

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG  
FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA  
SANTÉ

ANNÉE : 2022

N° : 16

**THÈSE PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME DE  
DOCTEUR EN MÉDECINE**

Diplôme d'État

MÉDECINE GÉNÉRALE

**PAR**

Louise BUHLER

Née le 09/04/1992 à Pontarlier (25)

---

Réactions de patients à l'extension de la vaccination contre le  
papillomavirus aux deux sexes. Enquête qualitative.

Président de thèse : Professeur Yves HANSMANN

Directeurs de thèse : Docteur Antoine GIACOMINI et Docteur Camille LEPINE



**FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET  
SCIENCES DE LA SANTÉ**

Edition OCTOBRE 2021  
Année universitaire 2021-2022



- **Président de l'Université**
- **Doyen de la Faculté**
- **Premier Doyen de la Faculté**
- **Doyens honoraires :** (1976-1983)
- (1983-1989)
- (1989-1994)
- (1994-2001)
- (2001-2011)
- **Chargé de mission auprès du Doyen**
- **Responsable Administratif**

M. DENEKEN Michel  
M. SIBILIA Jean  
M. DERUELLE Philippe  
M. DORNER Marc  
M. MANTZ Jean-Marie  
M. VINCENDON Guy  
M. GERLINGER Pierre  
M. LUDÉS Bertrand  
M. VICENTE Gilbert  
M. STEEGMANN Geoffroy



HOPITAUX UNIVERSITAIRES  
DE STRASBOURG (HUS)  
**Directeur général : M. GALY Michaël**

**A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE**

MANDEL Jean-Louis      Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

**A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)**

BAHRAM Séiamak      Immunologie biologique (01.10.2013 au 31.09.2018)  
DOLLFUS Hélène      Génétique clinique (01.10.2014 au 31.09.2019)

**A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)**

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe P0001	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Hospitalisation des Urgences de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
AKLADIOS Cherif P0191	NRPô CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : <b>Gynécologie-Obstétrique</b>
ANDRES Emmanuel P0002	RPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Serv. de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	53.01 Option : médecine Interne
ANHEIM Mathieu P0003	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
Mme ANTAL Maria Cristina M0003 / P0219	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hautepierre • Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
ARNAUD Laurent P0186	NRPô NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
BACHELLIER Philippe P0004	RPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
BAHRAM Seiamak P0005	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil - Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03 Immunologie (option biologique)
BAUMERT Thomas P0007	NRPô CS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Institut de Recherche sur les Maladies virales et hépatiques/Fac	52.01 Gastro-entérologie ; <b>hépatologie</b> Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle M0007 / P0170	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEU Rémy P0008	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BECMEUR François P0009	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
BERNA Fabrice P0192	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : <b>Psychiatrie d'Adultes</b>
BERTSCHY Gilles P0013	RPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume P0178	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie / Hôpital Hautepierre	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal P0014	RPô CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / HP	48.02 Réanimation ; <b>Médecine d'urgence</b> Option : médecine d'urgence
BLANC Frédéric P0213	NRPô NCS	• Pôle de Gériatrie - Service Evaluation - Gériatrie - Hôpital de la Robertsau	53.01 Médecine interne ; addictologie Option : gériatrie et biologie du vieillissement
BODIN Frédéric P0187	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et maxillo-faciale / Hôpital Civil	50.04 <b>Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique</b> ; Brûlologie
BONNEMAINS Laurent M0099 / P0215	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 - Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
BONNOMET François P0017	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan P0018	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
BOURGIN Patrice P0020	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie - Unité du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme BRIGAND Cécile P0022	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
BRUANT-RODIER Catherine P0023	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / HP	50.04 Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie P0171	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CASTELAIN Vincent P0027	NRPô NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital Hautepierre	48.02 Réanimation
CHAKFE Nabil P0029	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale NHC	51.04 <b>Chirurgie vasculaire</b> ; médecine vasculaire Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe M0013 / P0172	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne P0028	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne P0030	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
Mme CHENARD-NEU Marie-Pierre P0041	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe P0044	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre supérieur / HP	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier P0193	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 <b>Anesthésiologie-Réanimation</b> ; Médecine d'urgence (option Anesthésiologie- Réanimation - Type clinique)
COLLONGUES Nicolas M0016 / P0220	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01 Neurologie
CRIBIER Bernard P0045	NRPô CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
de BLAY de GAIX Frédéric P0048	RPô CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
de SEZE Jérôme P0057	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôp. de Hautepierre	49.01 Neurologie
DEBRY Christian P0049	RPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
DERUELLE Philippe P0199	RPô NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale: option gynécologie-obstétrique
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène P0054	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
EHLINGER Mathieu P0188	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha P0059	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille P0179	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôp. Hautepierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFKREMER Samira P0060	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
FAITOT François P0216	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
FALCOZ Pierre-Emmanuel P0052	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FORNECKER Luc-Matthieu P0208	NRPô NCS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.01 <b>Hématologie</b> ; Transfusion Option : Hématologie
GALLIX Benoit P0214	NCS	• IHU - Institut Hospitalo-Universitaire - Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale
GANGI Afshin P0062	RPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GARNON Julien P0221	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David P0063	NRPô NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
GENY Bernard P0064	NRPô CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick P0200	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 <b>Chirurgie vasculaire</b> ; médecine vasculaire/ Option : chirurgie vasculaire
GICQUEL Philippe P0065	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard P0066	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et de nutrition / HP	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Maria P0067	NRPô CS	• Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail/HC	46.02 Médecine et santé au travail Travail
GOTTENBERG Jacques-Eric P0068	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
HANNEDOUCHE Thierry P0071	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Dialyse / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
HANSMANN Yves P0072	RPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / NHC	45.03 Option : Maladies infectieuses
Mme HELMS Julie M0114 / P0209	NRPô NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Médecine Intensive-Réanimation
HIRSCH Edouard P0075	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
IMPERIALE Alessio P0194	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve P0189	RPô CS	• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 <b>Médecine Physique et Réadaptation</b>
JAUHAC Benoît P0078	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : <b>Bactériologie-virologie</b> (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie P0079	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme JESEL-MOREL Laurence P0201	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
KALTENBACH Georges P0081	RPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau - Secteur Evaluation - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme KESSLER Laurence P0084	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Serv. d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie/ Méd.B/HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain P0085	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel P0195	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme KORGANOW Anne-Sophie P0087	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane M0038 / P0174	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie II - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre P0175	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Serv. de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II)/HP	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel P0089	RP6 NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE-TONGIO Laurence P0202	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; <b>Addictologie</b> (Option : Addictologie)
LANG Hervé P0090	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillofaciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
LAUGEL Vincent P0092	RP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme LEJAY Anne M0102 / P0217	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardiovasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de Transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
LE MINOR Jean-Marie P0190	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/ Hôpital de Hautepierre	42.01 <b>Anatomie</b>
LESSINGER Jean-Marc P0	RP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / LBGS / NHC - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / Hautepierre	82.00 Sciences Biologiques de Pharmacie
LIPSKER Dan P0093	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillofaciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-vénérologie
LIVERNEAUX Philippe P0094	RP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôp. de Hautepierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF Gabriel P0203	NRP6 NCS	• Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Oncologie médicale / ICANS	47.02 <b>Cancérologie</b> ; Radiothérapie Option : Cancérologie
MARK Manuel P0098	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MARTIN Thierry P0099	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme MASCAUX Céline P0210	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 <b>Pneumologie</b> ; Addictologie
Mme MATHELIN Carole P0101	NRP6 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie / ICANS	54.03 <b>Gynécologie-Obstétrique</b> ; Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent P0102	NRP6 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre - Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01 <b>Hématologie</b> ; Transfusion Option Hématologie Biologique
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe P0103	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MENARD Didier P0222	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
MERTES Paul-Michel P0104	RP6 CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / NHC	48.01 Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Alain M0093 / P0223	NRP6 NCS	• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MEYER Nicolas P0105	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôp. Civil	46.04 Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat P0106	NRP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MONASSIER Laurent P0107	NRP6 CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Labo. de Neurobiologie et Pharmacologie cardio-vasculaire-EA7295 / Fac	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier P0108	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
MOULIN Bruno P0109	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Transplantation / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
MUTTER Didier P0111	RP6 NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques P0112	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NOEL Georges P0114	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; <b>Radiothérapie</b> Option Radiothérapie biologique
NOLL Eric M0111 / P0218	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - HP	48.01 Anesthésiologie-Réanimation
OHANA Mickael P0211	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
OHLMANN Patrick P0115	RP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme OLLAND Anne P0204	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine P0180	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
PELACCIA Thierry P0205	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Centre de formation et de recherche en pédagogie des sciences de la santé / Faculté	48.05 Réanimation ; <b>Médecine d'urgence</b> Option : Médecine d'urgences

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme PERRETTA Silvana P0117	NRPô NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick P0118	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie Digestive
PETIT Thierry P0119	CDp	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 <b>Cancérologie</b> ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier P0206	NRPô NCS	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 <b>Cancérologie</b> ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien P0181	NRPô CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale/Hautepierre	48.01 <b>Anesthésiologie-réanimation</b> ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain P0123	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / HP	44.04 Nutrition
PROUST François P0182	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Hautepierre	49.02 Neurochirurgie
Pr RAUL Jean-Sébastien P0125	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
REIMUND Jean-Marie P0126	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
Pr RICCI Roméo P0127	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Département Biologie du développement et cellules souches / IGBMC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge P0128	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
ROMAIN Benoît M0061 / P0224	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme ROSSIGNOL -BERNARD Sylvie P0196	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
ROUL Gérard P0129	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme ROY Catherine P0140	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (opt clinique)
SANANES Nicolas P0212	NRPô NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 <b>Gynécologie-Obstétrique</b> ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
SAUER Arnaud P0183	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André P0184	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04 Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian P0143	RPô CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
Mme SCHATZ Claude P0147	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
Mme SCHLUTH-BOLARD Caroline P0225	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
SCHNEIDER Francis P0144	NRPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen P0185	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / HC	49.04 <b>Pédopsychiatrie</b> ; Addictologie
SCHULTZ Philippe P0145	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence P0197	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive/HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : <b>Hépatologie</b>
SIBILIA Jean P0146	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
STEPHAN Dominique P0150	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique/NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
THAVEAU Fabien P0152	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
Mme TRANCHANT Christine P0153	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
VEILLON Francis P0155	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel P0156	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Faculté	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VETTER Denis P0157	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	52.01 Option : Gastro-entérologie
VIDAILHET Pierre P0158	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane P0159	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales / Faculté	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas P0160	NRPô CS	• Pôle de Gériatrie - Serv. de soins de suite et réadaptation gériatrique/Hôp.Robertsau	51.01 Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre P0162	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Option : Médecine Interne

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
WOLF Philippe P0207	NRPô NCS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation</li> <li>- Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP</li> <li>- Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HU</li> </ul>	53.02 Chirurgie générale
Mme WOLFF Valérie P0001	NRPô CS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle Tête et Cou</li> <li>- Unité Neurovasculaire / Hôpital de Hautepierre</li> </ul>	49.01 Neurologie

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Hautepierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil - PTM = Plateau technique de microbiologie

\* : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) Cspi : Chef de service par intérim CSp : Chef de service provisoire (un an)

CU : Chef d'unité fonctionnelle

Pô : Pôle RPô (Responsable de Pôle) ou NRPô (Non Responsable de Pôle)

Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chef de service) Dir : Directeur

(1) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2018

(3) (7) Consultant hospitalier (pour un an) éventuellement renouvelable --> 31.08.2017

(5) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2019 (8) Consultant hospitalier (pour une 2ème année) --> 31.08.2017

(6) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2017 (9) Consultant hospitalier (pour une 3ème année) --> 31.08.2017

#### A4 - PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CALVEL Laurent	NRPô CS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO</li> <li>- Service de Soins palliatifs / NHC</li> </ul>	46.05 Médecine palliative
HABERSETZER François	CS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle Hépato-digestif</li> <li>- Service de Gastro-Entérologie - NHC</li> </ul>	52.01 Gastro-Entérologie
MIYAZAKI Toru		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Biologie</li> <li>- Laboratoire d'Immunologie Biologique / HC</li> </ul>	
SALVAT Eric	CS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle Tête-Cou</li> <li>- Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur / HP</li> </ul>	

**B1 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)**

MO142	NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
	AGIN Arnaud M0001		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
	Mme ANTONI Delphine M0109		• Pôle d'Imagerie - Service de Radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie
	Mme AYME-DIETRICH Estelle M0117		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03 <b>Pharmacologie fondamentale</b> ; pharmacologie clinique ; addictologie Option : pharmacologie fondamentale
	Mme BIANCALANA Valérie M0008		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
	BLONDET Cyrille M0091		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire (option clinique)
	BOUSIGES Olivier M0092		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
	Mme BRU Valérie M0045		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS - Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
	Mme BUND Caroline M0129		• Pôle d'Imagerie - Service de médecine nucléaire et imagerie moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
	CARAPITO Raphaël M0113		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie
	CAZZATO Roberto M0118		• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
	Mme CEBULA Hélène M0124		• Pôle Tête-Cou - Service de Neurochirurgie / HP	49.02 Neurochirurgie
	CERALINE Jocelyn M0012		• Pôle de Biologie - Département de Biologie structurale Intégrative / IGBMC	47.02 <b>Cancérologie</b> ; Radiothérapie (option biologique)
	CHERRIER Thomas M0136		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
	CHOQUET Philippe M0014		• Pôle d'Imagerie - UF6237 - Imagerie Préclinique / HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
	CLERE-JEHL Raphaël M0137		• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation
	Mme CORDEANU Elena Mihaela M0138		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique/NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
	DALI-YOUCEF Ahmed Nassim M0017		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
	DELHORME Jean-Baptiste M0130		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
	DEVYS Didier M0019		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
	Mme DINKELACKER Véra M0131		• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
	DOLLÉ Pascal M0021		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
	Mme ENACHE Irina M0024		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / IGBMC	44.02 Physiologie
	Mme FARRUGIA-JACAMON Audrey M0034		• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
	FELTEN Renaud M0139		• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôpital de Hautepierre	48.04 Thérapeutique, Médecine de la douleur, Addictologie
	FILISSETTI Denis M0025	CS	• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
	FOUCHER Jack M0027		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	44.02 Physiologie (option clinique)
	GANTNER Pierre M0132		• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
	GIES Vincent M0140		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
	GRILLON Antoine M0133		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : <b>Bactériologie-virologie</b> (biologique)
	GUERIN Eric M0032		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
	GUFFROY Aurélien M0125		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine interne et d'Immunologie clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
	Mme HARSAN-RASTEI Laura M0119		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
	HUBELE Fabrice M0033		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS - Service de Biophysique et de Médecine Nucléaire / NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
	KASTNER Philippe M0089		• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	47.04 Génétique (option biologique)
	Mme KEMMEL Véronique M0036		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
	KOCH Guillaume M0126		- Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine	42.01 Anatomie (Option clinique)
	Mme KRASNY-PACINI Agata M0134		• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
	Mme LAMOUR Valérie M0040		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
	Mme LANNES Béatrice M0041		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
	LAVAUX Thomas M0042		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
LENORMAND Cédric M0103		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
LHERMITTE Benoît M0115		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	44.03 Anatomie et cytologie pathologiques
LUTZ Jean-Christophe M0046		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillofaciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / Hôpital Civil	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MIGUET Laurent M0047		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTHNER M0049	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean M0050		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme NICOLAE Alina M0127		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et Cytologie Pathologiques (Option Clinique)
Mme NOURRY Nathalie M0011		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Serv. de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail/HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PENCREAC'H Erwan M0052		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
PFUFF Alexander M0053		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale /PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie M0094		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme PORTER Louise M0135		• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
PREVOST Gilles M0057		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : <b>Bactériologie-virologie</b> (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana M0058		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie M0095		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC - Service de Chirurgie / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme RIOU Marianne M0141		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
ROGUE Patrick (cf. A2) M0060		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie Générale et Spécialisée / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
Mme ROLLAND Delphine M0121		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hautepierre	47.01 <b>Hématologie</b> ; transfusion (type mixte : Hématologie)
Mme RUPPERT Elisabeth M0106		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / HC	49.01 Neurologie
Mme SABOU Alina M0096		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS - Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme SCHEIDECKER Sophie M0122		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique
SCHRAMM Frédéric M0068		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : <b>Bactériologie-virologie</b> (biologique)
Mme SOLIS Morgane M0123		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital de Hautepierre	45.01 <b>Bactériologie-Virologie</b> ; hygiène hospitalière Option : Bactériologie-Virologie
Mme SORDET Christelle M0069		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
Mme TALAGRAND-REBOUL Emilie M0142		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : <b>Bactériologie-virologie</b> (biologique)
TALHA Samy M0070		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
Mme TALON Isabelle M0039		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
TELETIN Marius M0071		• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VALLAT Laurent M0074		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie Biologique - Hôpital de Hautepierre	47.01 <b>Hématologie</b> ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VELAY-RUSCH Aurélie M0128		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
Mme VILLARD Odile M0076		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme WOLF Michèle M0010		• Chargé de mission - Administration générale - Direction de la Qualité / Hôpital Civil	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI M0116		• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
ZOLL Joff rey M0077		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02 Physiologie (option clinique)

## B2 - PROFESSEURS DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Pr BONAHA Christian P0166

Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine

72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques

### B3 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Mr KESSEL Nils	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr LANDRE Lionel	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMS / Faculté de Médecine	69.	Neurosciences
Mme THOMAS Marion	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mme SCARFONE Marianna M0082	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr ZIMMER Alexis	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques

---

### C - ENSEIGNANTS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

#### C1 - PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Pr Ass. GRIES Jean-Luc	M0084	Médecine générale (01.09.2017)
Pre Ass. GROB-BERTHOU Anne	M0109	Médecine générale (01.09.2015)
Pr Ass. GUILLOU Philippe	M0089	Médecine générale (01.11.2013)
Pr Ass. HILD Philippe	M0090	Médecine générale (01.11.2013)
Pr Ass. ROUGERIE Fabien	M0097	Médecine générale (01.09.2014)

---

#### C2 - MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE - TITULAIRE

Dre CHAMBE Juliette	M0108	53.03 Médecine générale (01.09.2015)
Dr LORENZO Mathieu		53.03 Médecine générale

---

#### C3 - MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Dre DUMAS Claire		Médecine générale (01.09.2016 au 31.08.2019)
Dre SANSELMÉ Anne-Elisabeth		Médecine générale
Dr SCHMITT Yannick		Médecine générale

---

### D - ENSEIGNANTS DE LANGUES ETRANGERES

#### D1 - PROFESSEUR AGREGE, PRAG et PRCE DE LANGUES

Mme ACKER-KESSLER Pia	M0085	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.03)
Mme CANDAS Peggy	M0086	Professeure agrégée d'Anglais (depuis le 01.09.99)
Mme SIEBENBOUR Marie-Noëlle	M0087	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.11)
Mme JUNGER Nicole	M0088	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.09)
Mme MARTEN Susanne	M0098	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.14)

---

## E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Dr ASTRUC Dominique	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie</li> <li>- Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / Hôpital de Hautepierre</li> </ul>
Dr DE MARCHI Martin	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle Oncologie médico-chirurgicale et d'Hématologie</li> <li>- Service d'Oncologie Médicale / ICANS</li> </ul>
Mme Dre GERARD Bénédicte	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Biologie</li> <li>- Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil</li> </ul>
Mme Dre GOURIEUX Bénédicte	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Pharmacie-pharmacologie</li> <li>- Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil</li> </ul>
Dr KARCHER Patrick	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Gériatrie</li> <li>- Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Hôpital de la Robertsau</li> </ul>
Mme Dre LALLEMAN Lucie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation</li> <li>- Permanence d'accès aux soins de santé - La Boussole (PASS)</li> </ul>
Dr LEFEBVRE Nicolas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO)</li> <li>- Service des Maladies Infectieuses et Tropicales / Nouvel Hôpital Civil</li> </ul>
Mme Dre LICHTBLAU Isabelle	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Biologie</li> <li>- Laboratoire de biologie de la reproduction / CMCO de Schiltigheim</li> </ul>
Mme Dre MARTIN-HUNYADI Catherine	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Gériatrie</li> <li>- Secteur Evaluation / Hôpital de la Robertsau</li> </ul>
Dr NISAND Gabriel	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Santé Publique et Santé au travail</li> <li>- Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil</li> </ul>
Mme Dre PETIT Flore	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO)</li> <li>- UCSA</li> </ul>
Dr PIRRELLO Olivier	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique</li> <li>- Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO</li> </ul>
Dr REY David	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO</li> <li>- «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil</li> </ul>
Mme Dre RONDE OUSTEAU Cécile	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle Locomax</li> <li>- Service de Chirurgie Séptique / Hôpital de Hautepierre</li> </ul>
Mme Dre RONGIERES Catherine	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique</li> <li>- Centre Clinico Biologique d'AMP / CMC</li> </ul>
Dr TCHOMAKOV Dimitar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie</li> <li>- Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques / Hôpital de Hautepierre</li> </ul>
Mme Dre WEISS Anne	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation</li> <li>- SAMU</li> </ul>

## F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o **de droit et à vie** (membre de l'Institut)
  - CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
  - MANDEL Jean-Louis (Génétique et biologie moléculaire et cellulaire)
- o **pour trois ans** (1er avril 2019 au 31 mars 2022)
  - Mme STEIB Annick (Anesthésie, Réanimation chirurgicale)
- o **pour trois ans** (1er septembre 2019 au 31 août 2022)
  - DUFOUR Patrick (Cancérologie clinique)
  - NISAND Israël (Gynécologie-obstétrique)
  - PINGET Michel (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques)
  - Mme QUOIX Elisabeth (Pneumologie)
- o **pour trois ans** (1er septembre 2020 au 31 août 2023)
  - BELLOCCO Jean-Pierre (Service de Pathologie)
  - DANION Jean-Marie (Psychiatrie)
  - KEMPF Jean-François (Chirurgie orthopédique et de la main)
  - KOPFERSCHMITT Jacques (Urgences médico-chirurgicales Adultes)
- o **pour trois ans** (1er septembre 2021 au 31 août 2024)
  - DANION Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)
  - DIEMUNSCH Pierre (Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale)
  - HERBRECHT Raoul (Hématologie)
  - STEIB Jean-Paul (Chirurgie du rachis)

