ce changement ?

E11 : Ben internet, j pense. Internet, de toute façon puisque la majorité des jeunes filles, oui c'est ça, ont peur des effets secondaires. On a entendu parler de ces affaires médiatisées, de...de ces suspensions. Donc, elles pensent plus à ça qu'au côté positif des choses et souvent elles sont plus informées, ou alors informées je sais pas si c'est le bon terme, mais elles s'inquiètent plus des effets secondaires sans forcément savoir à quoi sert le vaccin au départ. C'est un vaccin donc..., le lien avec le cancer n'est pas toujours fait chez les jeunes filles. Donc c'est là-dessus que j'amène cette notion là pour que voilà, que dans la balance...

SL : Et qu'avez-vous constaté d'autre comme changement ?

E11 : Ben moi c'qui..., ce qui....effectivement, j'ai..., bon on lit de tout hein sur le sujet. Donc j'essaie de mélanger les informations et c'est vrai que ce qui me fait douter le plus, c'est le discours de certains de mes confrères qui me semble cohérent, de dire voilà on diminue de 70% les risques de, mais un frottis et un bon suivi gynéco obtient le même chiffre. Donc effectivement à partir de là, oui je me pose des questions.

SL : Concernant vos dernières patientes concernées, comment se passe la discussion autour de ce vaccin ?

E11 : Elles viennent avec des questionnements, des réticences pas toujours, des questionnements. Donc voilà j'essaie d'être factuelle, j'insiste sur le fait que c'est pas un vaccin comme les autres puisqu'il est censé protéger du cancer, donc c'est... plus important que certains vaccins, qui à mon sens sont anecdotiques. Mais..., elles se font convaincre facilement, c'est-à-dire qu'effectivement, enfin convaincre, elles prennent leur décision assez facilement, euh la notion de cancer fait peur donc j pense que c'est une motivation dans le fait de se faire vacciner qui est importante.

SL : Pour revenir sur l'abaissement de l'âge de la vaccination, vous me disiez ne pas trop savoir si cela a été une bonne chose pour vous, vous étiez plus à l'aise avant ?

E11 : Ben plus à l'aise...non, c'est juste que je me pose la question de pourquoi le diminuer, on parle même de le ramener à 9 ans donc est ce que c'est uniquement par rapport au fait de prendre de la marge par rapport à la vie sexuelle, je...je sais pas... Alors bon après, je sais très bien que..., on définit aussi les âges et qui on vaccine pour doser le bénéfice par rapport au coût puisque dans certains pays les choix n'ont pas été faits de la même manière, qu'il y a des hommes qui se font vacciner, donc c'est un choix national.

(coup de téléphone)

SL : Et vous avez un vaccin préférentiel ?

E11 : Cervarix®. Alors parce que j'ai fait, quand Cervarix® est sorti, j'ai fait une soirée formation avec des gynécos, on a parlé du Cervarix® et puis ben j'ai été convaincue sur le fait qu'il y avait plus de souches visiblement et que on avait, d'après les premières études, peut-être une efficacité sur un terme un petit peu plus long. Donc voilà le choix, c'est fait comme ça.

SL : Et comment présentez-vous le vaccin à vos patientes ?

E11 : Ben j'explique que c'est un vaccin contre un virus, le virus de l'HPV, qui est sexuellement transmissible. Qu'il peut passer la barrière de protection du préservatif, parce que ça je pense que c'est une notion très importante à amener aux jeunes filles, parce que sinon on se dit « ben de toute façon j'me protège ». Ce qui est, malheureusement d'ailleurs, de moins en moins le cas, je pense. Mais bon, ça c'est un autre sujet. Et puis voilà, et que ce, ce virus peut provoquer donc l'apparition d'un cancer chez la femme jeune. Voilà, donc je synthétise rapidement toutes les notions.

SL : Et vous me parliez des autres vaccins, vous avez beaucoup de refus ?

E11 : Oui la grippe énormément maintenant, ça vraiment..., à tous les âges. La grippe, les gens sont vraiment en recul de vaccination. J'ai de plus en plus de patients qui viennent pour justement qu'en homéo on fasse un traitement hivernal préventif ou alors avec des probiotiques, des choses comme ça pour stimuler le système immunitaire. Donc de moins en moins de gens veulent se faire vacciner contre la grippe. Et les mamans, vraiment depuis 5 ans, j'ai énormément de mamans qui viennent en me disant qu'elles ne veulent pas de vaccins, même les vaccins obligatoires. Ça c'est un vrai phénomène hein. Ça fait maintenant, ça fait 15 ans que je travaille, je ne voyais pas ça avant.

SL : Et vous l'expliquez comment ?