## F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITES ASSOCIE (mi-temps)

M. SOLER Luc CNU-31 IRCAD (01.09.2009 - 30.09.2012 / renouvelé 01.10.2012-30.09.2015-30.09.2021)

## F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS\* DE L'UNIVERSITE

Pr CHARRON Dominique	(2019-2020)
Pr KINTZ Pascal	(2019-2020)
Pr LAND Walter G.	(2019-2020)
Pr MAHE Antoine	(2019-2020)
Pr MASTELLI Antoine	(2019-2020)
Pr REIS Jacques	(2019-2020)
Pre RONGIERES Catherine	(2019-2020)

(\* 4 années au maximum)

## G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94  
 BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01  
 BALDAUF Jean-Jacques (Gynécologie obstétrique) / 01.09.21  
 BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12  
 BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95  
 BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10  
 BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16  
 BERTHEL Marc (Gériatrie) / 01.09.18  
 BIENTZ Michel (Hygiène Hospitalière) / 01.09.04  
 BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.17  
 BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95  
 BOEHM-BURGER Nelly (Histologie) / 01.09.20  
 BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03  
 BOUSQUET Pascal (Pharmacologie) / 01.09.19  
 BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99  
 BRETTE Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10  
 BURGHARD Guy (Pneumologie) / 01.10.86  
 BURSZEJN Claude (Pédo-psychiatrie) / 01.09.18  
 CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15  
 CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15  
 CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95  
 CHAUVIN Michel (Cardiologie) / 01.09.18  
 CHELLY Jameleddine (Diagnostic génétique) / 01.09.20  
 CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12  
 CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16  
 COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00  
 CONRAUX Claude (Oto-Rhino-Laryngologie) / 01.09.98  
 CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11  
 DIETEMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17  
 DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17  
 DUCLOS Bernard (Hépatogastro-Hépatologie) / 01.09.19  
 DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa.Chir.) / 01.09.13  
 EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10  
 FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02  
 FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.16  
 FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.09  
 GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13  
 GERLINGER Pierre (Biol. de la Reproduction) / 01.09.04  
 GRENIER Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.97  
 GRUCKER Daniel (Institut de Physique Biologique) / 01.09.21  
 GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14  
 HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18  
 HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06  
 HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04  
 IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98  
 JACQUIN Didier (Urologie) / 09.08.17  
 JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11  
 JAEGER Jean-Henri (Chirurgie orthopédique) / 01.09.11  
 JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04  
 KAHN Jean-Luc (Anatomie) / 01.09.18  
 KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06  
 KEMPF Jules (Biologie cellulaire) / 01.10.95  
 KREMER Michel / 01.05.98  
 KRETZ Jean-Georges (Chirurgie vasculaire) / 01.09.18  
 KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07  
 KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08  
 KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07  
 KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98  
 LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98  
 LANG Jean-Marie (Hématologie clinique) / 01.09.11  
 LANGER Bruno (Gynécologie) / 01.11.19  
 LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95  
 LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10  
 LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16  
 MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03  
 MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13  
 MANDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.16  
 MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14  
 MANTZ Jean-Marie (Réanimation médicale) / 01.10.94  
 MARESCAUX Christian (Neurologie) / 01.09.19  
 MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16  
 MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99  
 MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07  
 MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13  
 MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10  
 MINCK Raymond (Bactériologie) / 01.10.93  
 MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.11  
 MORAND Georges (Chirurgie thoracique) / 01.09.09  
 MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.09  
 OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13  
 PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15  
 PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15  
 Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.11  
 PINGET Michel (Endocrinologie) / 01.09.19  
 POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18  
 REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98  
 RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02  
 RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10  
 SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14  
 SAUDER Philippe (Réanimation médicale) / 01.09.20  
 SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04  
 SCHAFF Georges (Physiologie) / 01.10.95  
 SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01  
 SCHLENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11  
 SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12  
 SCHWARTZ Jean (Pharmacologie) / 01.10.87  
 SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06  
 STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10  
 STOLL Claude (Génétique) / 01.09.09  
 STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15  
 STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03  
 TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06  
 TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02  
 TREISSER Alain (Gynécologie-Obstétrique) / 24.03.08  
 VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16  
 VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13  
 VINCENDON Guy (Biochimie) / 01.09.08  
 WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09  
 WATTIEZ Arnaud (Gynécologie Obstétrique) / 01.09.21  
 WILM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13  
 WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15  
 WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96  
 WOLFRAM-GABEL Renée (Anatomie) / 01.09.96

## Légende des adresses :

**FAC** : Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67

**HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :**

- NHC : **Nouvel Hôpital Civil** : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 69 55 07 08

- HC : **Hôpital Civil** : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68

- HP : **Hôpital de Hautepierre** : Avenue Molière - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00

- **Hôpital de La Robertsau** : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11

- **Hôpital de l'Elsau** : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

**CMCO** - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00

**C.C.O.M.** - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graff enstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

**E.F.S.** : Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

**Centre Régional de Lutte contre le cancer "Paul Strauss"** - 3, rue de la Porte de l'Hôpital - F-67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.25.24.24

**IURC** - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Clemenceau - 67082 Strasbourg Cedex

**RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU  
 DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ  
 DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG**

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

**LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS  
 QUI LUI SONT PRÉSENTÉES DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES  
 A LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER**

## SERMENT D'HIPPOCRATE

*En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*

*Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.*

*Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.*

*Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis restée fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.*

## REMERCIEMENTS ET DÉDICACES

**À Monsieur le Professeur Yves HANSMANN,**

Merci de me faire l'honneur de présider mon jury de thèse. Votre intérêt pour mon travail et votre disponibilité m'ont touché, et je tiens à vous témoigner ma sincère reconnaissance.

**À mes Directeurs de thèse,**

**Monsieur le Docteur Antoine GIACOMINI et Madame le Docteur Camille LEPINE,**

Sans qui tout ce travail de thèse n'aurait peut-être pas vu le jour ni abouti. Je vous remercie pour votre investissement, pour tous les conseils et encouragements délivrés, et pour votre patience pour nous expliquer le monde de la recherche qualitative.

**À Monsieur le Professeur Cherif AKLADIOS,**

Vous avez accepté de participer à ce jury, je vous remercie de toute l'attention que vous avez portée à ce travail.

**À Monsieur le Professeur Philippe SCHULTZ,**

Merci d'avoir accepté de faire parti de mon jury de thèse et ainsi me faire l'honneur de juger mon travail.

Bien sûr un grand merci **à tous les patients** qui ont bien voulu participer à ce travail de recherche et qui ont donné de leur temps.

Je remercie aussi les **bibliothécaires de la faculté de médecine**, pour leurs précieux conseils d'utilisation de Zotero et les astuces de recherche documentaire.

Je serai toujours reconnaissante envers mes **maîtres de stage** rencontrés lors de mon cursus, qui m'ont appris et donné le goût de la Médecine Générale : Docteur Pierre Stockel, Docteur Hubert Conrad, Docteur Grégoire De Chazelles. Grégoire, j'ai eu plaisir à te remplacer par la suite, ainsi que Sara. J'espère que vos projets à l'Elsau aboutiront.

A toutes les personnes rencontrées en stage avec qui j'ai passé de bons moments.

Et merci **François Xavier**, je crois qu'on a fait une bonne équipe !

**À mes Parents**, pour votre soutien inconditionnel depuis toujours. Merci de m'avoir accompagné tout au long de mon parcours, d'avoir cru en moi. Vous avez été et resterez un modèle pour moi. Je vous aime.

**À ma petite sœur Cécile**, tu es maintenant loin mais ça ne t'empêche d'être toujours là dans mes pensées. A toutes ces années passées ensemble. Merci de m'avoir dépatouillée en informatique ! Promis je ferai mon passeport pour venir te voir.

**À mon grand frère Alexandre**, je t'ai suivi dans la voie des grandes études. Même si on est loin tu peux toujours compter sur moi.

**À Mamie Colette**, l'aventure médecine a commencé chez toi, merci de m'avoir aidé à ta manière, et pour ton soutien. C'est en partie grâce à toi si j'en suis arrivée là.

**À Mamie Hélène**, qui j'espère serait fière de moi en ce jour particulier. Je pense souvent à toi.

**À ma belle-maman**, Nathalie, j'ai pu travailler sur double écran avec ton ancien ordinateur (il marche)!

**À toute ma famille**, et ceux ayant pu faire le déplacement pour venir me voir jusqu'ici, merci !

**À Dominique**, qui a bien voulu relire mon manuscrit, de son œil avisé. Un grand merci.

**À David**, pour l'aide précieuse en traduction, et Patricia, merci !

**À mes amis de Besançon**, on a du mal à se voir comme on voudrait, mais qui sait, dans la vie on pourra sûrement se retrouver : Elodie, Stacy, Anaïs, Imane, Maxime. Et mes pharmaciennes préférées, Marion et Aurore ! Et celles qui ont migré en même temps que moi, Grâce, Marie Ange.

**À mes amis rencontrés durant l'internat** : mes tout premiers co-internes Roxane et Boris, je nous revois encore dans le train, descendre à cet arrêt inconnu ! Et de fait Matthias et Agathe, à toutes nos belles soirées. A mes co-internes devenus amis, Clément, Sébastien, Laurine, Nicolas, Charlène, et j'en oublie ! Ah si, mes Ministres Odile et Louise-Marie, j'espère qu'on continuera à se voir ! Odile, si tu n'avances pas dans ta thèse, je viens exprès chez toi pour t'empêcher de geeker !

**À mon Amour**, la vie m'a fait un joli cadeau de te placer sur mon chemin. Une nouvelle page se tourne, nous allons pouvoir avancer dans nos projets communs. Plus que tout, je t'aime.

## ABRÉVIATIONS

**HPV** = Human Papillomavirus

**IST** = Infection Sexuellement Transmissible

**INCa** = Institut National du Cancer

**HCSP** = Haut Conseil de la Santé Publique

**HSH** = Homme ayant des relations Sexuelles avec d'autres Hommes

**CeGIDD** = Centre Gratuit d'Information de Dépistage et de Diagnostic

**HAS** = Haute Autorité de Santé

**DPO** = Délégué à la Protection des données

**INDS** = Institut National des Données de Santé

**CPP** = Comité de Protection des Personnes

**DTPCa** = Vaccin Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite-Coqueluche

## SOMMAIRE

ABRÉVIATIONS.....	15
I. INTRODUCTION .....	18
A. Le papillomavirus .....	18
B. La vaccination anti-HPV .....	20
C. Couverture vaccinale.....	21
D. Questions de recherche .....	24
II. MATÉRIEL ET MÉTHODES .....	26
A. Équipe de recherche .....	26
B. Type d'étude .....	26
C. Sélection des participants .....	27
D. Recueil des données : les entretiens .....	27
E. Analyse des données .....	28
F. Démarches réglementaires .....	29
III. RÉSULTATS .....	30
A. Données socio-démographiques.....	30
B. Représentations à propos de la vaccination en général .....	32
1. Opinions favorables .....	32
2. Opinions défavorables .....	34
3. Les conditions de confiance.....	36
4. Notion de temporalité.....	37
C. Le HPV.....	38
1. Analyse linguistique .....	38
2. Carences des connaissances .....	39
3. Le papillomavirus, considéré comme à risque pour la santé .....	39
4. Un vaccin sexualisé : les facteurs à prendre en compte .....	42
5. Sources d'informations .....	46
D. Le HPV et ses recommandations vaccinales.....	51
1. Impact des recommandations antérieures toujours ancrées .....	51
2. Vaccination des HSH.....	52
3. Extension vaccinale aux deux sexes .....	53
4. Évocation d'une vaccination obligatoire .....	57
IV. DISCUSSION .....	59
A. Rappels des résultats principaux.....	59
B. Validité de l'étude .....	60
1. Type d'étude.....	60
2. Forces de l'étude .....	60

3.	Limites et biais de l'étude.....	61
C.	Discussion des résultats.....	62
1.	Principaux freins évoqués.....	62
2.	Une vaccination féminine.....	64
3.	Mettre en lumière les moyens d'informations.....	67
4.	La question du lien entre sexualité et vaccination HPV chez les adolescents : les différents acteurs .....	69
5.	La vaccination des HSH : questionnements.....	74
6.	Extension vaccinale aux deux sexes dès 11 ans .....	76
7.	Une vaccination anti-HPV recommandée mais non obligatoire : un frein ? ..	79
8.	La nouvelle recommandation vaccinale sera-t-elle bien accueillie ? .....	80
V.	CONCLUSION.....	85
VI.	ANNEXES .....	87
1.	Annexe 1 : Guide d'entretien .....	87
2.	Annexe 2 : Modèle d'information.....	88
3.	Annexe 3 : Formulaire de consentement .....	89
4.	Annexe 4 : Registre de traitements de l'Université.....	90
5.	Annexe 5 : Mails échangés avec le DPO .....	90
6.	Annexe 6 : Grille COREQ .....	91
7.	Annexe 7 : Affiche pour les cabinets médicaux.....	93
8.	Annexe 8 : Plaquette d'information grand public .....	93
	BIBLIOGRAPHIE.....	94
	DÉCLARATION SUR L'HONNEUR.....	101

## LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX

Figure 1:	Nombre de maladies HPV induites chez les hommes et femmes en France en 2015. (13) .	19
Figure 2 :	Evolution de la couverture vaccinale (%) du vaccin HPV chez les filles selon le nombre de doses, France, 2008-2018. (16) .....	22
Figure 3 :	Historique depuis 2007 des différentes recommandations vaccinales contre le HPV en France, données issues de la Revue du Praticien. (38) .....	24
Figure 4 :	Analyse par arborescence (42).....	28
Tableau 1 :	Schéma vaccinal selon l'âge et le type de vaccin jusqu'en 2020. (18).....	21
Tableau 2 :	Caractéristiques des participants recrutés. ....	31

## **I. INTRODUCTION**

### **A. Le papillomavirus**

Les papillomavirus sont de petits virus nus, à ADN circulaire doubles brins, que l'on retrouve chez nombre de mammifères. Ici, nous parlerons des papillomavirus humains (HPV), qui atteignent spécifiquement l'homme (1). Il existe plus de 120 génotypes de HPV, qui sont classés selon leur tropisme : les HPV « muqueux » qui touchent principalement les muqueuses anogénitales et les voies aérodigestives supérieures, et les HPV « cutanés » qui provoquent des lésions cutanées type condylomes, communément appelées « verrues » (1,2).

Une contamination à HPV est une infection sexuellement transmissible (IST) parmi les plus fréquentes dans le monde (3,4). Le pic de prévalence se situe aux alentours de 20-25 ans. Il se transmet dans la majorité des cas par contact cutanéomuqueux direct. Le préservatif réduit les risques de transmission mais n'empêche pas nécessairement l'infection, si la peau est non protégée (5). De plus, la transmission sexuelle ne signifie pas nécessairement pénétration, le virus pouvant être manuporté (4). D'autres modes de transmissions ont été décrits, notamment une transmission verticale mère-enfant, où l'infection chez le nourrisson disparaît en moyenne en 6 mois (4).

Il est estimé que plus de la moitié des personnes a eu une infection à HPV au moins une fois dans leur vie (6). Souvent, les lésions régressent spontanément, dans environ 80% des cas (4). Mais dans d'autres cas, le virus engendre une modification cellulaire qui conduit au développement de cellules cancéreuses plusieurs années après (7).

Parmi les HPV à haut risque oncogène, les plus fréquents sont les sérotypes 16, puis 18, responsables le plus souvent des cancers du col de l'utérus, mais aussi de la vulve, du vagin, du pénis, de l'anus et de l'oropharynx. D'autres HPV oncogènes peuvent être responsables de cancers muqueux lorsqu'ils entraînent une infection chronique, douze au total : HPV 16, 18 mais aussi 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59 (8). Pour exemple, une

étude du centre international de recherche sur le cancer réalisé (CIRC) en 2007 a montré un rôle du HPV dans 30% des carcinomes épidermoïdes de l'oropharynx. Le HPV 16 était majoritaire à 80% (8). Chez la femme, parmi les cancers liés à HPV, celui du col de l'utérus est le plus fréquent avec 500 000 nouveaux cas dans le monde (7). Chez l'homme aussi, le HPV semble jouer un rôle important, dans le cancer du pénis : une revue de littérature publiée en 2008 montre que la moitié des cancers du pénis était due aux HPV 16 et 18 (9). Dans une étude internationale, il est démontré que les HPV 16 et 18 sont présents dans 87% des cas de cancers de l'anus, avec 35 000 nouveaux cas par an dans le monde, répartis de façon quasiment égale entre les femmes et les hommes (avec une prévalence plus haute chez les femmes dans les pays plus développés) (10).

Le HPV est aussi responsable de lésions bénignes, les condylomes, visibles à l'œil nu. Il est montré que 90% de ces lésions contiennent des HPV 6 ou 11, considérés comme à bas risques oncogènes (11,12). Selon le type de condylomes, les lésions siègent à des endroits particuliers : pubis, périnée, ou fourreau de la verge pour les condylomes acuminés, organes génitaux externes ou gland pour les condylomes papuleux, muqueuses plutôt humides chez l'homme (gland, méat urétral) et chez la femme (muqueuse vulvaire) pour les condylomes plans (11).

Pour mieux visualiser le fardeau des maladies à HPV en France pour les hommes et les femmes, l'Institut National du Cancer (INCa) a publié ce schéma récapitulatif (13) :

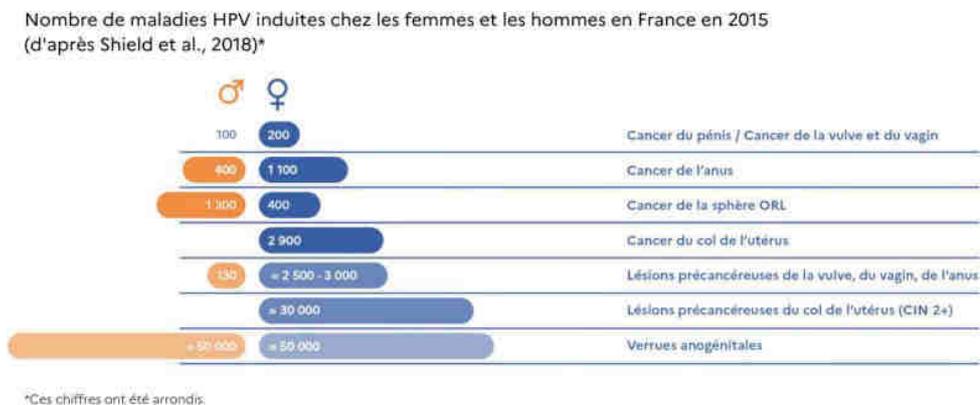


Figure 1: Nombre de maladies HPV induites chez les hommes et femmes en France en 2015. (13)

## **B. La vaccination anti-HPV**

Des travaux de recherches menés par le virologue Harald Zur Hausen dès les années 1970 ont montré le rôle pathogène du HPV, et notamment les HPV 16 et 18 retrouvés dans la majorité des prélèvements biopsiques de cancers du col de l'utérus et de lésions précancéreuses (14). Des travaux ont suivi pour mettre en place deux vaccins prophylactiques.

C'est dans ce contexte qu'en France, la vaccination HPV a été introduite en 2007, avec la commercialisation du vaccin quadrivalent Gardasil®, protégeant contre les génotypes de HPV 6, 11, 16 et 18, puis en 2010 le vaccin bivalent Cervarix® pour les génotypes 16 et 18. Plus récemment, le vaccin nonavalent Gardasil 9® est autorisé à partir de 2018 (génotypes HPV 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58) (15,16). Ce vaccin nonavalent cible 90% des infections à HPV en Europe, ce qui apporte d'avantage de protection par rapport au vaccin quadrivalent (17).

Jusqu'en 2020, la vaccination HPV concernait les jeunes filles de 11 à 14 ans avec un rattrapage vaccinal possible de 15 à 19 ans, ainsi que pour les jeunes immunodéprimés garçons ou filles aux mêmes âges (18).

Le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) a émis dans un rapport en février 2016 un avis favorable pour la vaccination des jeunes hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), se basant sur le fait que les manifestations cliniques étaient plus fréquentes pour cette population, et qu'ils ne bénéficiaient pas de la protection indirecte de la vaccination des femmes lorsque celles-ci étaient peu vaccinées (19).

En effet, une étude réalisée en Italie dans un centre de dépistage des IST à Rome a montré que parmi la population d'hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, 72% des personnes étaient porteuses d'une infection à HPV anal, majoritairement par le génotype HPV 16 (20).

Jusqu'en 2020, selon le vaccin et l'âge de la population cible, le schéma vaccinal était différent, résumé dans ce tableau (18) :

Tableau 1 : Schéma vaccinal selon l'âge et le type de vaccin jusqu'en 2020. (18)

Age du début de vaccination	<u>GARDASIL®</u>		<u>GARDASIL 9®</u>	<u>CERVARIX®</u>
Filles de 11 à 13 ans révolus	M0, M6	Filles de 11 à 14 ans révolus	M0, M6	M0, M6
Filles de 14 ans à 19 ans révolus	M0, M2, M6	Filles de 15 à 19 ans révolus	M0, M2, M6	M0, M1, M6
HSH jusqu'à 26 ans révolus	M0, M2, M6	HSH jusqu'à 26 ans	M0, M2, M6 A privilégier	Non recommandé

A noter que le même vaccin doit être utilisé pour les 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> doses du schéma vaccinal complet (21).

La commercialisation du vaccin quadrivalent Gardasil® s'est arrêtée le 31 décembre 2020. Le Gardasil 9® est actuellement recommandé pour toute nouvelle vaccination contre le HPV (22).

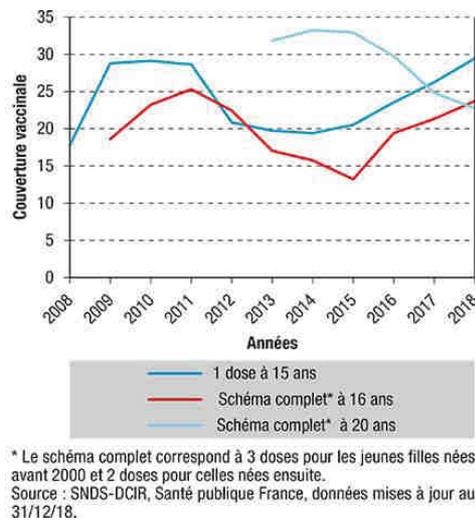
### C. Couverture vaccinale

À ses débuts, la couverture vaccinale des filles contre le HPV en France avoisinait les 30% à la première dose en 2009-2010, pour diminuer ensuite les années suivantes, ce vaccin ayant été l'objet de controverses du fait de la survenue supposée d'effets secondaires graves, comme les syndromes Guillain Barré, les syndromes douloureux régionaux complexes, et les affections neurologiques, relayé par la presse (23).

Une étude française observationnelle réalisée en 2013 auprès de jeunes filles, dont 37% avait reçu le vaccin, montrait des résultats rassurants en termes de survenue de

maladies auto-immunes. Il n'était pas démontré de lien entre vaccination anti-HPV et maladies auto-immunes (24).

Ensuite, la couverture vaccinale a progressivement augmenté, mais ne dépassait pas les 23% de schémas vaccinaux complets en 2018 (16). L'objectif du plan cancer 2014-2019 n'a pas été atteint. Il préconisait une vaccination d'au moins 60% des jeunes filles en âge d'être vaccinées pour une efficacité optimale du programme de vaccination : protection des femmes et protection indirecte des hommes ayant des rapports hétérosexuels.



**Figure 2 : Evolution de la couverture vaccinale (%) du vaccin HPV chez les filles selon le nombre de doses, France, 2008-2018. (16)**

La vaccination anti-HPV chez les jeunes hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH) jusqu'à 26 ans, décidée en 2016, est l'objet de peu d'études chiffrées, la vaccination se réalisant principalement dans les Centres d'Information de Dépistage et de Diagnostic (CeGIDD), du fait notamment de l'accès gratuit au vaccin (25). La Haute Autorité de Santé (HAS) estime un taux de vaccination de la population ciblée d'environ 15% (26). Elle reste peu connue, tant par les patients concernés que par les professionnels de santé. Elle se heurte à certaines difficultés : questions éthiques, égalité d'accès au vaccin compromise (27). En effet, nous pouvons nous interroger sur une vaccination basée sur les pratiques sexuelles : le sujet est encore tabou dans notre société, et la question des pratiques sexuelles est peu abordée en consultation de médecine

générale (27–29). Aucune donnée chiffrée en France n'est disponible pour savoir combien de personnes seraient éligibles au vaccin chez les hommes.

Cette vaccination anti-HPV en France axée sur la vaccination des femmes jusqu'à 19 ans et des HSH jusqu'à 26 ans montre un retard. A l'étranger, dans des pays développés tels que l'Australie ou la Suisse, les taux de couverture vaccinale des filles sont plus élevés (80% en Australie et 53% selon les cantons en Suisse). Pourtant ces pays ont choisi d'inclure les garçons dans les programmes vaccinaux sans distinction des pratiques sexuelles, dès 2013 et 2016 respectivement (17,30).

De plus, de nombreuses études internationales ont démontré l'efficacité de la vaccination anti-HPV sur la réduction des lésions liées aux HPV chez les femmes (31–33), mais aussi chez les hommes bénéficiant de la protection des filles si celles-ci sont suffisamment vaccinées (34).

Or ce n'est pas le cas en France où la couverture vaccinale n'est pas suffisamment élevée. Pour remédier à ce problème, **la HAS a recommandé le 16 décembre 2019 la vaccination HPV universelle, avec 2 doses, aux filles ainsi qu'aux garçons, de 11 à 14 ans inclus, selon les mêmes schémas vaccinaux, puis un rattrapage avec 3 doses, de 15 à 19 ans inclus pour tous** (26).

En cas de couverture vaccinale suffisante, cette mesure aura pour but de freiner la transmission du HPV en population générale, pour améliorer la protection des filles qui ne seraient pas vaccinées. Aussi, les hommes portent un fardeau important des lésions liées aux HPV, et les inclure dans le programme de vaccination permettra de diminuer la charge virale et ainsi mieux les protéger (35).

De plus, dans de nombreuses études, les médecins sont favorables à l'ouverture de la vaccination universelle et voient cela comme un outil facilitateur de proposition et d'acceptation vaccinale (29,36).

Le remboursement du vaccin chez les garçons devait entrer en vigueur dès l'été 2020 mais a été repoussé au 1<sup>er</sup> janvier 2021 du fait de tensions dans l'approvisionnement mondial en Gardasil 9® (37).

Nous pouvons résumer l'évolution des recommandations vaccinales en France et leurs justifications :

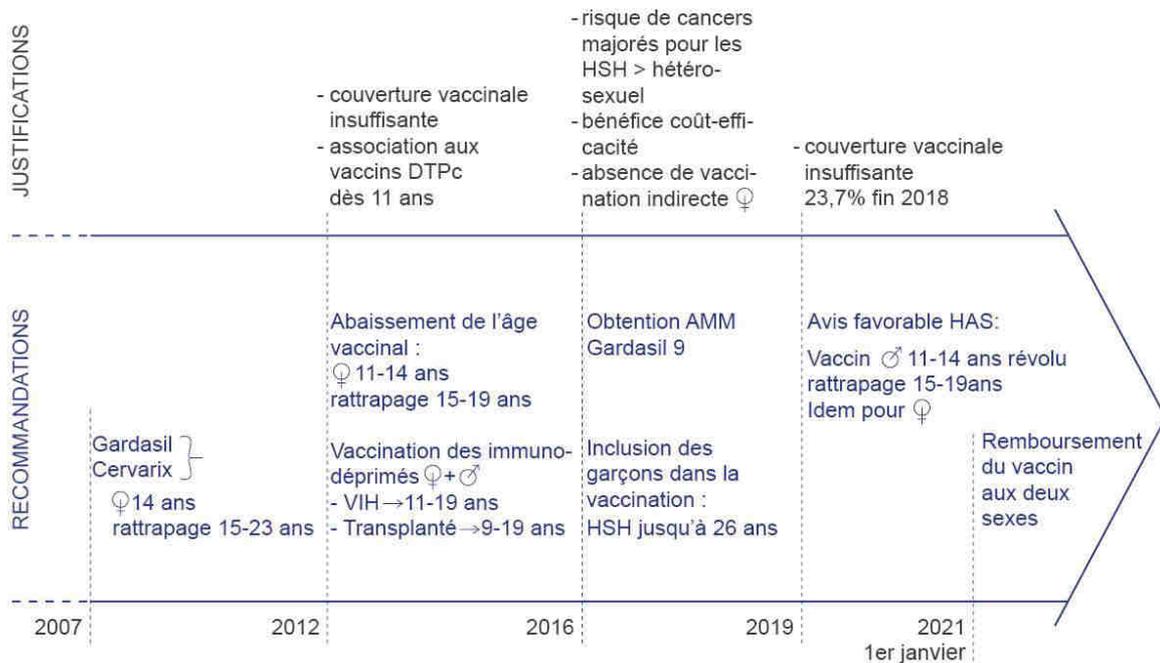


Figure 3 : Historique depuis 2007 des différentes recommandations vaccinales contre le HPV en France, données issues de la Revue du Praticien. (38)

## D. Questions de recherche

Ainsi, en France, la vaccination des filles et des HSH contre le HPV ne rencontre pas le succès escompté, et la couverture vaccinale est bien en deçà des objectifs de santé publique. Dans une société où la « santé de la femme » est enseignée, mais où la « santé de l'homme » n'est pas mise en avant, vacciner les garçons au même titre que les filles est-il un levier positif ?

Dans ce contexte de modification des recommandations vaccinales, nous nous sommes questionnés sur l'acceptabilité de cette mesure, tant par les patients que par les professionnels de santé.

Ce questionnement fait l'objet de deux thèses, menées en parallèle. Notre question de recherche était : quelles sont les représentations de la vaccination anti-HPV et comment vont réagir les patients possiblement concernés par la vaccination HPV des garçons ?

La question de recherche de la deuxième thèse menée par François Xavier Taveneau était : quelle est la perception des professionnels de santé vis-à-vis de l'extension de la vaccination contre le HPV selon les nouvelles recommandations ?

## **II. MATÉRIEL ET MÉTHODES**

### **A. Équipe de recherche**

Lors de l'annonce de l'extension de la vaccination anti-HPV aux garçons en décembre 2019, nous avons créé un protocole de recherche comportant deux thèses menées en miroir, par Louise Buhler ainsi que de François Xavier Taveneau. Les deux thèses sont codirigées par le Dr Antoine Giacomini et le Dr Camille Lepine.

Ce projet de thèse à quatre mains a permis un travail complémentaire étant donné que François Xavier Taveneau s'est intéressé aux réactions des professionnels de santé vis-à-vis de cette nouvelle recommandation.

### **B. Type d'étude**

L'objectif de notre travail était d'explorer les connaissances et les représentations de la vaccination anti-HPV et de son extension aux garçons, auprès d'une population rencontrée en médecine générale. Pour cela, nous avons employé une méthode de recherche qualitative, grâce à des entretiens semi-dirigés, menés selon un guide d'entretien à questions ouvertes (annexe 1), afin de ne pas orienter les réponses du participant (39). Si le participant ne savait pas répondre ou s'il ne comprenait pas la question, des questions de précision et de relance étaient prévues. La trame du guide d'entretien a évolué au cours du temps, afin de préciser au mieux les informations fournies par les participants. Cette analyse a permis de mieux orienter les entretiens (40).

Un ouvrage de référence a été consulté pour élaborer la méthodologie de recherche : « les recherches qualitatives en santé » (41).

## **C. Sélection des participants**

Des annonces par voie d'affichage sur le thème de « la vaccination » ont été déposées dans des cabinets de médecine générale de Strasbourg et ses environs à partir de mai 2020. Les patients étaient informés de l'étude et pouvaient contacter le chercheur directement par mail ou par téléphone, puis un rendez-vous était convenu.

Quatorze personnes ont été incluses dans l'étude.

Le chercheur n'avait pas de lien avec les participants. Ils savaient que le chercheur était médecin généraliste. Par effet boule de neige, un participant pouvait parler de l'étude à une connaissance qui était intéressée pour participer. Le chercheur s'est alors assuré que ce participant n'avait pas eu d'autres informations concernant l'étude. Les participants ne connaissaient pas la question de recherche initialement.

Le public visé était large, afin de recueillir les points de vue les plus différents possibles. Les participants pouvaient être des parents de jeunes enfants ou d'adolescents, filles ou garçons, des jeunes adultes hommes, ou des femmes adultes avec ou sans enfants. Il n'y avait pas de critères d'exclusion notifiés.

L'information et le consentement des participants ont été recueillis à l'oral et par écrit pour la participation à l'étude et l'enregistrement des données (annexe 2 et 3).

## **D. Recueil des données : les entretiens**

Des entretiens individuels ont été réalisés par l'investigateur Louise Buhler, de type semi-directif, afin de laisser une parole libre et ouverte à chaque participant. Les entretiens ont pu se faire soit en face-à-face, le plus souvent dans un endroit neutre choisi par le patient, ou au cabinet médical du lieu de l'annonce, soit par visioconférence, ou bien encore par téléphone si les participants n'avaient pas accès aux appels par visioconférence, au vu du contexte difficile post confinement. Les entretiens se sont déroulés de mai 2020 à décembre 2020.

Des notes ont été prises en cours d'entretien afin de pouvoir proposer d'autres questions de relances au participant, et obtenir des informations au plus près de la réalité.

Les données des entretiens ont été enregistrées à l'aide d'un dictaphone numérique, afin de laisser au chercheur toute son attention au propos en cours. Puis à la fin de chaque entretien, les éléments enregistrés ont été retranscrit par le chercheur à l'aide du logiciel Word® afin de constituer le verbatim.

Nous avons mené les entretiens jusqu'à la saturation des données, c'est-à-dire qu'ils n'apportaient plus d'informations supplémentaires majeures.

## E. Analyse des données

Après chaque entretien, un travail de codage du verbatim a été réalisé manuellement dans un fichier Excel. Dans un premier temps, il s'agissait de donner du sens mot à mot au verbatim initial, en codages ouverts et axiaux. Puis ces codages ont été regroupés par thème plus larges afin de mettre en lumière les phénomènes observés (40).

Voici un schéma permettant d'exposer le cheminement d'idées (42) :

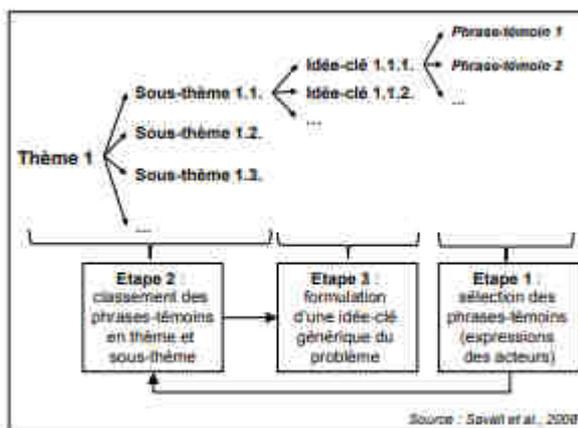


Figure 4 : Analyse des données par arborescence. (42)

Nous nous sommes aidés de la méthode de triangulation des données. Le codage et l'analyse de certains entretiens ont été réalisés avec François Xavier Taveneau, d'autres

avec les docteurs Camille Lepine et Antoine Giacomini, permettant à l'investigateur d'être davantage précis et de bénéficier d'un point de vue différent lors de l'analyse des résultats.

## **F. Démarches réglementaires**

Dans un souci de respect des données qui allaient être collectées, le Délégué de protection des données (DPO) de l'université de Strasbourg a été contacté avant le début de l'étude. Plusieurs mails ont été échangés pour caractériser la recherche, et le DPO s'est assuré de la conformité de la méthode de travail. Notre recherche a été inscrite le 17 avril 2020 par le DPO, sur le registre des traitements de l'Université de Strasbourg sous le numéro 400 : conformité de la MR-004 recherche n'impliquant pas la personne humaine (annexe 4 et 5), ainsi que sur le répertoire public des recherches tenu par l'Institut National des Données de Santé (INDS). L'anonymat des participants a été préservé en appliquant à chaque entretien un numéro d'anonymat qui sera utilisé tout au long du recueil de données. Aucune autre donnée qui risquerait d'identifier le participant n'a été utilisée (les prénoms, lieux signalés dans l'entretien ont été retirés). Il s'agissait d'une étude hors loi Jardé ne requérant pas l'avis du Comité de Protection des Personnes (CPP) (annexe 5).

### III. RÉSULTATS

#### A. Données socio-démographiques

Notre étude porte sur 14 participants, dont les âges sont compris entre 18 et 58 ans, avec une moyenne d'âge de 31 ans. Tous les participants ayant des enfants déclaraient qu'ils étaient à jour dans leur calendrier vaccinal et eux-mêmes se disaient à jour dans leur vaccination.

Plusieurs jeunes adultes ont reçu la vaccination anti-HPV dans notre étude : trois participantes P1, P6, et P13, et deux participants P10, et P12, en cours de vaccination.

Le participant P14 connaît l'existence de cette vaccination grâce à son entourage familial « *j'ai une petite sœur qui a été vaccinée contre ça* ».

Les origines socio-économiques sont diverses. Plusieurs participants sont issus du milieu médical : 2 étudiants en kinésithérapie qui ont participé à la première année de médecine, 1 participante qui travaille pour l'industrie pharmaceutique, 1 aide-soignante, 1 orthophoniste, et 1 étudiant en sciences.

La durée moyenne des entretiens était de 25 minutes.

Ci-contre est présenté un récapitulatif des personnes recrutées et des durées d'entretien.

Tableau 2 : Caractéristiques des participants recrutés.

PATIENT	ÂGE	SEXE	CATÉGORIE SOCIOPROFESSIONNELLE	MILIEU URBAIN / RURAL	STATUT VACCINAL	ENFANTS	STATUT VACCINAL DES ENFANTS	DURÉE ENTRETENIEN
P1	18 ans	F	recherche d'emploi	urbain	à jour + HPV	/	/	7'00
P2	58 ans	F	industrie pharmaceutique	urbain	à jour	5	à jour	8'50
P3	33 ans	F	aide soignante	urbain	à jour	1	à jour	14'05
P4	29 ans	M	mécanicien	urbain	à jour	/	/	19'31
P5	35 ans	M	recherche d'emploi	urbain	à jour	/	/	21'36
P6	20 ans	F	étudiante	urbain	à jour + HPV	/	/	11'11
P7	43 ans	F	orthophoniste	urbain	à jour	/	/	18'33
P8	44 ans	F	cadre	urbain	à jour	/	/	33'29
P9	40 ans	F	commercial	rural	à jour	2	à jour	18'04
P10	19 ans	M	BTS	rural	à jour + HPV	/	/	27'45
P11	35 ans	F	enseignement	urbain	à jour	2	à jour	44'31
P12	25 ans	M	étudiant sciences	urbain	à jour + HPV <i>en cours</i>	/	/	37'00
P13	22 ans	F	étudiante kiné	urbain	à jour + HPV	/	/	46'27
P14	22 ans	M	étudiant kiné	urbain	à jour	/	/	47'56

## B. Représentations à propos de la vaccination en général

### 1. Opinions favorables

#### a) Protection individuelle

Les participants interrogés estiment que les vaccins ont un rôle de **protection contre les maladies graves**, voir **handicapantes**. Un exemple qui a marqué la participante P7 est la poliomyélite dans son entourage.

La participante P13 raconte son expérience : après avoir eu peur d'être atteinte d'une méningite, cela l'a incité à accepter cette vaccination.

Une jeune participante met en avant non pas le rôle préventif mais le rôle curatif d'un vaccin « *pour aller mieux, pour guérir la maladie* » P6.

#### b) Protection collective

Au-delà d'une protection individuelle, la vaccination joue un rôle de **protection à l'échelle de la société entière** : « *les vaccins c'est l'affaire de tous* » P8, « *c'est quand même un enjeu de santé publique parce que c'est soi-même mais aussi les autres* » P7.

Une participante inclut le risque des personnes qui l'entoure pour décider de se faire vacciner ou pas « *si je vivais ou si j'étais une personne à risque je le ferais ; c'est surtout pour protéger les autres* » P12.

Un participant peu convaincu par la vaccination admet « *même si je comprends bien que pour le bien de tout le monde il faudrait être vacciné* » P5.

Quatre enquêtés craignent la **réapparition des maladies** en lien avec une baisse de la couverture vaccinale « *oui il y a avait eu pleins de cas de rougeole une année, les parents ne vaccinaient plus, juste à cause d'une vaccination qui n'est pas faite on peut retrouver une maladie* » P13.

Un exemple fort est la **résurgence de la tuberculose**, qui n'est pas l'apanage des pays en développement « *j'ai réalisé que oui il y avait des gens qui avaient la tuberculose en*

France en 2020, que ce n'est pas parti du tout » P7, « je vois passer (...) de nouveaux cas de tuberculose, le nombre de vaccinés qui réduit et c'est juste quelque chose que je ne comprends pas » P14.

#### **c) Participation de l'individu**

Une participante confère une attitude active au fait d'être vacciné « *si on peut essayer d'être pro actif pour prendre les devants* » P8. Cela reflète le rôle propre d'un individu pour prendre sa santé en main : le fait d'accepter par lui-même la vaccination permet au patient de se donner le pouvoir de décider de sa propre santé, notamment en matière de prévention : « *ça permet d'anticiper* » P4. Il s'agit là de la notion d'« empowerment » ou « responsabilisation du patient » dans le domaine médical.

#### **d) Habitude ancrée**

Trois participants, un de 40 ans et deux de 22 ans comparent la vaccination à une « **routine habituelle** » P8, une « **formalité** » P14, ou bien une « **habitude** » P13 ce qui montre une certaine stabilité dans le temps pour toutes les générations.

D'ailleurs, ce message est véhiculé par les parents dès l'enfance « *ma mère et mon père me disaient "c'est juste pour pas que tu tombes malade"* » P13.

#### **e) Cadre réglementaire dans certaines conditions**

La vaccination permet d'accéder à certaines activités sociales. C'est le cas chez pour la participante P3, lorsque son enfant a dû entrer à la crèche.

La situation est la même pour le **milieu scolaire et universitaire** : « *et donc avec les études...ben j'avais pas trop le choix quoi (...) si on n'est pas à jour ils nous le rappellent* » P13, étudiante en kinésithérapie.

Dans le cadre de son activité **professionnelle**, cette participante s'est fait vacciner contre l'hépatite B, vaccin qu'elle n'aurait pas réalisé dans le cadre civil étant donné qu'il n'est pas obligatoire « *j'étais pompier, j'étais vaccinée contre l'hépatite B* » P9.

Certains participants relient l'obligation vaccinale à la réalisation de certains **voyages à l'étranger** : « *j'avais fait l'hépatite, je ne sais plus lequel était obligatoire, l'hépatite A parce qu'on était allé en Thaïlande* » P10. Une participante n'y voit pas d'objection dans ce cadre là « *s'ils nous demandent des vaccinations supplémentaires pour entrer dans le pays ben voilà je les aurais fait* » P8.

- ⇒ La vaccination est pour nos participants un moyen efficace de protection de la population à l'échelle individuelle mais aussi collective. Ils s'inquiètent quant à la réapparition de maladies lorsque le programme de vaccination n'est pas bien suivi.
- ⇒ Les mesures de vaccinations obligatoires à l'échelle collective (crèches, formations, voyages) sont plutôt bien acceptées.

## 2. Opinions défavorables

### a) *Mauvaise expérience*

Une mauvaise expérience vécue personnellement peut conduire à refuser un vaccin plus tard, comme le vaccin antigrippal « *comme par hasard l'année où je l'ai pris et bien je suis tombé malade bien comme il faut !* » P2.

**L'entourage** peut aussi jouer un rôle défavorable, un participant en parlant de son amie « *ben elle a été vaccinée par rapport à ça et quelques mois après à cause du vaccin elle a eu le...heu l'espèce de tumeur* » P5.

Le souvenir d'un scandale sanitaire revient de façon récurrente dans nos entretiens. Il s'agit de la polémique concernant la campagne de vaccination contre l'hépatite B « *dans les années 90 quand ils ont lancé la grosse campagne de vaccination hépatite B (...) après ils ont freiné parce qu'il y avait des personnes qui ne réagissaient pas bien* » P8. La participante P9 n'a pas terminé son cycle vaccinal « *je n'ai pas fait les rappels une fois que je n'étais plus pompier parce qu'on m'avait dit qu'il y avait des risques niveau santé* » P9. Elle n'a pas précisé sa source d'information.

### **b) Le geste**

Le mot « piqûre » est récurrent lorsque les enquêtés parlent d'un vaccin, et cela peut être une source de crainte, décrit de façon péjorative, probablement en lien avec la douleur « *je me souviens que ça m'avait fait mal à la fesse pendant 3 jours* » P14.

Une participante relativise, en mettant en avant le côté bénéfique malgré tout « *une piqûre tu vas peut être pas apprécié sur le coup mais au moins t'es tranquille* » P13.

Il est intéressant de noter que ces notions sont les seuls effets secondaires à court terme mentionnés par les enquêtés.

### **c) Doute autour de la composition du vaccin**

Certains participants disent ne pas connaître la composition d'un vaccin, ce qui constitue une source d'inquiétude : « *je suis partagé quand même parce qu'on nous injecte quand même du virus* » P5. Une jeune participante s'interroge « *c'est bizarre qu'on nous injecte la maladie* » P1. Un participant amalgame un vaccin avec de la science fiction « *le côté on t'injecte **quelque chose**, un peu comme dans certains films où on t'injecte un poison* » P14. D'autant que les vaccins seraient administrés à des enfants en bas âge sans connaître leur composition « *on lui injecte **quelque chose** quand même* » P14. Ce terme « quelque chose » utilisé par ce participant à plusieurs reprises marque un doute de sa part quand à la composition réelle du produit vaccinal, ce qui peut majorer son inquiétude.

Une participante souligne que le **profit** pour les firmes pharmaceutiques grâce aux vaccins peut faire la controverse « *il y a du sulfate d'aluminium pour que ça coûte moins cher* » P8.

Parallèlement à une carence en informations de certaines personnes, la participante P7 met en cause « *la méconnaissance et l'obscurantisme* » des personnes qui seraient opposées à la vaccination, sous-entendant un clivage dans la société, avec les « pros » et les « antis ».

Chez nos participants, y compris ceux étant favorables, la **peur des effets secondaires à long terme** est récurrente. Un participant qui a réalisé un vaccin récemment s'interroge « *après on verra, peut être qu'on n'a pas encore trouvé des effets secondaires des années après, c'est juste des interrogations* » P10.

En parlant d'« effets secondaires », les participants évoquent la survenue de maladies à proprement parlé « *il y en a beaucoup qui se sont fait vacciner et qui ont eu des maladies des années après* » P5. « *Il y avait un vaccin pour je ne sais quelle maladie qui avait déclenché des cancers des années après* » P10. Ces deux participants n'ont pas su plus développer précisément leur propos lors des questions de relance de l'investigateur.

### 3. Les conditions de confiance

#### a) Sécurité vaccinale

La sécurité vaccinale est un élément important pris en compte par les participants. Nous observons que les vaccins commercialisés depuis plusieurs années ont tendance à bénéficier davantage de confiance par rapport aux vaccins sortis depuis peu sur le marché.

La confiance se porte aussi dans la recherche scientifique, qui est longue, avant de pouvoir commercialiser un vaccin. Un autre participant fait confiance à l'esprit scientifique « *si ça a été fait par des scientifiques c'est que c'est bien fait* » P12.

#### b) Efficacité vaccinale

Cette notion est très importante aux yeux des participants, qui **ne se risqueraient pas à un vaccin non efficace**. C'est le cas pour le participant plutôt réfractaire aux vaccins qui tempère son propos « *si on me dit voilà minimum 90% ça protège, alors je signe direct* » P5. S'il connaissait les pourcentages d'efficacité du vaccin, son opinion pourrait évoluer. Pour lui, un vaccin n'est pas utile s'il existe encore un fort risque de développer une maladie malgré la vaccination.

### c) *Prise en compte de la balance bénéfice / risque*

Il est intéressant de constater que certains participants ont intégré la notion de balance **bénéfice / risque** d'un vaccin : « *Quand on regarde la balance, elle est plutôt positive* » P14. Une participante donne aux vaccins un caractère rassurant lorsqu'il est réalisé sur le plus grand nombre. Une participante préfère se faire vacciner selon les recommandations générales plutôt que de risquer d'être malade « *au vu des risques qu'il y a quand on n'est pas vacciné je peux être que pour* » P9.

## 4. Notion de temporalité

### a) *Une problématique infantile*

Un lien récurrent est soulevé dans nos entretiens entre vaccination et enfant « *depuis que j'ai des enfants on fait beaucoup plus attention à ce suivi là* » P11. Dans l'esprit collectif, on vaccine de plus en plus tôt « *tout bébé* » P3, ce qui peut être un facteur d'inquiétude pour les parents.

### b) *Décision vaccinale parentale*

Ainsi, la vaccination des enfants suggère un choix et un accord des parents, comme deux participantes et maman d'enfants « *en attendant c'est moi qui choisi enfin c'est comme ça que ça marche* » P2. Les jeunes participants ont le même sentiment, de ne pas avoir eu le choix de se faire vacciner « *j'ai été vacciné quand j'étais petit juste je n'avais pas le choix à ce moment-là* » P5.

### c) *Désintérêt des adultes*

Ainsi, les adultes expriment un **manque d'implication** envers les vaccins « *ça me passait au dessus, j'avais d'autres priorités que les vaccins* » P11. Une participante fait un lien entre vaccins et enfants « *je suis adulte donc je ne suis plus vraiment dedans, je n'ai pas d'enfants donc c'est quelque chose que je n'ai pas suivi* » P7.

Ainsi plus tard, les enfants devenus adolescents se soucient moins de la vaccination, et comme les adultes cela n'est plus une priorité « *je suis jeune alors se faire vacciner c'est*

*pas une priorité on va dire* » P10. Une jeune participante souffle « *pour les enfants oui surtout c'est pas mal, après à un certain âge...pff* » P1.

- ⇒ Les adultes apparaissent peu impliqués dans la démarche de vaccination pour eux-mêmes. Ils considèrent que la vaccination est une question relative à l'enfance, et c'est bien le parent qui décide pour son enfant.
- ⇒ Ceci soulève la question de l'adolescence : quelle place pour les adolescents dans le processus de choix ?

## C. Le HPV

### 1. Analyse linguistique

Il paraissait tout d'abord intéressant de retranscrire les termes utilisés par les patients pour parler du papillomavirus. De premier abord, nous remarquons que des participants ne sont pas à l'aise pour exprimer le terme en entier, une participante coupe le mot en « *papillo* » signifiant une hésitation de sa part, une autre répète avec un pronom démonstratif « *ce papillomavirus* ». Le terme semble difficile d'accès et mis à distance par les participants, sauf pour ceux qui en ont déjà entendu parler, où l'on remarque dans l'intonation de voix qu'ils sont à l'aise.

Ensuite, pour désigner la lésion que pourrait provoquer le HPV, beaucoup s'accordent sur le terme « *cancer* ». Un autre, voulant désigner un effet à long terme du vaccin utilise « *une espèce de kyste / espèce de tumeur* ». Une patiente touchée par le HPV parle de « *cellules anormales* ». Lors de sa prise en charge médicale, les contrôles étaient réalisés pour vérifier qu'il ne restait pas « *quelque chose* » P11.

Deux garçons, P10 et P14 ont utilisé le terme « ça » en parlant des lésions provoquées par le HPV. Cela peut montrer un certain détachement de la part des garçons, peut être moins sensibilisés que les filles à cette pathologie.

Une seule participante, l'ayant elle-même réalisé a réussi à nommer le vaccin HPV « *Gardasil®* » au cours de l'entretien.

## 2. Carences des connaissances

Le chercheur ayant demandé aux participants ce qu'était pour eux le papillomavirus, quatre participantes ne savaient pas répondre d'emblée : deux femmes « *c'est quoi ça ? ça ne me dit rien* » P2. Deux jeunes filles se disent vaccinées contre le papillomavirus, mais ne savent pas expliquer davantage « *c'est une bactérie je crois* » P6.

La participante qui à première vue ne connaît pas le papillomavirus adapte son discours « *j'en ai entendu parler, je ne sais pas exactement ce que c'est mais de nom je vois* » P3. Elle reste très vague.

« *Je ne sais plus à quelle partie du corps, organe ce serait lié* » P8. Un garçon pose l'hypothèse vaguement « *on a peut être évoqué le sujet en SVT à la limite* » P14.

## 3. Le papillomavirus, considéré comme à risque pour la santé

### a) *La vaccination anti-HPV, une affaire de femmes*

Une notion redondante auprès de nos participants est l'idée que **la vaccination HPV est une affaire de filles** « *C'est un vaccin qui se fait chez les adolescentes* » P8.

Une participante s'étonne qu'elle ne connaisse pas ce vaccin, et l'explique « *j'ai deux garçons alors c'est peut être pour ça* » P2. La jeune participante P1 indique que c'est un vaccin qui se fait chez les filles, mais pas exclusivement, ce qui sous-entend une porte ouverte à la vaccination des garçons.

Une participante se souvient des débuts de la vaccination anti-HPV, et s'en tient là « *j'en ai entendu parler il y a une vingtaine d'années lorsqu'il était question de vacciner les jeunes filles* » P7.

### b) *Pathologies cancéreuses*

Deux enquêtés supposent un lien entre HPV et **un risque de cancer**, « *je ne suis pas du tout sûr que ce soit en rapport avec des lésions cancéreuses* » P8. Un participant s'avance « *je ne sais pas si on peut en mourir mais peut être développer un cancer à risque* » P4.

Le risque de cancer est **attribué aux femmes surtout** « *c'est plus pour les femmes je dirais, c'est pas être mysogyne (...); il y a un cancer très à risque chez les femmes c'est le cancer du col de l'utérus* » P4. Une participante connaît dans son entourage « *ma mère a beaucoup d'amies (...) elles ont toutes eu un cancer ben dû au papillo* » P13. La participante P6 est la seule à nommer le vaccin « *j'en avais fait un pour empêcher le cancer du col de l'utérus, c'était le Gardasil®* » P6.

Un participant parle uniquement des conséquences graves chez les femmes « *c'est hyper néfaste, c'est chez elles que apparemment c'est grave* » P14. Les conséquences chez l'homme sont donc très peu évoquées et connues. Seul le participant P12 évoque le cancer anal, plus à risque chez les HSH. Il s'agit du participant qui a évoqué de façon spontanée le fait qu'il ait des relations sexuelles avec des hommes, il semble donc davantage sensibilisé au sujet.

La sphère génitale n'est pas seulement touchée, une participante le mentionne « *je dirais cancer de la gorge* » P7. Un autre participant, vacciné, évoque le risque chez les hommes de « *cancer de la gorge et des ganglions* » P10, mais ne saurait pas dire exactement, et pour la femme « *c'est un peu pareil* ».

### **c) Infection génitale**

#### **➤ Conséquences post chirurgicales : risque de mutilations**

Les conséquences chirurgicales d'une infection à papillomavirus sont évoquées par deux femmes « *j'étais devenue grossesse à risque à la suite de la cautérisation* » P11.

Cela a fait réfléchir une participante « *une bonne amie à ma mère a eu une hystérectomie à 29 ans (...) je m'étais dit que ça peut être impactant derrière* » P13. Elle a été ainsi vaccinée à l'adolescence.

#### **➤ Infection sexuellement transmissible**

##### **- Modes de transmission sexuelle**

De nombreux participants qui avaient connaissance du papillomavirus ont réussi à le catégoriser comme étant une IST « *c'est une maladie sexuellement transmissible, ben ça doit être assez contagieux pendant un rapport sexuel* » P4.

Deux participantes ont une information supplémentaire quant au mode de transmission : « *c'est pas forcément avec un rapport, par exemple sur les doigts, sur la peau, c'est pas uniquement par la pénétration que ça se transmet* » P13.

La participante qui a évoqué le risque de cancer des voies aériennes supérieures est allée au bout de son idée avec la **possible transmission par voie orale** du virus.

D'autres participants ne connaissaient pas le mode de transmission du HPV, comme P6, qui a été vaccinée plus jeune.

Au fil de l'entretien et en discutant du HPV et son risque de cancers génitaux, certains participants comprennent par eux-mêmes la transmission sexuelle, ce qui semble les perturber, notamment pour cette femme ayant été prise en charge pour une infection à HPV : « *j'en tombe des nues que vous me disiez ça, moi je me disais juste voilà quoi...j'ai pas eu beaucoup de partenaires dans ma vie !* » P11. Un homme semble inquiet quant à la transmission du HPV, et questionne le chercheur « *si une femme l'a eu et que j'ai eu des rapports sexuels avec, je peux l'attraper ?* » P5.

#### - Amalgame avec le VIH

- Comparaison avec le VIH

La notion d'IST fait écho à l'infection VIH : il peut y avoir confusion « *c'est comme le Sida ? Un dérivé, un sous ensemble ?* » P4. Un jeune participant remarque qu'en matière de prévention, le virus du Sida était majoritairement mis en avant à l'école, au détriment des autres IST « *le Sida c'était vraiment à la mode* » P10.

- Prévalence

Ainsi, la prévalence du HPV serait sous-estimée par un participant, qui estime que les IST seraient **plus répandues dans les pays en développement** « *je pensais aux pays*

*sous développés comme l'Afrique quoi* » P4. Il sous-estime la prévalence du papillomavirus en France, l'estimant à 10% de la population.

- Quel moyen de protection ?

Une conséquence de cet amalgame serait de **penser à tort que le préservatif protégerait à 100% de toutes les MST**. Ainsi la participante qui ne connaissait pas le caractère sexuellement transmissible de l'infection à HPV s'étonne « *euh moi je mettais tout le temps le préservatif* » P11. La participante P7 pensait aussi que le préservatif protégerait du HPV « *oui parce qu'il n'y a pas de contact cutanées et du coup ça protège* » P7. Le participant non favorable aux vaccins s'inquiète sur le risque de développer la maladie « *même si on le fait avec un préservatif ?* » P5.

#### 4. Un vaccin sexualisé : les facteurs à prendre en compte

##### a) *L'âge des premiers rapports sexuels*

Pour la plupart des participants, le vaccin HPV est **lié au début de la vie sexuelle** de l'adolescent. Lorsque le chercheur demande à savoir vers quel âge peut être fait le vaccin, aucun participant n'énonce la tranche d'âge 11-13 ans. Beaucoup donnent l'exemple arbitraire de 14 ans et après. « *Avant les premiers rapports ça c'est sûr* » P13. Le participant P14 concède que le vaccin est plus efficace avant le début des rapports mais qu'il peut être fait après. Une maman ne voit pas l'intérêt de faire le vaccin trop tôt à sa fille « *quand elle aura l'âge d'avoir des rapports alors elle pourra le faire* » P3.

##### b) *La mauvaise qualité de l'éducation sexuelle ?*

###### - **Les bases de l'éducation sexuelle : quel rôle pour les parents ?**

Parler du papillomavirus entraîne inévitablement le sujet de l'éducation sexuelle. Pour les parents interrogés, nous remarquons qu'ils auraient plus de difficultés à parler d'une vaccination avec leur enfant en lien avec la santé sexuelle. Une maman préfère « *qu'elle en parle avec la gynéco, avec moi c'est intime* » P3. « *On est encore dans une société où c'est pas un sujet facile à aborder pour les parents d'autant qu'il y a beaucoup de tabous* » P8.

Du côté des plus jeunes participants, le constat n'est pas le même, et ils sont la plupart du temps dans une famille à l'écoute « *Ma mère m'a expliqué que voilà ça arrive pendant les rapports sexuels* » P13 ; « *Dans ma famille on a pas trop peur du tabou, du coup je suis à l'aise pour parler de pleins de sujets* » P13.

Un autre participant ajoute « *avec mes parents je n'ai pas de problèmes particuliers, (...) il suffit de se poser, d'en discuter calmement* » P10.

Pour un jeune enquêté, l'éducation sexuelle devrait faire partie de l'éducation parentale à proprement parlé « *c'est du côté des parents qu'ils doivent faire un effort, c'est pas aux enfants de se dire je prend mon courage à deux mains et allé j'en parle à mes parents* » P14. Pour lui, la relation parent-enfant devrait être suffisamment équilibrée pour arriver à aborder le sujet. En effet, il remarque dans son entourage que des amis n'arrivent pas à en discuter avec leur parent, ce qui reflète une certaine inégalité entre les jeunes : ceux qui auront accès à l'information et la discussion, et d'autres non, ce qui pourrait être une perte de chance pour eux.

Le tabou semble s'amoinrir dans notre société au fur et à mesure du temps « *les jeunes moi ils me choquent (...) de ma génération c'était tabou en fait. Les jeunes sont assez dégourdis* » P11, d'autant que les adolescents s'informent beaucoup entre eux aussi.

#### - **L'éducation sexuelle : quel rôle pour l'école ?**

L'éducation parentale en matière de santé sexuelle ne serait pas prioritaire pour certains participants, beaucoup attribuent un rôle à l'école en termes d'éducation sexuelle.

Pourtant, au fil de l'entretien, les plus jeunes participants se rendent compte des carences d'informations au cours de leur cursus scolaire, et **n'ont pas retenu grand-chose à propos de la prévention des MST** « *On nous en a parlé mais j'ai l'impression que c'était à la va-vite* » P4.

Une participante s'est retrouvée mal à l'aise lors de ses cours et aurait aimé plus de diversité dans un discours présenté comme **hétéronormé** « *c'était malaisé, et ils nous*

*parlaient que des rapports hommes-femmes (...) à côté de ça on ne parle pas d'amour, de sentiments » P13.*

Un participant s'étonne que des camarades de classes n'avaient pas les bases « *les quatre ne savaient pas qu'on pouvait chopper le Sida et des IST avec des rapports oraux. Alors oui c'est à revoir » P12.*

Un seul participant a eu l'impression que les cours d'éducation sexuelle étaient plutôt une forme de répétition lassante « *franchement on a eu pas mal d'interventions pour nous rabâcher les mêmes choses » P14.* Nous remarquons que l'apprentissage était probablement pénible pour lui mais au final le message est passé « *c'est hyper important de le répéter tout le temps pour que le jour J on se dise (...) y a peut être de bonnes raisons pour qu'elle me l'ait répété pendant 10 ans » P14.*

### **c) La religion**

Trois participants ont soulevé la problématique de la religion, qui peut peser dans la balance lors du refus de ce vaccin en particulier. L'exemple a été la communauté des témoins de Jéhovah « *je me demande si par raisons religieuses elle n'aurait pas fait vacciner ses enfants (...) cette personne m'a déjà montré son obscurantisme » P7.*

Un participant éduqué dans les valeurs de l'Islam l'explique « *on ne demande pas d'avoir des relations hors mariage, cela évite d'avoir des maladies » P4.* Ainsi, nous pouvons comprendre par ce raisonnement le refus de certains parents lors de la proposition de ce vaccin, refusant de voir que l'adolescente ou l'adolescent pourrait avoir une vie sexuelle et amoureuse : ils pourraient craindre que le vaccin soit un « encouragement » pour leur adolescent à avoir des rapports, car il se sentirait protégé.

Le seul participant connaissant la recommandation de la vaccination HPV chez les HSH souligne « *dans la religion c'est pas bien vu d'être homosexuel » P12.* Se faire vacciner pour un HSH impliquerait de dévoiler son orientation sexuelle que la religion ne cautionnerait pas.

Lui-même ayant été dans une école dite catholique, il estime n'avoir pas reçu un enseignement large, et n'a pas été informé des possibilités de vaccination anti-HPV. Le tableau décrit est sans appel : « *le seul truc que j'ai retenu de ma scolarité c'est que le mec l'avait choppé (le Sida) parce qu'il était gay* » P12.

#### **d) Charge mentale pesant sur les femmes**

##### **- La problématique du HPV invisible chez les hommes**

Deux participants hommes P14 et P4 savent que les hommes peuvent contracter le virus mais minimisent le risque « *je crois que nous aussi on peut l'avoir, mais c'est pas très nocif pour nous* » P14. Ainsi ils justifient le fait que **les garçons n'ont pas besoin d'être vaccinés**. Les conséquences chez l'homme ne sont pas connues, ce qui rendrait le vaccin chez eux inutile.

Deux autres participantes femmes indiquent ne pas avoir du tout pensé aux pathologies masculines, pourtant elles connaissent le facteur de transmission sexuelle « *je ne pensais pas aux hommes ; je les avais complètement occultés du sujet !* » P7.

##### **- Le suivi médical des enfants est souvent attribué aux mères**

Nous remarquons une tendance dans nos entretiens, où **les pères sont moins présents dans la démarche de soins de leurs enfants**. « *je ne suis jamais allé chez le médecin avec mon père, si une fois en urgence* » P13.

Cette constatation est probablement en lien avec la charge mentale des femmes « *c'est vrai que ma mère était beaucoup plus disponible que mon père à l'époque* » P13. Ce jeune participant exprime le poids que cela peut représenter pour une mère « *non, non, ça c'était ma mère qui s'y collait !* »

##### **- Les hommes adhèrent moins à la prévention et au suivi**

Il existe une idée générale que **les hommes seraient moins demandeurs de soins**, que ce soit d'un point de vue féminin ou masculin « *il va chez le médecin seulement quand il*

*est malade comme un chien » P14. « Les hommes ils ont plutôt tendance à attendre, à repousser » P8.*

- ⇒ La vaccination anti-HPV est victime d'un amalgame avec sa dénomination de « vaccin contre le cancer du col de l'utérus », signifiant de façon erronée aux patients que seules les femmes seraient impliquées.
- ⇒ Le vaccin anti-HPV pose de multiples questionnements liés notamment au tabou de la sexualité. Les freins à la vaccination relevés par nos participants peuvent se trouver soit au niveau de l'éducation sexuelle par les parents, inégale selon les familles, soit au niveau de l'éducation sexuelle à l'école jugée non optimale. La présence de la religion, dans le milieu parental ou même scolaire, semblerait être un frein dans la promotion de la vaccination anti-HPV.

## 5. Sources d'informations

### a) *Les professionnels de santé*

Les femmes interrogées connaissent l'existence du papillomavirus et de son vaccin grâce aux moyens mis en place en salle d'attente « *affiches chez le gynéco que j'ai vu là-bas* » P9. Le HPV est aussi connu lors du frottis cervico vaginal, réalisé en pratique courante de prévention « *j'ai dû l'entendre quand j'ai fais un frottis avec le gynécologue* » P3.

Une seule participante P13 donne un rôle possible aux sages-femmes, qui peut communiquer sur le vaccin en même temps que la contraception.

Le médecin traitant porte un rôle majeur pour l'information et la communication auprès des patients, et **les patients attendent beaucoup** de lui.

Ainsi neuf participants confèrent une confiance totale au médecin traitant, et son information prime sur toutes les autres. « *Je m'en remet entièrement à mon médecin* » P8. « *J'ai une médecin généraliste que je connais hyper bien, on a une relation de confiance* » P14. « *Le médecin, il a fait beaucoup d'études pour en arriver là, j'aurais plus cru le médecin que n'importe qui d'autre* » P10.

Une jeune participante, après avoir cherché des informations sur internet, fini par dire « *je préfère aller chez le médecin pour avoir un avis sûr* » P6.

Il est vu comme un conseiller « *je me demande si je n'ai pas de petits rappels à faire donc j'en parlerai la prochaine fois à mon médecin traitant* » P7.

### ➤ **Problèmes soulevés**

Deux patients sont étonnés que la vaccination ne soit pas proposée ou discutée par le médecin généraliste lors d'une consultation habituelle : « *en général c'est moi qui demande si j'ai pas de rappels, parce que le médecin il pense quasiment jamais à me demander* » P12.

Un patient explique cela en mettant en avant le fait que le temps de prévention se fera au détriment du temps du soin en consultation et que les patients consultent par nécessité « *on va consulter si on l'a, mais si on ne l'a pas on ne consulte pas* » P4. Cette constatation fait malheureusement écho à une **perte du rôle de prévention du médecin traitant**. « *On nous parle de faire des frottis par rapport au cancer du col de l'utérus mais on nous parle pas de vaccination. C'est dommage.* » P3, « *en dehors d'être médecin c'est un travail en plus* » P4. Le médecin n'aurait pas le temps, et le patient consulte pour du soin, et non pas de la prévention.

Ils regrettent parfois un **manque de communication de la part des médecins** : « *on nous parle plus trop comment, pourquoi, c'est un vaccin et c'est tout* » P1. Une autre participante qui a un antécédent de HPV, nous dit avoir compris sa pathologie seulement des années après sa prise en charge, sa gynécologue a toujours utilisé le terme « *cellules anormales* », pour ne pas l'inquiéter.

Cela étant, cinq enquêtés remarquent justement que le médecin pourrait être une **source d'influence**, en positif tout comme en négatif : « *si le médecin maintenant va me dire ouais t'en a pas besoin, ben je le fais pas* » P14. « *Il y a des médecins qui sont pour ou contre les vaccins, et qui vont nous le dire. Et ça, ça pourrait m'influencer* » P1. Les patients

acceptent d'avantage lorsque le médecin les y invite « *si le médecin m'avait dit il y a ces vaccins, il faut faire ces vaccins, j'aurais fait quoi* » P2.

### **b) Les médias**

La télévision a diffusé des campagnes de publicité sur le HPV « *à l'époque j'avais vu à la télé ils avaient dû lancer des campagnes* » P8. « *J'ai regardé des reportages à la télé* » P4.

Une jeune participante voit aussi les réseaux sociaux comme un levier positif, pour en parler davantage entre adolescents « *ce serait bien d'avoir des témoignages sur internet de filles et de garçons pour aller se faire vacciner, pour quelles raisons ils se sont fait vacciner* » P13.

#### ➤ **Problèmes soulevés**

##### **- Des scandales qui inquiètent**

Une participante concède « *c'est vrai que parfois ça peut inquiéter par rapport à ce qu'on entend en scandales* » P3. Elle visait les médias en général.

##### **- Manque de confiance**

« *Je suis partagé quand même quand je regarde sur internet* » P5.

Une patiente reste critique « *la télé c'est pas ce qui se dit sur BFM et tout ça...ça inspire rarement confiance* » P13.

Dans les médias, les avis de spécialistes ne sont pas au premier plan « *c'est-à-dire quand on parle d'un vaccin dans un débat télévisé, c'est pas deux journalistes qui parlent, c'est des scientifiques qui viennent en parler et qui font un effort de vulgarisation correcte* » P12.

##### **- Mouvement « anti-vax » qui pourrait être utile ?**

Un participant met en avant le fait que internet peut véhiculer beaucoup **d'idées négatives** « *il y a tout un mouvement anti-vaccin sur internet ; c'est globalement une*

*méfiance générale de la population depuis 10-20 ans* » P14. Malgré cela, pour lui, les personnes qui sont les plus entendues sont une minorité *« c'est souvent comme ça sur internet, on entend les avis contre, il y a une petite minorité bruyante et ça fait plein de bruit »* P14. Une autre jeune estime que même en **parler de façon négative permet de parler du sujet** *« généralement sur les réseaux, la vaccination engendre des polémiques mais cela entraîne de la visibilité »* P13.

#### - **Tri nécessaire dans les informations**

Cela permet aux enquêtés de rester **très critiques** *« des fois on peut voir de belles bêtises sur internet »* P13. *« Après sur internet le problème c'est qu'on trouve de tout et n'importe quoi »* P10. Nous remarquons que les patients qui gardent **cet esprit critique sont davantage favorables aux vaccins**. Mais cela implique de faire un tri parmi les informations *« vous vous rendez compte en tant que citoyen on allume la télé et on entend des avis contraires ! »* P5.

#### - **Invisibilité de la vaccination anti-HPV**

La faible connaissance de ce vaccin HPV par les patients nous indique qu'il existe peu de communication. Déjà au tout début de la vaccination *« on ne m'a jamais parlé de ce vaccin, est-ce qu'en 2007 ça se faisait ? je ne sais pas »* P11. Cette patiente sous-entend que sa gynécologue ne l'a pas informée du vaccin, étant donné que c'est elle qui l'a suivie. Dans sa prise en charge de sa pathologie HPV, le généraliste n'a pas eu sa place, elle ne l'a pas mentionné au cours de l'entretien.

Et même ensuite : *« Pourtant je suis internet mais c'est vrai que ça on ne le voit pas trop circuler »* P9. *« C'est pas très mis en avant j'ai l'impression »* P13.

#### **c) L'école**

Pour toucher les jeunes et leur permettre de s'informer sur la vaccination HPV, sept participants mettent en avant le levier de l'éducation avec le rôle de l'école *« il faut tout de suite intervenir au sein de l'éducation, à l'âge où on se pose des questions vers 12-13 ans*

*jusqu'à l'âge adulte » P4. Une maman sépare les rôles « à l'école il faudrait en parler aux enfants, les parents ce serait plus le médecin » P3. D'autant qu'à l'heure du numérique, les moyens pour toucher les jeunes sont multiples, et moins limitant que lors de sessions d'informations en présentiel : « ça devrait être un peu plus avenant, maintenant on peut faire de la visio, il y a des sites où les profs peuvent recenser les questions » P13, plutôt que de craindre de « poser une question en se disant j'aurai l'air con ».*

Un participant regrette « *en cours on n'en parle pas assez ou dans les écoles. Qu'est-ce qu'un vaccin, à quoi il sert et quels sont les effets » P10.*

#### **d) Les parents et cercle amical**

Il ressort des entretiens que les **parents ont joué un rôle bénéfique** pour les participants vaccinés contre le HPV « *Je ne me suis pas plus renseigné parce que mon père l'avait fait (...), il travaille dans le médical » P10.*

Le milieu éducatif est plus propice aux échanges comme le souligne trois enquêtés, par rapport à un milieu parental où les jeunes peuvent ne pas trouver un dialogue « *pour ceux qui ont pas la chance d'avoir des parents ouverts, en parler en cours ce serait une bonne chose vu que tout le monde passe à l'école » P10, « les adolescents c'est une catégorie d'âge particulière, s'ils n'osent pas en parler avec leurs parents alors il y a les copains, les copines » P8.*

#### **e) Le carnet de santé**

Un élément important auquel des participants sont attachés est le **carnet de santé**. Pour eux, il s'agit d'un support important et fiable. Au cours d'un entretien, la participante P13 a spontanément regardé dans son carnet de santé, car elle se sentait perdue dans ses explications à propos des vaccins.

Il s'agit à la fois d'une **interface de communication** entre le médecin et les parents, et un moyen d'information des parents et des jeunes : « *le carnet de santé je suivais, je voulais quand même comprendre et surtout quand j'allais au médecin sans ma mère » P14, « je suis*

*toujours en train de regarder dans le carnet de santé de mes enfants pour savoir s'ils sont à jour* » P11.

- ⇒ Le médecin traitant possède un rôle fort d'information de ses patients. Dans notre étude, ils attendent beaucoup de lui, et regrettent de ne pas être plus informé de cette pathologie. Il apparaît que si le médecin traitant n'aborde pas ce sujet, ou s'il est contre la vaccination anti-HPV, alors les participants ne semblent pas se faire vacciner.
- ⇒ Les sources d'informations peuvent être multiples et pas toujours fiables (télévision, internet), il est donc nécessaire que les patients puissent faire le tri. En ce qui concerne la vaccination HPV, l'école peut être un bon support d'information pour les jeunes, qui ne pourraient pas tous parler librement du sujet avec leurs parents, réduisant ainsi les inégalités d'accès à l'information.

## **D. Le HPV et ses recommandations vaccinales**

### **1. Impact des recommandations antérieures toujours ancrées**

La vaccination anti-HPV est pour l'instant largement reliée aux filles, et les patients gardent pour repère « l'adolescence ». La date limite est le moment où peut débuter la vie sexuelle. Il est intéressant de noter que seuls les participants vaccinés contre le HPV mentionnaient un délai entre les doses vaccinales requises, autrement la durée d'un cycle vaccinal n'est pas mentionnée. Les anciennes recommandations sont toujours ancrées, avec une vaccination conditionnée par le début d'activité sexuelle, qui fait repousser l'échéance du vaccin par les parents.

Cela a conduit à des pertes de chance : « *C'était ma gynéco qui m'en avait parlé mais ce n'était pas pertinent de le faire à ce moment-là* » P7. Ainsi cette participante explique qu'elle était hors recommandation pour le vaccin HPV au début de la campagne de vaccination étant donné qu'elle avait déjà eu des rapports sexuels.

## 2. Vaccination des HSH

### a) *Méconnaissance de cette recommandation vaccinale*

Au cours de l'entretien, la notion de la vaccination chez les HSH a été introduite par l'enquêteur. Aucun patient ne connaissait cette recommandation vaccinale, y compris le participant P9, vacciné à 19 ans.

Seul le participant P12 avait déjà entendu cette information, de façon fortuite pendant une consultation chez un médecin, qui savait son orientation homosexuelle. Il voulait savoir si une vaccination était nécessaire pour lui. Il se rend compte que peu de personnes dans son entourage sont sensibilisées « *J'ai pleins d'amis gays (...) je leur ai parlé du vaccin et y en avait qu'un seul qui savait* » P12.

### b) *Avis divergents*

Les patients émettent cependant certaines critiques et ne comprennent pas : « *ça fait un peu **discriminatoire** par rapports aux homosexuels, ça dévalorise leur orientation* » P9. Un participant note l'aspect négatif que peut apporter un vaccin à une seule tranche de population « *ça donne peut être une image que les homosexuels ne se protègent pas* » P10. « *C'est un peu : on vous pointe du doigts* » P13.

Au contraire, seul le participant P12 avance l'argument du fait que les HSH sont une **population à risque**, et qu'il est donc normal de les vacciner, de façon égale aux filles, c'est-à-dire pris en charge par la sécurité sociale « *c'est une manière de reconnaître qu'il y a des homosexuels dans ce pays et qu'on leur propose d'être pris en charge à 100%* » P12.

### c) *Difficultés d'accès au vaccin*

Malgré cela, il dénonce tout de même une difficulté d'accès gratuit au vaccin « *elle m'a dit qu'il fallait que j'aille dans un centre de dépistage sauf que je ne peux pas prendre les transports X temps* » P12.

D'après ce participant, tous les médecins rencontrés n'ont jamais pu lui proposer ce vaccin, étant donné qu'ils **ne connaissent pas son orientation sexuelle** : il ne leur en

avait pas parlé, les médecins n'ont pas posé la question, sur des consultations jugées « banales » par le participant (problèmes aigus de viroses par exemple).

### 3. Extension vaccinale aux deux sexes

#### a) *Opinion initiale*

##### ➤ **Recommandation inconnue**

**Aucun participant** de notre étude n'avait entendu la recommandation d'extension du vaccin HPV à tous les garçons au moment des entretiens : « *personnellement je ne savais pas que c'était aussi pour les garçons* » P6, vaccinée. « *Je n'étais pas au courant, je ne pensais pas aux hommes* » P7. L'information n'a pas été mise en avant en 2020 « *honnêtement je ne savais pas, l'information n'est pas relayée* » P9.

Pour trois patients, un vaccin équivalent qui protège les garçons du HPV n'existerait pas « *s'il y a l'équivalent pour les garçons très bien* » P8. Une jeune participante émet des craintes « *il n'a été fait que sur des filles* » P1.

Deux patientes s'interrogent sur le terme employé de « vaccin contre le cancer du col de l'utérus », qu'elles ne comprennent pas lorsque l'on parle du vaccin chez les garçons : « *On parle d'utérus mais en fin de compte le garçon il n'a pas d'utérus que je sache !* » P2. « *Ils ne sont pas constitué comme les filles...* » P8.

##### ➤ **Recommandation spontanément proposée**

Au cours de l'entretien, trois participants, deux garçons et une fille, se sont étonnés que le vaccin anti-HPV ne soit pas préconisé aux garçons, du fait du caractère sexuellement transmissible. « *Si on vaccine les femmes ben on vaccine les hommes aussi à cet âge-là (...) du coup pour moi il faudrait le proposer à tout le monde* » P13. « *Ce serait mieux de la proposer à tout le monde c'est comme ça qu'on assure une meilleure prévention* » P12.

**b) Opinion favorable après information : avantages**

Au cours de l'entretien, après avoir recueilli les différents avis « à froid », le chercheur a informé de la recommandation parue en décembre 2019, qui est de vacciner les garçons et les filles selon les mêmes modalités, en raison d'une **trop faible couverture vaccinale** des filles, et une difficulté de mise en place de la vaccination chez les HSH. Le chercheur a aussi précisé que c'est la maladie sexuellement transmissible la plus fréquente et que la vaccination universelle se faisait dans de nombreux pays, comme les Etats Unis ou l'Australie.

Tous les participants se sont montrés **ouverts** à cette possibilité, tant les participants ayant spontanément évoqués l'extension vaccinale, que les participants ayant été informés par l'enquêteur. Ils l'expliquent par des arguments communs.

➤ **Notion de MST qui touche les hommes et femmes**

Deux participants hommes P5 et P14 rappellent la transmission du HPV pour mieux comprendre « *pour une MST il faut être deux, donc pourquoi il n'y aurait que les filles de vaccinées, c'est vrai que...c'est pas très cohérent* » P14. La participante P13 inclue aussi le risque de MST pour tous les rapports sexuels, qu'ils soient homo ou hétérosexuels.

Ayant reçu des explications, le discours change sensiblement chez quatre participants : il s'agit ici de **rétablir une égalité** entre les personnes « *le garçon doit être protégé* » P1, « *ça ne me choquerait pas si les deux peuvent le transmettre ou l'attraper, y en a pas un qui est favorisé par rapport à l'autre* » P11. La vaccination serait **un privilège** « *tout le monde peut y avoir droit, il n'y a pas que les homosexuels qui sont touchés par ce virus* » P9.

➤ **Meilleure protection collective**

Ainsi, proposer la vaccination aux garçons confère une protection collective « *ils protègent les autres et ne peuvent pas avoir le virus ; donc ça fait une double raison de se faire vacciner* » P7. « *Si ça se trouve une fille n'a pas fait le vaccin et justement le garçon l'a*

*fait, je trouve ça bien » P4. « Tant qu'on peut éviter d'avoir des maladies transmissibles, c'est une bonne chose, entre rapports femmes, rapports hommes et hommes / femmes » P13.*

#### ➤ **S'affranchir de l'orientation sexuelle**

La vaccination ne serait plus limitée à une orientation sexuelle, qui peut être difficile à définir, notamment à l'adolescence, plaçant tous les jeunes sur un pied d'égalité, et leur évitant une perte de chance *« je vois ça d'un œil positif, ça permet de protéger la population, et de protéger les garçons qui ne se savent pas pour l'instant homo » P12.* Il donne lui-même son exemple : *« si on me l'avait proposé il y a 10 ans, déjà je ne savais pas que j'étais gay, donc j'aurais dit non » P12.*

Les HSH ne parlent pas spontanément de leur orientation sexuelle à leur médecin, cela reste un sujet tabou *« y a pas mal de garçons qui cachent leur rapports homosexuels, qui sont hétéros ouvertement et qui pourraient bénéficier du vaccin » P12.*

*« Il y a d'autres hommes qui ne sont pas à l'aise avec le fait de parler de sexualité, c'est personnel quand même » P13.*

#### ➤ **Remboursement**

Deux participants soulignent l'avantage financier de poser clairement une indication, étant donné le caractère remboursable du vaccin. Le participant P10 exprime clairement que si le vaccin ne lui avait pas été remboursé cela aurait constitué pour lui un frein. Le participant P12 était dans sa 25<sup>ème</sup> année au moment de l'entretien, il s'inquiétait que son vaccin ne puisse plus lui être remboursé au-delà de ses 26 ans.

#### ➤ **Charge mentale mieux répartie**

Pour un jeune participant, redonner un rôle aux hommes pour la limitation des contaminations **diminuerait la charge mentale** incombée aux femmes *« déjà que pour les filles c'est déjà assez on va dire galère, entre les protections hygiéniques, tout ce qui est pilule, alors que le mec il n'a rien à faire » P14.*

### ➤ **Meilleure compréhension**

Un jeune participant, poussé par l'exemple de sa sœur vaccinée explique « *J'aurais été partant, ça m'aurait pas choqué que ma mère me dise ta sœur est vaccinée, fais-le aussi* » P14. Le participant P5 ayant été réticent à première vue, change de point de vue après les explications du chercheur « *Bah si ça fonctionne en Australie, pourquoi pas oui* » P5. Une information **claire** est nécessaire pour obtenir l'approbation des patients « *Si c'est un risque pour le garçon, alors je le fais aussi* » P3.

Les participants apprécient le fait d'être informé lors de l'entretien, cela leur permet de mieux comprendre « *moi je pense qu'il faut vraiment expliquer les choses : dire, expliquer les choses pour tout* » P11. Une participante propose son point de vue : « *expliquer le plus simplement possible, peu importe le partenaire sexuel tu peux l'attraper et l'important c'est qu'on peut le transmettre aux autres.* » P13. Une maman se dit prête à vacciner son garçon « *après un dialogue avec le médecin* » P9.

### **c) Doutes exprimés**

#### ➤ **Point de vue homme / femme différent**

L'approche de la vaccination des garçons serait différente par rapports aux filles selon trois participants : le vaccinateur ne sera plus le gynécologue, mais le médecin généraliste : « *je pense pas qu'il faudra l'emmener chez le gynéco, ça rendrait différent la manière d'amener les choses par rapport à une fille* » P11.

La participante ayant évoqué les difficultés de suivi médical des hommes se pose la question « *est-ce que la gente masculine sera aussi une population qui va répondre à cette option...je n'ai pas trop de visibilité par rapport à ça* » P8. Elle-même estimait que les hommes sont moins demandeurs de soins.

#### ➤ **Individualisme dans la société**

Pour ce jeune participant, l'approche est différente « *chez les mecs il faudrait utiliser le levier : vaccine-toi sinon la personne avec qui tu es l'aura* » P14, contrairement à la

vaccination chez les filles qui les protège davantage elles-mêmes. Il pose tout de même un bémol, à propos de la montée de l'**individualisme** dans la société « *le coté égoïste forcément, enfin nous on veut se protéger soi c'est pour ça qu'on se fait vacciner, et y a moins le coté pour protéger les autres* » P14.

- ⇒ La vaccination HPV telle qu'elle était recommandée jusqu'à présent est une source de confusion chez les participants : la vaccination des HSH est très peu connue par le grand public, et rend nos participants perplexes, sur les conditions d'accès à la vaccination.
- ⇒ L'extension vaccinale aux deux sexes est perçue de façon positive, les participants ayant mieux compris les enjeux rattachés à la vaccination, qui sont de se protéger mutuellement du HPV.

#### 4. Évocation d'une vaccination obligatoire

##### a) Perception des vaccins obligatoires

Au début des entretiens, les participants sectorisent les vaccins qu'ils connaissent selon qu'ils soient obligatoires ou recommandés. Pour trois enquêtés, un vaccin obligatoire signifie vaccin **davantage important** « *le tétanos, celui-ci est obligatoire du fait de son importance* » P4. Et pour quatre participants, un vaccin **obligatoire sous-entend l'accord du patient** et n'engage pas la discussion médecin / patient « *c'est obligatoire mais c'est vrai que je ne cherche pas trop à comprendre, je ne fais pas trop attention* » P3, « *tout ce qui est obligatoire, je discute pas je fais* » P11. Cette constatation entraîne une conséquence non négligeable, **un vaccin recommandé mais non obligatoire sera moins légitime et moins important aux yeux des patients**, et permet un refus plus facile de leur part « *je fais que ceux obligatoires pour ma fille (...) si y a certains vaccins qui sont pas obligatoires au moins on peut prendre la décision de les faire ou pas* » P3.

**b) Arguments pour une vaccination obligatoire**

Ainsi, concernant la vaccination HPV, deux participantes évoquent la mise en place d'une **vaccination HPV obligatoire** « *vu les enjeux, ça me paraît pertinent de rendre obligatoire* » P7, « *si ça aide, il faudrait que ce soit obligatoire pour les filles et les garçons* » P3. Un participant va même jusqu'à déclarer que le virus est tellement néfaste sur la santé « *qu'il devrait être réglementaire de vacciner* » P14.

La vaccination HPV obligatoire permettrait à l'adolescent de s'affranchir de la décision de ses parents, et il pourrait se faire vacciner dans les temps recommandés sans risquer une perte de chance « *si un parent refuse par exemple de vacciner son fils, et bien il peut toujours attendre d'être majeur pour le faire* » P10. Pour ce participant, cela éviterait une situation délicate, où l'adolescent ne pourrait finalement pas être protégé « *imaginez pour une première fois on ne va pas sortir le vaccin du frigo et se vacciner vite fait !* » P14.

## IV. DISCUSSION

### A. Rappels des résultats principaux

La vaccination anti-HPV est assimilée par nos participants à un moyen de protection à destination des filles. Cette identification semble exacerbée avec le terme utilisé de « vaccin contre le cancer du col de l'utérus ».

Les patients reconnaissent le HPV comme étant une MST, et que son vaccin a un rôle protecteur d' « anti-cancer ». Ce mot « cancer » renvoi chez nos participants une image péjorative, qui leur fait peur, et donc il s'agirait d'après eux d'un argument leur permettant d'accepter la vaccination.

Des participants ont spontanément soulevé la question de l'absence des garçons dans le programme vaccinal, du fait du caractère sexuellement transmissible de la maladie. Pour ce qu'il en est de la recommandation vaccinale des HSH jusqu'à 26 ans, celle-ci est très peu connue des patients, et leur pose la question d'égalité entre les hommes. Vacciner une personne selon un critère de pratiques sexuelles semblerait être un sujet tabou. Ils seraient plutôt favorables à une extension vaccinale aux deux sexes.

Malgré tout, les patients se sentent mal informés par cette vaccination. Ils attendent une information claire sur la vaccination anti-HPV, dans le but d'évaluer la balance bénéfice / risque qui leur permettra de prendre une décision. Pour cela, ils accordent une grande place au médecin généraliste qui peut les conseiller en tant que parents, et une information à l'école pour ouvrir la discussion avec leurs adolescents. Ils souhaitent une communication large et fiable concernant l'extension vaccinale aux deux sexes, l'exemple le plus important étant internet. La question de l'obligation vaccinale est discutée, car une vaccination recommandée mais non obligatoire aurait moins d'impact et serait moins légitime que les autres vaccinations obligatoires d'après nos patients.

## **B. Validité de l'étude**

### **1. Type d'étude**

L'étude qualitative paraissait être la méthode la plus appropriée pour notre travail de recherche, car elle permet de cerner les représentations individuelles. Les entretiens semi-dirigés ont permis aux participants d'exprimer leur opinion, autour de questions les plus ouvertes possibles.

Pour développer notre méthode d'analyse qualitative, nous nous sommes basés sur la grille COREQ « Consolidated Criteria for reporting qualitative Research » (43), qui propose une liste de critères validés pour la recherche qualitative (annexe 6).

### **2. Forces de l'étude**

Au début de notre travail, l'extension vaccinale HPV aux garçons venait d'être acceptée par les autorités de santé. Il s'agit d'un sujet en lien avec l'actualité.

Les données bibliographiques existantes portaient principalement sur l'acceptabilité du vaccin anti-HPV chez les femmes et sur une hypothétique obligation vaccinale.

Une thèse codirigée à 4 mains avec François Xavier Taveneau nous a semblé pertinente, pour à la fois recueillir et comparer en miroir l'avis des patients avec celui des professionnels de santé, permettant une plus grande richesse dans notre travail.

Les entretiens individuels ont permis à chaque enquêté de s'exprimer librement, notre sujet en lien avec la santé sexuelle aurait pu les gêner en entretien de groupe. Au moment du recrutement, le sujet « vaccination » mis en avant était volontairement le plus vague possible afin d'éviter aux personnes interrogées de faire des recherches sur le sujet à l'avance.

Enfin, la population étudiée n'a pas vocation d'être représentative de la population générale, il s'agit d'un petit échantillon de participants venant de tous horizons, et de tous milieux, afin d'obtenir un panel de réponses le plus divers possible.

### **3. Limites et biais de l'étude**

#### ***a) Enquêteur : biais d'investigation***

Le chercheur n'avait pas beaucoup d'expérience dans l'exercice de recherche qualitative, peu habitué à la conduite d'entretiens. Le premier entretien était assez court, d'une durée de 6 minutes 57, le chercheur ayant eu du mal à établir des questions de relance suffisamment ouvertes. Les réponses ont été sauvegardées, car il s'agissait d'un entretien exploratoire. Au fur et à mesure des entretiens, le chercheur était plus à l'aise avec l'exercice et a laissé davantage les patients s'exprimer, avec des questions de relance et de précision des propos des participants, gagnant ainsi en valeur d'analyse.

Aussi, les participants savaient que le chercheur exerçait la médecine générale, ce qui pouvait constituer un biais lors du recueil de données : les participants pourraient être influencés dans leurs réponses par le côté supposé « pro-vaccination » du médecin qui les questionne. Ils auraient peut-être exprimé davantage de doutes s'ils ne savaient pas le chercheur comme étant médecin généraliste.

#### ***b) Population : biais de recrutement***

Le choix de déposer des annonces dans certains cabinets médicaux était une limite à l'étude, car peu pris en compte par la patientèle. Ainsi, les participants ont été recrutés sur un mode de bouche-à-oreille, avec les praticiens qui ont pu proposer l'étude à leurs patients. Il s'agit d'un biais de volontariat, car les patients qui ne seraient pas intéressés par la vaccination n'auraient pas répondu favorablement. De plus, plusieurs participants étaient issus d'un milieu médical, c'est-à-dire qu'ils ont pu recevoir une information liée à leur travail dans le domaine de la santé, et plus précisément à propos des vaccins, par rapport à une population générale lambda, ce qui peut influencer sur les résultats.

### **c) Biais de recueil**

Les entretiens ont débuté juste après la période de confinement en mai 2020. Pour des raisons logistiques et sanitaires, certains entretiens ont été réalisés en visioconférence, selon la préférence des enquêtés. Les réponses par ce mode de communication pouvaient être sensiblement différentes par rapport à un entretien en réel : le lieu choisi par les participants qui répondaient en visioconférence était toujours depuis le domicile. Les participants étaient dans leur environnement habituel, pouvaient parfois être dérangés par des stimuli extérieurs (un bruit d'appareil électronique par exemple). Aussi, le chercheur n'a pas pu observer autant de communication non verbale par les gestes par exemple, par rapport aux entretiens en réel (limité par la taille de la caméra).

## **C. Discussion des résultats**

### **1. Principaux freins évoqués**

Les participants soulignent l'importance d'évaluer une balance bénéfique / risque lorsqu'un vaccin leur est proposé. Le principal frein exprimé par nos participants est la crainte des effets secondaires. Il est intéressant de relever qu'aucune maladie à long terme n'est spécialement évoquée par les participants, tels que les maladies de Guillain Barré, encéphalomyélite aigue disséminée ou décès, dont plusieurs études n'ont pas révélé de lien avec la vaccination HPV (44–46). Un participant évoque le risque hypothétique de cancer, « *une espèce de tumeur* » lié à la vaccination. Le message de prévention n'est probablement pas optimal, le vaccin anti-HPV évitant la survenue de cancer. Le seul effet à court terme mentionné est la douleur liée à l'injection, qui n'est pas spécifique à la vaccination anti-HPV. Ce frein lié à la crainte des effets secondaires du vaccin HPV se retrouve dans la littérature, notamment dans une thèse qualitative interrogeant des adolescentes des Landes (47), mais aussi à l'étranger, aux Etats Unis par exemple (48).

Les autres freins que nous retrouvons sont ceux liés à la religion, car la vaccination anti-HPV est intimement liée à la sexualité pour nos participants. Cette constatation a été

évoquée dans une étude réalisée en Outre-mer, où un lien a été observé entre une baisse de la couverture vaccinale anti-HPV et la présence d'une religion chez les femmes (49). Dans une étude réalisée aux Etats Unis chez des mères afro-américaines, ce frein lié à la religion a pu être compris : pour les mères attachées à leurs croyances religieuses et qui n'avaient pas vacciné leurs filles, il ne s'agit pas seulement d'un vaccin contre le cancer, mais surtout d'un vaccin contre les IST de façon globale. Elles ont expliqué que leur filles n'étaient pas censées avoir de relations sexuelles avant le mariage, et donc que ce vaccin était inutile (50). Cet argument se retrouve chez notre participant de confession musulmane, qui a soulevé le problème de l'acceptation de ce vaccin dans certaines communautés religieuses, lorsque l'abstinence sexuelle est la règle avant un mariage. Mais les réalités sociales ont évolué, les participants le disent, il y a moins de tabou, et à l'heure actuelle la priorité est de vacciner avant le début de la vie sexuelle, raison pour laquelle l'âge pour les filles comme pour les garçons a été fixé dès 11 ans pour la première dose.

L'aspect économique y est aussi évoqué (49), tout comme dans notre étude. Nous pouvons aisément comprendre qu'une vaccination non remboursée ne sera pas une priorité chez les garçons, comme cela était le cas avant l'extension vaccinale parue le 1 janvier 2021. Or, dans la thèse de François Xavier Taveneau, certains médecins disaient prescrire la vaccination à leur patient même si cela ne leur était pas remboursé. Les hommes n'auraient pas eu de problèmes avec cela. Cette notion est contradictoire avec notre étude, où les garçons qui ont été ou vont être vaccinés disent expressément qu'ils n'auraient pas fait le vaccin si cela ne leur avait pas été remboursé. D'ailleurs, les patients sont d'accord pour dire que si le vaccin est remboursé pour les filles alors il doit l'être pour les garçons, dans un souci d'équité. Cette contradiction peut être expliquée par la différence du niveau socio-économique de notre population d'étude. La question économique ne fait pas tout : par exemple en Suisse, le programme de vaccination anti-HPV concerne tous les jeunes, filles et garçons dès 11 ans avec un rattrapage jusqu'à 26 ans, remboursé à 100% si le programme de vaccination est bien suivi (30). D'après l'Office fédéral de la Santé Publique Suisse, avant

la mise en place de la vaccination des hommes, la couverture vaccinale des filles avec un vaccin 100% remboursé était très disparate entre les régions linguistiques : 70% environ dans les régions Ouest de la Suisse (Romande), contre une couverture vaccinale qui s'abaisse de 27 à 50% dans les régions Est (Alémanique). Le facteur économique peut donc être un frein mais cet exemple nous amène à réfléchir sur la prise en compte d'autres facteurs, qui peuvent être notamment l'accès à l'information, l'accès au système de santé : 93% des femmes vaccinées en Suisse Romande ont cité l'école ou le service de santé scolaire comme source d'information, contre 71% des femmes vaccinées en Suisse Alémanique (45).

## 2. Une vaccination féminine

La vaccination anti-HPV est dans l'esprit des patients un vaccin pour les femmes : une des raisons est qu'il est décrit dans la société comme étant le vaccin « contre le cancer du col de l'utérus ». Cet élément se retrouve dans nos entretiens, où deux participantes vaccinées contre le HPV ne savaient pas de prime abord ce qu'était le papillomavirus. En fait, elles savaient dire qu'elles avaient été vaccinées contre le « cancer du col de l'utérus », mais pas contre le « papillomavirus ». Cette constatation se retrouve dans la thèse de François Xavier Taveneau, où les médecins évoquent avec leur patient de prime abord le vaccin « contre le cancer du col de l'utérus ».

Une autre raison est que les participants, qu'ils soient hommes ou femmes, minimisent et méconnaissent le risque du HPV dans la population masculine, ce qui justifie pour eux que **les garçons n'auraient pas besoin du vaccin**. S'ajoute un étonnement de la part de certains à l'évocation d'un vaccin qui puisse être réalisé chez des garçons.

Pourtant, les patients décrivent facilement qu'il s'agit d'une maladie sexuellement transmissible. Nous pouvons nous interroger face à cette constatation : pourquoi une MST ne toucherait-elle que les femmes ? Les participants s'en rendent compte au fil des entretiens et s'accordent à dire que l'information n'est pas bien relayée. Dans la thèse de

François Xavier Taveneau, les professionnels de santé regrettent que certains patients n'aient pas conscience des risques : dépistages non réalisés au sein d'un couple alors que le motif de consultation était « condylomes », rupture de suivis ou même refus de vaccination HPV lorsque le motif est dépistage des IST. Sont-ils suffisamment informés justement ? Dans notre étude, les patients regrettent parfois la perte du rôle de prévention du médecin généraliste qui pourrait proposer la vaccination, au dépend du soin. Les raisons sont multiples : les patients consultent souvent pour un problème médical, par manque de temps, et les médecins n'ont pas toujours le temps après les actes de soins, « *c'est un travail en plus* » comme disait un participant. Dans une thèse d'exercice réalisée par Hélène Rouet, les raisons principales du mécontentement d'un patient est le manque d'écoute, le manque d'empathie, ou le sentiment de supériorité. Pour y pallier, les participants évoquent un allongement du temps de consultation, pour permettre d'échanger plus facilement en consultation (51). Le manque de temps est aussi un paramètre pointé du doigt par les médecins interrogés dans une thèse traitant de l'éducation à la vie affective et sexuelle des adolescents (52).

Pour illustrer le fait que la question du HPV est mieux prise en compte par les femmes, une étude américaine s'est intéressée aux connaissances du HPV en fonction du genre : 63% des répondants savaient que le HPV était une MST, et de surcroît les femmes étaient plus sensibilisées que les hommes à ce risque de transmission sexuelle (53).

Peut-être est-ce le fait que la santé sexuelle soit majoritairement portée par les femmes : comme le soulignait un jeune participant, les femmes ont la charge mentale de la contraception, de la prévention, y compris la vaccination HPV. D'ailleurs, dans le cursus de formation de médecine générale, un stage spécifique est dédié à « la santé de la femme », tandis qu'aucun n'est nommé « santé de l'homme ». Il s'agit d'un exemple des disparités pouvant exister entre les hommes et les femmes en matière de prévention, souligné aussi par un médecin interrogé dans la thèse de François Xavier Taveneau.

Dans une thèse traitant de l'état des lieux des connaissances des adolescents sur les IST (54), une donnée est sans appel : 63% des filles connaissaient le HPV, contre 14% des garçons. Les garçons n'en ont pas entendu parler à l'école, était-ce lié à un manque d'intérêt ou bien le message ne leur était pas destiné ? À titre de comparaison, 97% de la population étudiée a mentionné le VIH/SIDA comme étant une IST (54), ce qui rejoint nos résultats faisant état d'une visibilité majeure du VIH, au détriment des autres IST. L'écueil serait de placer toutes les IST sur un mode identique de prévention : nos participants savent que le préservatif protège contre le virus du Sida, certains n'imagineraient pas que le HPV pourrait se transmettre malgré ce moyen de prévention. Ainsi, appuyer sur ce levier permettrait aux patients de comprendre l'importance de la vaccination anti-HPV qui apporte une protection supplémentaire.

Dans nos entretiens, plusieurs participants ont évoqué le fait que les hommes s'impliquent moins dans les démarches de soins : ils consulteraient moins, les pères seraient moins impliqués dans le suivi médical de leur enfant. Dans la thèse de François Xavier Taveneau, un élément est souligné par les professionnels de santé : les femmes viendront consulter pour une infection à HPV, mais pas forcément avec leur partenaire. Le médecin pourra faire de la prévention, mais il faut aussi l'implication des hommes dans la démarche en les informant.

Se savoir « à risque d'une pathologie » permet une meilleure réflexion quant à la possibilité de se faire vacciner, ou en tout cas s'y intéresser. Les participants ont bien intégré la notion de balance bénéfique / risque. Dans une étude observationnelle réalisée en Lorraine en 2014 qui s'intéressait à l'acceptabilité du vaccin HPV chez les lycéens (55), ce facteur d'acceptabilité du vaccin était de se sentir une personne à risque d'infection HPV. Or, les lycéens étaient 67% à penser que le vaccin contre le HPV ne protège que les filles, ce qui ne les invite pas à se faire vacciner. En 2018, dans une étude de Loire Atlantique en collège et lycée, les principaux critères d'acceptation du vaccin sont qu'il existe un risque lié à

l'infection HPV et que le vaccin protège de maladies graves (56). Mais plus de la moitié des collégiens et lycéens de l'étude étaient indécis par manque d'informations.

Replacer le rôle des hommes au cœur de la pathologie et de la transmission HPV permettrait d'améliorer leur connaissance et de fait l'acceptation du vaccin. D'ailleurs, notre population d'étude va en ce sens et exprime bien leur propension à se vacciner pour une maladie dite « grave », dont la pathologie cancéreuse en fait partie, pour les deux sexes. Les médecins interrogés par François Xavier Taveneau utilisent aussi ce levier, ils savent que parler de risque de « cancer » aux patients, est un moyen pour les sensibiliser à l'utilité du vaccin.

### **3. Mettre en lumière les moyens d'informations**

Les participants à notre étude sont d'accord pour affirmer qu'ils ont une relation de confiance avec leur médecin généraliste. Cette notion de confiance est prédominante dans une thèse sur le processus de fidélisation du patient à son médecin généraliste. Ainsi, il s'agit d'un cercle vertueux entre fidélité à son médecin et confiance (57).

Le médecin généraliste est au cœur de la transmission d'informations médicales, ce qui est en adéquation avec plusieurs études (55,56). Même s'il existe une légère érosion de l'adhésion à la vaccination, le baromètre santé 2016 (58) confirme le rôle majeur des professionnels de santé dans les pratiques vaccinales : 81% des parents disent se tourner vers leur médecin en matière de vaccination.

Nos participants sembleraient davantage enclins à se faire vacciner si cela leur était proposé par leur médecin traitant. Ce résultat converge avec la littérature : dans une étude réalisée en 2013 aux Etats Unis (48), les parents d'adolescents vaccinés contre le HPV estiment que la proposition par le médecin était la raison numéro une à faire vacciner leur enfant.

Au-delà de l'information médicale, les patients se dirigent volontiers vers les réseaux sociaux et internet, qui permettent d'un côté d'apporter de la visibilité aux vaccins, mais aussi de donner la parole aux détracteurs de ceux-ci. Les médecins interrogés dans la thèse de François Xavier Taveneau se rendent compte de l'enjeu de convaincre leurs patients, même si l'exercice leur paraît difficile face aux « fake news » et réticences vaccinales. Ils expliquent cela comme le fait que la population est plus perméable aux informations jugées simples, et qui « marchent » plus facilement.

En réalité, les patients de notre étude se sentent perdus face aux multiples sources d'informations. Dans une étude réalisée à Besançon sur les pratiques vaccinales des médecins, 10% des médecins interrogés évoquent « l'effet néfaste des médias » comme cause de refus de vaccination (59). Pourtant, dans notre étude, tous les participants confèrent à leur médecin une confiance majeure, « *plus qu'à n'importe qui d'autre* », ce qui devrait conforter les professionnels de santé dans leur rôle.

Une thèse de psychologie (60) illustre bien à quel point l'impact d'une information peut influencer une décision vaccinale : deux plaquettes d'informations ont été réalisées, une présentant de façon positive la vaccination, l'autre la présentant de façon négative (par exemple : « *ce vaccin est efficace puisqu'il protège à 70% des cancers du col de l'utérus* » versus « *30% des cancers du col ne sont pas évités* »). Les résultats rapportent une très nette baisse de l'intention vaccinale dans le groupe ayant lu la plaquette négative, contre une hausse légère de l'intention vaccinale dans le groupe ayant lu la plaquette positive. Le discours du médecin pourrait influencer de la même manière un patient qu'une plaquette d'information, ainsi les mots choisis doivent être pesés par les professionnels de santé.

Dans une revue de la littérature de la HAS sur le patient internaute, une étude montre que le patient qui surfe sur internet voudra avoir l'avis du médecin concernant cette information (61), ce qui permettra de confirmer ou infirmer ses croyances. Une thèse réalisée par Alisson Lachor, qui a créé un site internet médecin avec des fiches conseils, illustre bien

le double levier d'information médecin / internet (62) : les fiches conseils ont été jugées utiles par 75% des patients, et en terme de prévention, la vaccination se plaçait dans le top 3 de la recherche d'informations. Cependant, l'information peut ne pas aboutir, car certains patients ne désirent pas être informés, ou bien renoncent à l'information. C'est le cas pour certains de nos participants dans notre étude, qui préfèrent « *s'en remettre totalement à leur médecin* », plutôt que de risquer d'obtenir une information erronée.

Dans une étude en ligne publiée pour un travail de thèse à propos de l'impact d'internet dans la relation médecin / patient (63), 28% des patients internautes estimaient ne pas avoir confiance en leurs recherches sur internet. L'étude montrait que si le patient avait d'avantage confiance en son médecin, alors les recherches sur internet étaient moins nombreuses. Un élément intéressant est que l'activité de recherche en prévention représente seulement 20% des recherches, dont 4% pour le domaine de la vaccination. Si les patients ne s'intéressent pas ou peu à la vaccination, c'est là tout le rôle du médecin généraliste de s'emparer du sujet, et pas que pour la vaccination anti-HPV.

#### **4. La question du lien entre sexualité et vaccination HPV chez les adolescents : les différents acteurs**

La vaccination anti-HPV est un sujet de prévention particulier, car en lien avec la sexualité. La décision vaccinale fait partie d'une triangulation, entre l'adolescent, le parent et le médecin. Comme nous l'avons vu plus haut, à l'âge de 11 ans, la décision vaccinale appartient aux parents principalement. Plus tard, l'adolescent se construit, mûrit une réflexion et s'intéresse à divers sujets, comme la sexualité et notamment sa prévention, et c'est l'âge à laquelle il pourra s'impliquer dans la décision de vaccination HPV.

Nos participants donnent un rôle important à l'école en matière d'information et de prévention chez les adolescents. Les jeunes participants évoquent le fait d'avoir eu des cours en matière d'éducation sexuelle, dont les résultats sont mitigés, et leurs attentes paraissent plus grandes que ce qu'ils ont obtenu. Étaient-ils intéressés ? Ont-ils posé des

questions ? Pour une jeune participante, parler d'éducation sexuelle à l'école parmi tous les élèves constitue un frein car la parole peut ne pas être libre. Un élément regretté par certains participants de notre étude est la focalisation de la sexualité sur le risque d'IST et de grossesse, au détriment des autres paramètres, comme les sentiments, les questionnements sur le désir, l'orientation sexuelle. Jean Yves Casadepax s'est intéressé à la place de l'éducation sexuelle dans les écoles et décrit le discours scolaire (64) : « *dans les interventions médicales actuelles, l'argument n'est plus l'hygiène, la morale, ni l'éthique, mais in fine la sécurité* » : pour lui, le but des interventions à l'école est principalement d'éviter des grossesses qui ne seraient pas prévues chez les jeunes filles, donc les avortements, et cela sous-entend que les normes attendues sont hétérosexuelles.

D'après le Ministère de l'éducation nationale, au moins trois séances annuelles d'éducation à la sexualité sont mises en place au collège et lycée, adaptées à chaque niveau de scolarité, par des personnels volontaires et formés, que ce soit professeurs, infirmiers ou personnes extérieures. Or dans la pratique, nos participants ne semblent pas avoir eu accès à ces cours, qui sont organisés par chaque établissement et donc très disparates sur le territoire. Le Ministère précise que cette éducation « ne se substitue pas à la responsabilité des parents et des familles ».

Les parents, quant à eux, font un clivage entre l'information des enfants qui doit être faite à l'école, et leur propre information qui doit être faite chez le médecin traitant. Cela rejoint la thèse de Marie Tison (54), où les adolescents affirment être informés des IST majoritairement à l'école ou au CDI (62%), le médecin traitant apparaissant largement derrière avec 17%. L'infirmière scolaire représente une source d'information pour 26% des adolescents. Dans une thèse traitant des facteurs décisionnels de la vaccination anti-HPV (65), les parents interrogés voyaient en l'école un moyen d'information fiable de leur enfant, cependant la décision de l'acte de vaccination devait leur revenir, car ce sont eux qui se sentent responsables.

Dans notre étude, les parents jouent un rôle dans l'information et l'éducation de leur enfant, qui peut être à propos de la vaccination HPV mais aussi de santé sexuelle. Pour certains parents, il serait plus difficile d'aborder le sujet avec leur enfant. Par exemple, une participante se décharge du sujet en expliquant que sa fille verra plus tard avec son gynécologue lorsqu'elle aura l'âge de se vacciner. Chez d'autres parents, la décision de vaccination sera prise après discussion avec l'enfant mais au final, ce seront les parents qui choisiront. Pour les jeunes adultes interrogés dans notre étude, le discours est différent : ils n'ont aucun mal à échanger sur le sujet de la vaccination et de fait de sexualité avec leurs parents. Certains à l'âge adulte sembleraient quelque peu déçus de ne pas avoir été davantage impliqués dans l'explication des vaccins, et notamment celui contre le HPV. Ces disparités entre les générations sont expliquées dans une thèse qualitative qui interroge des parents sur l'éducation à la sexualité (66) : ils admettent que leur génération n'a reçu aucune éducation sur ce sujet, que leurs parents eux-mêmes ne leur en avaient jamais parlé, du fait du tabou à une époque.

À l'heure actuelle en France, ce sont les médecins au cabinet, généralistes ou pédiatres qui gèrent la vaccination avec chaque adolescent, et non pas un programme scolaire.

Dans une revue de littérature qui présente les interventions scolaires pour la promotion de la vaccination dans différents pays, il est intéressant d'observer un lien entre la couverture vaccinale et le type de programme vaccinal : la couverture vaccinale semble meilleure dans les pays adoptant une vaccination scolaire, par rapport aux pays privilégiant une vaccination dans les cabinets médicaux (67). Cette constatation se retrouve dans une thèse réalisée en Italie sur les facteurs associés au refus vaccinal, où un des facteurs est le fait de ne pas avoir participé à des réunions d'information à l'école (68).

Pourtant, comme nous avons vu, l'information délivrée par un professionnel de santé paraît plus fiable aux yeux des patients, mais aborder la question de la sexualité pour un

adolescent en consultation est difficile : il est souvent accompagné de ses parents, la peur du jugement peut prendre le dessus.

Dans une thèse réalisée à Strasbourg par Marion Guerber sur l'abord de la sexualité en médecine générale (69), il apparaît que les populations les plus jeunes (15-20 ans) ont moins tendance à penser que l'on peut parler sexualité avec son médecin traitant que les autres populations adultes. Pourtant, ceux qui le savent en parlent autant à leur médecin que les autres adultes, ce qui est un point positif pour inclure les jeunes en consultation de médecine générale.

Dans une thèse qualitative interrogeant des jeunes garçons de 15 à 18 ans à propos de l'abord de la sexualité en médecine générale (70), ceux-ci se disent gêné par le sujet si cela ne vient pas des jeunes eux-mêmes, et comme nous l'avons vu, le médecin généraliste n'est pas le premier interlocuteur par rapport à l'entourage amical, à l'école, aux parents. Cependant, s'ils sont préparés à une consultation autour du thème de santé sexuelle, ils y seraient favorables, et donnent notamment l'exemple d'introduction du sujet autour d'une consultation « vaccination ».

Ainsi, nous pourrions imaginer une autre approche, celle du médecin qui aborderait le sujet de santé sexuelle avec l'adolescent. En 2017, une consultation dite de contraception et prévention des MST, prise en charge à 100% a vu le jour, et est réservée aux adolescentes de 15 à 17 ans inclus (71). Le but est de pouvoir parler de cette thématique avec le médecin généraliste, sage-femme ou pédiatre, et traiter du sujet des MST et prévention avec la vaccination anti-HPV. Au vu de l'évolution récente des recommandations vaccinales, nous pourrions imaginer un dispositif similaire incluant les garçons, afin de les sensibiliser eux aussi à la vaccination. La charge mentale pesant sur les filles pourrait s'alléger, sachant que maintenant les garçons peuvent s'impliquer par rapport au sujet. Les médecins généralistes ou autres professionnels de santé, bénéficient d'une rémunération à 46 euros pour cette consultation, ce qui les inciterait à s'impliquer dans leur rôle de prévention, parfois oublié, et peu mis en avant en France.

D'ailleurs, cette idée se retrouve dans la thèse citée plus haut réalisée en 2018 (66), où les parents ne voient pas d'objection à ce que le médecin généraliste les assiste dans leur rôle d'informateurs, en laissant seuls leurs enfants en consultation par exemple, qui pourrait être obligatoire ou non.

Dans une thèse d'exercice paru en 2013 (72) où sont interrogés les médecins sur leur propension à discuter de sexualité avec les adolescents, il apparaît que les thèmes récurrents abordés par les médecins sont effectivement les IST, la contraception et la grossesse. En parallèle, ces mêmes thèmes sont ceux abordés aussi par les adolescents en consultation. Pourtant, dans une thèse quantitative interrogeant les adolescents (73), leurs attentes seraient majoritairement des conseils et de l'écoute en matière de sexualité, et à plus faible mesure des informations sur les IST et prévention. Dans la thèse de François Xavier Taveneau, cette notion de discussion n'apparaît pas chez les médecins.

En 2019, deux thésardes ont élaboré un contenu de formation sur l'abord de la sexualité en consultation de médecine générale, destiné aux internes, mais qui pourrait être appliqué aux autres professionnels de santé (74). D'après le consensus du panel étudié, la vaccination HPV permettrait pour 80% des participants de parler de sexualité avec le patient. De plus, les compétences nécessaires en pratique courante seraient pour le praticien (74): une approche globale du patient, une relation médecin- patient centrée sur le patient, être à l'écoute et éduquer le patient pour le rendre autonome. Ces compétences sont très proches de la pratique courante des médecins généralistes, et l'abord de la sexualité devrait pouvoir être aussi naturel, la proposition de vaccination HPV pouvant être le point d'accroche.

Dans une thèse réalisée en 2018 (52) sur l'abord de l'éducation affective et sexuelle des adolescents par les professionnels de soins primaires, les médecins expriment à l'unanimité qu'il est plus facile de parler de sexualité avec les filles qu'avec les garçons, avec les motifs de consultation plus fréquents de gynécologie. Pour eux, leur rôle s'en tient au domaine purement médical, et ils ne souhaitent pas être impliqués intrusivement dans ce sujet, même si certains concèdent que cela améliorerait l'alliance thérapeutique avec

l'adolescent. Cependant, la vaccination HPV est une porte d'entrée pour parler sexualité seulement pour 40% des médecins interrogés (52).

Ainsi, l'extension vaccinale HPV aux deux sexes, qui va passer par le rattrapage vaccinal des adolescents ayant dépassé les 14 ans, pourrait s'avérer être un bon levier pour le médecin généraliste pour ouvrir la discussion avec les adolescents sur la thématique de prévention, à la fois vaccinale et des IST, plaçant sur un pied d'égalité les adolescents. Le motif de consultation vaccinal paraîtrait être un moyen à la fois pour le médecin d'informer les jeunes adolescents sur la santé sexuelle, mais aussi une porte d'entrée pour les adolescents en leur rappelant que le médecin est là pour répondre à leurs questions. Nos participants ont montré de l'intérêt pour l'aspect « sentimental » rattaché à la sexualité, et prendre en compte ce facteur leur permettrait d'être plus en confiance pour en discuter avec un professionnel, que ce soit dans le cadre de l'école ou bien en consultation.

## **5. La vaccination des HSH : questionnements**

Au cours des entretiens, la notion de vaccination des HSH a été expliquée par le chercheur : les patients ne connaissaient pas cette recommandation, à l'exception d'un participant. Nous avons observé deux types de réactions à la suite de cette annonce : la majorité des participants, aussi bien les femmes que les hommes s'étonnent, voir trouvent choquant cette recommandation. Pour eux, cela entraînerait une discrimination envers les HSH, qui ont une double peine : ils sont pointés du doigt à cause de leur orientation sexuelle, et en plus doivent consulter pour « demander » un vaccin. Car du côté des médecins comme des patients, il s'agit d'un « coming-out » que de consulter pour une vaccination HPV pour un homme. Et d'un autre côté, les participants s'étonnent de l'inégalité entre les hommes, que cela peut provoquer, avec une perte de chance pour les hommes se disant hétérosexuels, mais qui pourraient avoir des relations homosexuelles. Car une fois que les participants ont compris que le vaccin protège de façon globale les hommes et les femmes contre les maladies à HPV, alors une vaccination liée à l'orientation sexuelle ne leur semblerait pas appropriée.

Un seul participant, exprimant au cours de l'entretien le fait qu'il ait des rapports homosexuels, voit d'un œil positif la vaccination anti-HPV des HSH. Elle permet une certaine reconnaissance et protection dans une population déjà vulnérable, et non protégée indirectement par la vaccination des filles. Le risque d'infection à HPV est mieux connu dans la population HSH : dans une étude d'acceptabilité du vaccin chez les hommes aux Etats Unis, 73% des HSH contre 37% des hétérosexuels hommes étaient prêts à accepter le vaccin anti-HPV (75).

Pourtant, les questions de sexualité sont très peu abordées en médecine générale, et encore moins la question des pratiques sexuelles, bien différente de l'orientation sexuelle.

Dans une étude américaine nommée « Equality Study » (76), le chercheur a voulu savoir comment était perçue la collecte d'informations sur l'orientation sexuelle par les professionnels de santé et patients consultant aux urgences. Les points de vue sur la collecte de ces données dites « sensibles » diffèrent : tandis que les praticiens avaient à cœur de traiter les patients de la même manière et donc n'avaient pas besoin de connaître leur orientation sexuelle, les patients reconnaissent que la collecte d'information sur leur orientation sexuelle était importante. Pour les patients, il s'agit là aussi d'une reconnaissance sociétale et institutionnelle. Le discours normatif peut donner des préjugés : 77% des cliniciens pensaient à tort que leurs patients ne leur fourniraient pas cette information, alors que seulement 10% des patients ne se disaient pas prêts à cela (76).

Du côté des médecins généralistes interrogés par François Xavier Taveneau, le constat est le même : la plupart parlent très peu de l'orientation sexuelle et plus largement des pratiques sexuelles, soit par méconnaissance, soit par gêne, sur un sujet touchant à l'intime, car ils estiment que cela ne les regarderait pas. Déjà dans une thèse réalisée en 2018 expliquant les freins à la vaccination chez les hommes (29), les médecins soulignent le fait que les moyens d'approche pour parler sexualité sont plus nombreux avec les filles qu'avec les garçons : le sujet tourne principalement autour de la contraception, alors que

chez les garçons, il existe peu d'accroches, hormis les demandes de sérologies par exemple, la vaccination serait alors dépassée dans la plupart des cas.

Dans une étude française « EGaLe-MG » (77) faisant un état des lieux des difficultés rencontrées par les personnes homosexuelles, environ 80% des répondants qu'ils soient hommes ou femmes ont déclaré que leur médecin traitant ne leur avait jamais posé la question de l'orientation sexuelle. Une vaccination limitée aux HSH n'est donc pas optimale : il faudrait que le médecin connaisse l'orientation sexuelle et plus largement les pratiques sexuelles de son patient, ou bien il faudrait que son patient l'informe. Au-delà de ça, il faut aussi que le médecin soit au courant de la possibilité de vacciner les jeunes HSH : dans une thèse quantitative réalisée en Occitanie en 2019, 43.5% d'un panel de 500 médecins connaissaient l'indication de vaccination des HSH (78).

C'est en ce sens qu'un collectif de lutte contre le VIH/ SIDA s'est félicité dans un communiqué en décembre 2020 de l'accès à la vaccination anti HPV quel que soit le genre ou l'orientation sexuelle (79) mais en soulignant le retard qu'à pris la France dans cette mesure : pour eux, la vaccination jusqu'à 26 ans était trop tardive, avec des personnes qui ont déjà été en contact avec le virus, et l'orientation sexuelle dans le jeune âge n'est pas encore connu / définie, ou n'est pas discuté avec le médecin de famille. Cela fait référence à certains arguments prononcés par nos participants, sur le fait qu'une orientation sexuelle n'est ni définie, ni définitive à l'adolescence, et que certaines personnes pourraient taire cet aspect de leur vie privé au médecin.

## **6. Extension vaccinale aux deux sexes dès 11 ans**

Lors de nos entretiens, il est intéressant de noter que les participants ayant proposé spontanément la vaccination aux deux sexes sont de jeunes adultes, des deux sexes, qui se sont probablement sentis concernés par la vaccination, et se sont interrogés sur le fait que la vaccination anti-HPV ne concernait que les filles jusqu'à présent. Peut-être est-ce le fait que

les jeunes adultes se sentent davantage concernés, car la vaccination HPV touche un aspect de la santé sexuelle. Pour nos participants, la vaccination fait référence à un rôle de protection, que ce soit individuel ou bien à l'échelle collective, et nous pouvons observer différents point de vue pouvant faire accepter cette vaccination : le fait de se protéger soi-même, mais aussi pour un garçon de protéger son ou sa partenaire qui n'aurait pas été vacciné.

Ainsi, pour tous nos participants, l'extension vaccinale aux garçons est vue de façon positive, dès lors qu'ils ont compris l'intérêt de cette vaccination. Ces résultats convergent avec la littérature : dans une étude quantitative de 2019 (80), 70% des parents seraient prêts à vacciner leur fils si cela leur était recommandé par leur médecin. Dans une thèse parue en Basse-Normandie (81) qui interrogeait les parents ayant reçu des informations sur le HPV, il a été montré un lien positif entre la connaissance de cette vaccination et l'intention vaccinale. De plus les parents ayant vacciné leur fille seraient prêts à vacciner leur garçon, ce qui est un indicateur positif pour la nouvelle campagne vaccinale débutant pour les garçons. Il faut souligner malgré tout que les patients de notre étude voient d'un œil positif l'extension vaccinale, mais leur avis est majoritairement positif à propos des vaccins en général aussi. Nous pouvons imaginer qu'une personne totalement réfractaire aux vaccins aurait la même réaction que pour le vaccin anti-HPV, que l'enfant soit fille ou garçon.

Dans une thèse quantitative d'acceptabilité du vaccin anti-HPV par les garçons, intitulée « Papiloga » (82), les parents étaient 41% à être prêts à vacciner leur fils, mais 47% restaient indécis pour deux raisons principales : crainte des effets secondaires et manque d'informations. Aussi, la vaccination anti-HPV chez un fils serait d'avantage acceptée si une fille de la famille a déjà été vaccinée (71% contre 30% des parents des jeunes filles non vaccinées). Ainsi, mettre l'accent au niveau de l'information sur la vaccination des filles en parallèle de la vaccination des garçons permettrait d'améliorer la couverture vaccinale simultanée des deux sexes.

La vaccination dès 11 ans pour tous permet de « déssexualiser » ce vaccin déjà trop connoté depuis plusieurs années en France. Les participants ont l'image d'un vaccin que l'on peut faire juste avant les premiers rapports sexuels, donc peu utile à l'instant présent. L'âge vaccinal recommandé dès 11 ans n'est pas en adéquation avec leurs croyances. Cela peut constituer un frein pour les parents de vacciner leur propre enfant, car ils ne pensent pas qu'il puisse être concerné. La vaccination serait la porte d'entrée à un potentiel début de vie sexuelle. Les médecins peuvent maintenant proposer cette vaccination de façon systématique à tous dès 11 ans, de façon concomitante au rappel du vaccin Diphtérie-Tétanos-Polio-Coqueluche (DTPCa), comme le proposent certains médecins interrogés dans la thèse de François Xavier Taveneau. Expliquer que la vaccination anti-HPV est davantage efficace à un âge plus jeune pourrait permettre d'améliorer la couverture vaccinale, en s'affranchissant de cette image de vaccin « lié au début de la vie sexuelle ». La vaccination de façon générale étant perçue comme une problématique infantile par nos participants, cela permettrait de rendre cette vaccination « une vaccination comme les autres ».

Une thèse qualitative citée plus haut concernant les facteurs décisionnels de la vaccination après l'abaissement de l'âge vaccinal souligne bien l'intérêt de vacciner tôt (65) : les parents sont décisionnaires en ce qui concerne la vaccination, mais jusqu'à un certain âge : au-delà l'adolescent a plus de risques de s'opposer aux parents, et consulte moins le médecin comme nous l'avons vu. Dans cette thèse, il est décrit qu'au-delà d'un seuil d'âge, les parents laisseront choisir l'adolescent, ceux-ci étaient alors moins vaccinés. A l'heure actuelle, pour les garçons, ils peuvent en pratique être vaccinés jusqu'à 26 ans, or les filles peuvent avoir accès au vaccin remboursé jusqu'à l'âge de 19 ans : même si le début de la vie sexuelle arrive plus tard, le délai sera très court pour un jeune de se faire vacciner, d'où l'intérêt d'intervenir tôt pour ne pas risquer une perte de chance aux deux sexes.

## **7. Une vaccination anti-HPV recommandée mais non obligatoire : un frein ?**

Une autre notion est présente dans le discours des patients : il existe un clivage entre un vaccin dit « recommandé » et un vaccin « obligatoire ». Ceci est expliqué par le fait que dans l'esprit collectif, un vaccin obligatoire est un vaccin ancré depuis longtemps dans le calendrier vaccinal, l'exemple le plus apporté est le vaccin DTTPCa. Pour les patients, un « vieux » vaccin sous-entend une sécurité, il serait donc légitime qu'il soit obligatoire. Cette notion se retrouve dans une étude qualitative parue en 2017 (83), où les vaccins obligatoires sont perçus de manière positive, car éprouvés de longue date et dont l'efficacité n'est pas mise en doute. Au contraire, comme dans notre étude, les vaccins recommandés sont perçus par les participants comme facultatifs et donc non utiles, face à des maladies non graves.

Il est très dommageable que le vaccin anti-HPV porte cette étiquette de « vaccin recommandé » : les patients risqueraient de le mettre de côté. La vaccination « recommandé » contre le HPV se retrouve être un frein pour une population de femmes adultes, et qui étaient éligibles à la vaccination à l'adolescence, d'après un mémoire réalisé par une sage femme (84). Une réflexion est lancée dans nos entretiens concernant une potentielle obligation vaccinale pour les deux sexes : certains seraient pour, dans le but de protection face à une maladie jugée grave : le mot « cancer » fait peur, chacun possède ses notions propres, cela marque les esprits. Aussi, nous avons vu que la notion de vaccination fait partie d'une triangulation complexe dont on ne peut se passer, entre un enfant, ses parents et le médecin. L'enfant, à l'instar des jeunes adultes participant à notre étude, sera tributaire de la décision vaccinale de leur parent, et surtout de leur mère (65). Une obligation vaccinale permettrait à tous les jeunes adolescents d'accéder au vaccin, comme c'est le cas aujourd'hui pour les vaccinations obligatoires des nourrissons.

Dans une thèse réalisée en Guadeloupe en 2020 (85), 13% des médecins ne proposaient pas la vaccination, du fait qu'elle soit non obligatoire, car ils estimaient que les patients la refusaient à cause de cette raison.

Du côté des médecins interrogés dans la thèse de François Xavier Taveneau, ils seraient davantage pour une obligation vaccinale : elle serait vu plutôt comme un moyen d'imposer une vaccination, de façon unilatérale, pour ne pas faire face à un refus. Pour certains professionnels de santé, il s'agirait de ne plus à avoir à se justifier d'une vaccination, ce qui serait contre-productif par rapport aux attentes des patients. Ceux-ci veulent et demandent une information claire sur les raisons d'une vaccination, et attendent un dialogue avec leur médecin, même en cas d'obligation vaccinale. En l'absence d'informations, il y a un risque de défiance encore plus grand vis-à-vis du vaccin. Les deux groupes patients / médecins sont d'accord sur le fait qu'une vaccination obligatoire est plus difficile à mettre en place, car une mesure coercitive risquerait de ne pas être comprise en l'absence de campagne d'information.

#### **8. La nouvelle recommandation vaccinale sera-t-elle bien accueillie ?**

À l'heure où nous avons réalisé les entretiens en 2020, les participants interrogés se disaient très peu informés, sur la vaccination anti-HPV, et encore moins sur l'extension vaccinale aux deux sexes. Le remboursement effectif du vaccin anti-HPV a été acté avec du retard, le 1<sup>er</sup> janvier 2021, ce qui peut expliquer que les médecins généralistes aient pu attendre ce remboursement avant d'en informer leurs patients.

Déjà dans une thèse parue en 2014 sur les réticences à la vaccination HPV (86), les parents se sentaient mal informés, et regrettaient une absence de campagne publicitaire dans les médias. Six ans après, dans notre étude, il est dommageable d'en arriver à la même constatation, avec pour conséquence une couverture vaccinale qui reste faible.

Nos participants expriment clairement le fait qu'ils auraient une attitude positive avec la vaccination-HPV si celle-ci était mieux connue. Nous pourrions élargir et pointer du doigt les lacunes présentes dans l'éducation à la santé en général comme dans une thèse citée plus haut (51) : « *Qu'est ce qu'un vaccin ? A quoi sert-il ?* » est une question primordiale pour nos participants, et permettre aux patients d'accéder à cette information augmenterait la confiance dans les vaccins. De plus, au-delà du risque de cancers, aucun de nos participants n'a mentionné le risque de condylomes liés aux HPV : nous pouvons nous poser la question si la connaissance de ces lésions, rapidement visibles sur le plan clinique et persistantes, pourrait influencer les patients dans leur décision vaccinale, ces lésions qui en général inquiètent les patients.

D'ailleurs, dans une thèse de psychologie s'intéressant aux facteurs influençant la décision de vaccination HPV (60), les données montrent que les connaissances du HPV sont meilleures chez les vaccinés que chez les non-vaccinés. Dans le mémoire publié en 2020 (84), qui a étudié une population de femmes éligible à la vaccination contre le HPV au début de la vaccination en France, seulement 15% d'entre elles ont été vaccinées, et 75% estimaient n'avoir pas assez de connaissances suffisantes sur le vaccin mais aussi sur la pathologie HPV. Pourtant, 85% des femmes avaient été informées soit par leur médecin généraliste, gynécologue, ou médias. Il s'agit d'un exemple où le discours de prévention n'a pas été efficace, face aux réticences notamment aux craintes d'effets secondaires.

Un travail de thèse réalisé à Lille a cherché à savoir si l'apport d'informations scientifiques a permis une adhésion des patients à la vaccination anti-HPV, via un auto-questionnaire avant / après informations (87). Les personnes initialement « pour » la vaccination ont maintenu leur opinion, et c'est dans le groupe « neutre » que l'information scientifique a permis davantage de progression d'avis positifs. Le groupe « totalement contre », minoritaire, n'a pas changé d'avis. Les informations préoccupantes délivrées dans cette étude se veulent incitatives (parler du HPV et de ses pathologies par exemple). Ainsi, l'information médicale chez le médecin généraliste pourrait se faire en deux temps lors des

consultations de suivis entre 11 et 13 ans, ce qui permettrait une meilleure couverture vaccinale pour convaincre encore plus le groupe « pour » et « neutre ».

Toutefois, il est nécessaire de distinguer l'intention vaccinale décrite par les patients après information, et la vaccination effective. C'est ce que montre Rickert dans une étude américaine (88) : des parents ont reçu un message d'information à propos de la vaccination HPV en milieu scolaire pour leur adolescent. Ce message a été positif sur l'intention vaccinale, mais au final il n'y a pas eu de bénéfice sur l'injection d'une première dose chez les adolescents. Les chercheurs expliquent ce résultat négatif par la difficulté de recueillir un consentement parental en milieu scolaire. Gargano quant à lui fait un lien statistiquement significatif positif entre la recommandation du médecin et la réception effective du vaccin anti-HPV chez les adolescents (48). Comme nos participants l'ont souligné, le rôle du médecin prend une place majeure dans la vaccination.

Dans une enquête santé « la prévention du cancer du col de l'utérus » réalisé en 2014 sur le site « [filsantéjeunes.com](http://filsantéjeunes.com) » (89), 241 jeunes se sont exprimés sur la vaccination HPV et ils ont déjà été nombreux à insister sur la demande d'informations à grande échelle « à l'école », « journées de prévention », « affiches dans les rues, pharmacies, salles d'attente ». En 2014, dans cette enquête, uniquement cinq jeunes garçons ont pris la parole. Il serait intéressant en 2021 de voir combien de jeunes garçons pourraient s'impliquer à la suite de l'extension vaccinale.

Certains médecins interrogés dans la thèse de François Xavier Taveneau expriment leur lassitude face aux nombreux refus de la vaccination HPV depuis de nombreuses années, ce qui parfois peut les faire reculer dans la proposition vaccinale. Ce sentiment se serait exacerbé aussi depuis la crise sanitaire à cause des discours de méfiance envers les vaccins. Tous comme nos patients, ils souhaitent une diversité des moyens d'informations à plus grande échelle. Dans une thèse citée plus haut, les médecins en 2019 étaient déjà 83% à penser qu'une campagne d'information grand public sur la vaccination serait utile à leur pratique (78).

Les pistes sont nombreuses pour améliorer la transmission d'information et certaines sont mise en place actuellement. Nous pouvons citer une vidéo Youtube à destination des parents créée par l'association « Imagyn », un collectif de malades atteints de cancers gynécologiques : il est montré un groupe d'adolescents et de jeunes qui parlent de sexualité entre eux (90). Le but de la vidéo est de rappeler aux parents que les adolescents s'emparent du sujet, et qu'il serait bénéfique qu'ils puissent en discuter aussi avec eux, en les sensibilisant sur la vaccination anti-HPV, que ce soit pour les filles ou les garçons.

Les participants évoquaient la télévision comme un bon moyen d'information. Par exemple, le magazine de la santé avec la rubrique « Allô docteurs » a fait une promotion de la vaccination anti-HPV, en relayant l'avis de la HAS sur la possibilité de vacciner les garçons. Ces émissions grand public permettraient de toucher un grand nombre de personnes, où tout du moins les personnes intéressées par les questions de santé.

Nous pouvons citer un site internet connu des jeunes et des adolescents « onsexprime.fr », qui leur apporte beaucoup de réponses en matière de sexualité de façon générale (anatomie, prévention, sentiments, égalité hommes / femmes). Une mise à jour du site a été faite en mars 2021, qui mentionne maintenant la vaccination HPV aux deux sexes (91), ce qui est une bonne voie pour l'information des jeunes. « Fil santé jeunes » s'adresse aux 12-25 ans sur le même modèle. Nous pouvons regretter qu'au moment d'écrire la discussion, l'information sur l'extension vaccinale aux deux sexes n'était pas encore parue, même si un article expliquait aux jeunes la pathologie du HPV chez les hommes.

Un levier énoncé par les médecins interrogés dans la thèse de François Xavier Taveneau, mais aussi qui prend une grande place chez nos participants est le carnet de santé, garant du suivi de chaque enfant, mais aussi des adolescents. Actuellement, la page des vaccinations se compose de plusieurs sections, avec les vaccinations obligatoires, mais aussi les vaccinations recommandées. La vaccination contre le papillomavirus est assortie d'un simple tableau à 3 lignes. Nous pouvons constater que sur la page de l'examen « entre

15 et 16 ans », il est mentionné différents risques : les substances psycho actives, les moyens de prévention d'une grossesse non désirée, des IST, mais en aucun cas la mention du HPV étant une IST et couvert par une vaccination possible. Une simple mention de cette information permettrait à l'adolescent, tout comme aux parents de pouvoir en discuter entre eux, et avec le médecin traitant pour les éclairer.

La consultation « contraception prévention » telle qu'elle est faite actuellement peut poser question : pourquoi seulement les filles sont concernées ? Les garçons n'ont-ils pas de rôle à jouer en matière de prévention sexuelle ? L'extension vaccinale HPV aux deux sexes est déjà un grand pas dans la lutte contre le fardeau des maladies à HPV, reste à savoir comment elle sera mise en place, et si la visibilité auprès des garçons sera suffisante.

Les affiches à placer dans les cabinets médicaux sont des bons indicateurs pour les patients, qui s'y fient, la plupart de nos participants se sont souvenus du HPV lorsqu'ils l'ont vu dans une salle d'attente de cabinet médical. Les médecins généralistes d'Alsace ont reçu une affiche de la Ligue contre le cancer d'Alsace faisant la promotion de la vaccination pour les filles et les garçons dès 11 ans (annexe 7), ce qui pourra améliorer la visibilité de ce vaccin et permettre au grand public une accroche pour se renseigner auprès de leur médecin. De plus, l'ancienne plaquette d'information de couleur rose de l'INCa a été mise à jour en septembre 2021 (13), pour laisser place à une couleur non genrée qui est l'orange (annexe 8), qui permettra peut-être à la vaccination contre le papillomavirus de ne plus être seulement « réservée aux filles ».

## V. CONCLUSION

Notre étude qualitative a permis de découvrir les représentations de la vaccination anti-HPV chez les patients, et de mieux appréhender leurs réactions lors de la proposition du vaccin anti-HPV aux deux sexes.

À l'heure actuelle, les patients relient la vaccination anti-HPV aux adolescentes, et celle-ci est décrite comme la « vaccination contre le cancer du col de l'utérus ». Les pathologies masculines sont de ce fait peu mises en avant par les patients. Aucun participant ne connaissait l'extension vaccinale aux deux sexes, mais accueillent de façon positive cette mesure : protection collective, meilleure égalité femme / homme face à cette MST, et limitation des difficultés d'accès au vaccin lorsque celui-ci est conditionné par une orientation sexuelle, et plus largement une pratique sexuelle.

Les participants interrogés sont en demande d'informations fiables, à propos des pathologies liées aux HPV et à son vaccin, car ils ne se sentent pas en confiance sur les canaux d'informations type internet ou réseaux sociaux. Pour les adultes, les informations viennent principalement de leur médecin généraliste, en qui ils ont une grande confiance. Du côté des plus jeunes, le levier d'information se trouve à l'école, où la vaccination anti-HPV pourrait s'inscrire dans les modules d'informations liés à la prévention en santé sexuelle. Pour les adolescents qui ne peuvent pas toujours communiquer avec leurs parents, cela est un moyen pour accéder à l'information et à la prévention.

Nos entretiens ont été réalisés après l'annonce de la HAS sur l'extension de la vaccination anti-HPV, mais avant son remboursement effectif aux deux sexes (1<sup>er</sup> janvier 2021). À un an de cette mesure, il serait intéressant d'évaluer l'impact de la nouvelle recommandation sur la couverture vaccinale des garçons. Notre rôle en tant que professionnel de santé est d'informer le plus clairement possible les patients. Les leviers importants aux yeux des patients pour accepter le vaccin sont : expliquer les risques de cancers liés aux HPV, possibles chez les deux sexes, informer que le HPV est une IST très

fréquente survenant dès les premiers contacts sexuels chez les jeunes, même sans pénétration. Associé à une relation de confiance avec le médecin de famille, nous espérons que la vaccination anti-HPV pourra être mieux comprise par tous et donc davantage acceptée.

Pour conclure, notre travail de thèse réalisé en miroir avec François Xavier Taveneau met en évidence une opinion favorable face à l'extension vaccinale étendue aux garçons, tant du côté des patients, que du côté des professionnels de santé. À l'heure actuelle, la vaccination anti-HPV soulève un paradoxe. En effet, la vaccination à 11 ans permet une « déssexualisation » de celui-ci, ne se corrélant plus avec l'âge des premiers rapports. Cependant, informer sur le rôle de ce vaccin revient à parler de prévention vis-à-vis de la sexualité. Cela peut être une porte d'entrée pertinente pour les professionnels de santé afin d'introduire le sujet auprès des adolescents et de leurs parents.

Vu

Strasbourg, le 5 JAN 2022

Le Président du jury de Thèse

Professeur Yves HANSMANN



Vu et approuvé

Strasbourg, le 19 JAN 2022

Le Doyen de la Faculté de

Médecine, Médecine et Sciences de la Santé

Professeur Jean SIBILIA



## VI. ANNEXES

### 1. Annexe 1 : Guide d'entretien

thème	Questions ouvertes	Questions de relance
Introduction générale	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Que pensez-vous des vaccins ?</li> <li>- Que pensez-vous du calendrier vaccinal ? et de ses modifications ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Connaissez-vous des vaccin ?</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Est-ce que vous connaissez le HPV ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Est-ce grave ?</li> <li>- Connaissez-vous le mode de transmission ?</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Que pourriez-vous dire à propos de la vaccination HPV ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avez-vous déjà entendu parler de Gardasil ?</li> <li>- Qui peut-être vacciné selon vous ?</li> </ul>
Sources d'informations	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quelles ont été vos sources d'information concernant ce vaccin ?</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si ne connaît pas : aimeriez-vous avoir plus d'informations sur ce vaccin ?</li> </ul>	
Initiateur	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Qui serait le mieux placé selon vous pour parler de ce vaccin ?</li> <li>- Pourquoi ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Y aurait-il une place pour parler de sexualité avec votre enfant/ avec cet acteur ?</li> <li>- Si jeune homme : quelles ont été les sources d'informations en matière de sexualité jusqu'ici ?</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Que pensez-vous de l'idée que ce vaccin soit proposé aux garçons ?</li> </ul> <p style="margin-left: 40px;">⇒ Explications orales concernant la modification vaccinale</p> <p style="margin-left: 40px;">Vous en pensez quoi ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La perception de la vaccination serait elle différente pour une fille ou bien pour un garçon ?</li> </ul>
Idées +	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si pas de réponse :</li> <li>- Maintenant que vous en savez plus sur les recommandations, feriez vous vacciner votre garçon / vous feriez vous vacciner ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quel but ?</li> </ul>
Idées -	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Qu'est ce qui vous empêcherait de faire vacciner votre garçon / de vous faire vacciner ?</li> </ul>	A priori ? peurs ?
Voies d'améliorations	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A l'avenir qu'est-ce qui faciliterait votre choix ?</li> </ul>	

## 2. Annexe 2 : Modèle d'information

### 1) Présentation du cadre de la recherche

Cette recherche est réalisée dans le cadre du projet de recherche « Vaccination » mené par Louise Buhler, thésarde, avec le soutien et l'accord de Docteur Antoine Giacomini.

### 2) Objectif de l'étude

L'objectif est d'étudier vos ressentis et avis vis-à-vis de la vaccination.

### 3) Déroulement de l'étude

L'étude sera réalisée sur le lieu de votre choix. Chaque participant répondra à des questions ouvertes. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

### 4) Participation volontaire et droit de retrait

La participation à cette recherche est volontaire. Il est possible de se retirer de cette recherche à tout moment.

### 5) Confidentialité et gestion des données

Un numéro sera attribué à chaque participant. L'identité et les coordonnées des participants serviront uniquement à organiser les entretiens individuels et à communiquer avec eux au sujet de la recherche. Dans les travaux produits à partir de cette recherche, les données seront anonymisées. Seuls des résultats agrégés seront présentés.

### 6) Protection des données personnelles :

Les informations recueillies le seront uniquement pour les besoins de la recherche présentée ci-dessus. Le responsable du traitement est l'Université de Strasbourg. Les données seront traitées et conservées par Louise Buhler jusqu'à la soutenance de la thèse. Ce traitement a pour base légale l'exécution d'une mission de service public assurée par l'Université de Strasbourg (article 6.(1) e. du RGPD). Les participants à la recherche disposent de droits d'accès, de rectification et de suppression de leurs données.

L'Université de Strasbourg a désigné une déléguée à la protection des données que vous pouvez contacter à l'adresse suivante : dpo@unistra.fr. Enfin, si après nous avoir contacté, vous estimez que vos droits n'ont pas été respectés vous pouvez introduire une réclamation auprès de la CNIL.

### 3. Annexe 3 : Formulaire de consentement

Je soussigné(e) .....,

accepte de participer à un entretien qui fera l'objet d'un enregistrement audio dans le cadre de ma participation à la recherche « Vaccination »

Les objectifs et modalités de l'étude m'ont été clairement expliqués par Louise Buhler.

J'ai lu et compris la fiche d'information qui m'a été remise.

J'accepte que l'entretien mené dans le cadre de cette recherche fasse l'objet d'un enregistrement audio. Celui-ci sera uniquement accessible par Louise Buhler et sera détruit après la soutenance de thèse.

J'ai bien compris que ma participation à l'étude est volontaire.

Je suis libre d'accepter ou de refuser de participer, et je suis libre d'arrêter à tout moment ma participation en cours d'étude.

Après en avoir discuté et avoir obtenu la réponse à toutes mes questions, j'accepte librement et volontairement de participer à la recherche qui m'est proposée.

Fait à .....,

le .....

Nom et signature de l'investigateur    Signature du sujet

## 4. Annexe 4 : Registre de traitements de l'Université

### Finalité principale du traitement UFR Médecine - 2020 - Thèse - Perception des nouvelles recommandations vaccinales HPV dans la population générale.

Détail des finalités du traitement	Gestion des données des participants à l'étude sur la perception des nouvelles recommandations vaccinales HPV dans la population générale. Recrutement des participants et communications avec eux. Enregistrement audio des entretiens semi-directifs Analyse des données.												
Service chargé de la mise en oeuvre	FACULTÉ, ÉCOLES, INSTITUTS - Santé - Faculté de Médecine, Maieutique et Sciences de la Santé												
Service auprès duquel s'exerce le droit d'accès	Responsable de l'étude												
Personnes concernées, données, durée de conservation et destinataires	Personnes concernées: Personnes concernées: Sujets d'étude <table border="1"> <thead> <tr> <th>Données</th> <th>Destinataires</th> <th>Durée</th> <th>Notes</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Données d'études générales</td> <td>Seulement le service gestionnaire.</td> <td>2 ans à partir du début de l'enregistrement, de l'événement ou de l'étude.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Données d'études sensibles</td> <td>Idem</td> <td>Idem</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Données	Destinataires	Durée	Notes	Données d'études générales	Seulement le service gestionnaire.	2 ans à partir du début de l'enregistrement, de l'événement ou de l'étude.		Données d'études sensibles	Idem	Idem	
Données	Destinataires	Durée	Notes										
Données d'études générales	Seulement le service gestionnaire.	2 ans à partir du début de l'enregistrement, de l'événement ou de l'étude.											
Données d'études sensibles	Idem	Idem											
Transferts hors UE	Données dans le pays												
Descriptif général des mesures de sécurité techniques	Des mesures de sécurité techniques sont mises en oeuvre.												
Descriptif général des mesures de sécurité organisationnelles	Des mesures de sécurité organisationnelles sont mises en oeuvre.												
Mise à jour	Date: 17/04/2020 Version: 1												

Lien source : <https://cil.unistra.fr/registre.html#proc-400>

## 5. Annexe 5 : Mails échangés avec le DPO

De: "support" <support@unistra.fr>  
 À: "louise buhler" <louise.buhler@etu.unistra.fr>  
 Envoyé: Mardi 7 Avril 2020 21:14:49  
 Objet: [R-033002] recherche de thèse quali : évaluation besoin avis cpp - Réponse à votre demande

Bonjour,

Merci pour toutes ces réponses précises.

Votre recherche porte sur la perception des personnes à l'égard de la vaccination en général et plus spécifiquement sur la vaccination HPV.

Il s'agit d'une recherche n'impliquant pas la personne humaine, car votre étude vise à "réaliser des expérimentations en sciences humaines et sociales dans le domaine de la santé." d. du 1 du II de l'article R1121-1 du code de santé publique.

Les formalités à accomplir sont allégées et sont les suivantes :

- je dois vérifier si votre étude respecte le cadre de la méthodologie de référence 004 adoptée par la CNIL

<https://www.cnil.fr/fr/declaration/mr-004-recherches-nimpliquant-pas-la-personne-humaine-etudes-et-evaluations-dans-le>

- si c'est le cas, je devrais l'inscrire au registre des traitements de l'université dans le cadre d'un engagement de conformité à la MR-004 et l'inscrire au répertoire public des recherches tenu par l'INDS.

<https://www.indsante.fr/fr/repertoire-public/etudes-sous-mr>



[R-033002] recherche de thèse quali : évaluation besoin avis 22 Avril 2020 22:08

cpp - Réponse à votre demande

Expéditeur: support

À: louise buhler

Bonjour,

Merci pour le document complété, tout est bon pour moi.

Je vais dès que possible inscrire la recherche au répertoire de l'INDS. Je rencontre actuellement quelques problèmes techniques, mais dès que ce sera fait, je vous en informerai.

J'ignore si c'est dans la partie méthode de votre thèse, mais il faudra indiquer que les formalités concernant les recherches dans le domaine de la santé ont été effectuées (inscription au registre des traitements de l'Université de Strasbourg dans le cadre d'un engagement de conformité à la MR-004 et inscription au répertoire public de l'INDS) Vous pourrez y ajouter les liens vers les pages qui sont consultables en ligne.

Bonne journée.

Bien cordialement

## 6. Annexe 6 : Grille COREQ

N°	Items	Questions	Réponses
<b>Domaine 1: Équipe