E11 : Par la perte de confiance des labos, et puis alors j pense que ça ne touche pas que le médical. Globalement, j pense aussi que c'est une perte de confiance vis-à-vis de l'industrie, de tout ce qui est industriel, alors y compris les vaccins en fait, de tout ce qui est production en masse. Et puis les gens pensent que derrière, il y a uniquement une question d'argent, ce qui est malheureusement, aussi je

pense, souvent le cas. Donc du coup, y'a une perte de confiance. Et puis Internet, on en revient mais les gens, alors ne savent pas toujours où chercher les informations mais trouvent des informations, bonnes ou mauvaises, en tirent des conclusions et prennent leurs décisions maintenant.

SL : Les patients viennent vous voir après avoir consulté internet pour en parler ?

E11 : Oui, ça arrive, ça arrive oui oui. Ils font des copies et puis, ils viennent en discuter. Et ça permet d'amener un dialogue, il faut, il faut en parler, j'ai pas de souci avec ça.

SL : Avez- vous d'autres choses à rajouter ?

E11 : C'est, c'est un sujet compliqué, puisque même moi j'pense, j'suis pas la seule, j'pense qu'on est de plus en plus à être un petit peu perdu. On..., on est perdu et moi ça devient parfois, c'est vrai que je me tourne de plus en plus vers la médecine plus naturelle même si ce n'est pas ce qu'on m'a appris euh...mais avec l'expérience aussi on se rend compte qu'effectivement, on a été sûrement un petit peu trop formé que à l'allopathie pour des raisons diverses et variées, on ne va pas rentrer dans les détails, mais que ce n'est pas la seule manière de soigner les gens. Et puis avec les années on s'rend compte qu'on passe son temps aussi à remettre un traitement pour enlever l'effet secondaire du premier ou pour traiter une pathologie déclenchée par tel traitement. Euh..., au bout d'un moment la chimie, j'pense qu'elle a ses limites quoi. Moi maintenant j'utilise beaucoup, j'travail avec des micro-nutritionnistes, des ostéopathes, des hypno-thérapeutes. C'est vrai que j'aime beaucoup l'ostéopathie, je travaille aussi avec des micro-kinés, c'est quelque chose dont je ne connaissais même pas l'existence. Mais ça quand j'étais étudiante ou interne, on ne m'a jamais parlé de ça, j'dirais même pire ! Je me souviens de la dernière fois que j'ai entendu parler de l'ostéopathie, j'étais aux urgences, pour une jeune femme qu'on avait plâtré, qui était allée voir juste après, qui a enlevé son plâtre, l'ostéo qui lui a en fait remis, je ne sais plus ce que c'était, l'astragale, enfin bon bref, qui était venue un peu énervée. J'avais dit à mon chef de l'époque...

(frappe à la porte)

Et donc à l'époque j'avais dit à mon chef « Mais c'est quoi l'ostéopathie ? », « Rien du tout, c'est des arnaqueurs ! » Voilà, et c'est une notion que j'ai intégrée à l'époque, et puis après ben quand j'ai commencé à être livrée à moi-même, j'me suis posée d'autres questions, j'ai essayé, j'ai tenté. Et moi je vois que mes patients sont bien mieux en utilisant toutes ces techniques là, en essayant de se passer de la chimie quoi.

SL : Merci à vous.

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

Introduction. La vaccination anti-papillomavirus (HPV) s'inscrit dans une démarche de prévention contre le cancer du col de l'utérus. La constatation d'une mauvaise couverture vaccinale, l'évolution des connaissances concernant l'immunogénicité chez les jeunes filles de moins de 15 ans et la co-administration possible avec un autre vaccin ont conduit à un abaissement de l'âge de la vaccination à 11 ans et à une modification du schéma vaccinal à deux injections selon l'âge. Ces nouvelles recommandations évoluent dans un contexte de forte médiatisation. Ce travail a pour objectif d'explorer l'influence des nouvelles recommandations et des médias sur la pratique en médecine générale. **Matériels et Méthodes.** Une recherche qualitative par entretiens semi-dirigés a été menée après élaboration d'un guide d'entretien. **Résultats.** Onze entretiens ont été réalisés auprès de médecins généralistes de Moselle et Meurthe-et-Moselle. L'abaissement de l'âge de la vaccination ainsi que la simplification du schéma vaccinal sont perçus comme un élément facilitateur pour promouvoir cette action préventive, tandis que l'influence des médias joue un rôle plutôt néfaste. On note une remise en question de l'innocuité du vaccin chez les jeunes patientes ainsi que chez les prescripteurs. **Discussion.** Cette vaccination implique trois acteurs essentiels : la jeune fille, ses parents et le médecin et nécessite d'aborder les questions de la sexualité chez une patiente en transition entre l'enfance et l'âge adulte. Les messages véhiculés dans les médias, notamment sur internet, ont pour conséquence d'instaurer un climat de méfiance et une perte de confiance envers la médecine allopathique.

TITRE EN ANGLAIS: How new recommendations and media influence general practitioners' work?

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE – ANNÉE 2015

MOTS CLEFS : vaccination, papillomavirus, médecine générale, cancer du col de l'utérus, prévention

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'U.F.R. :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex.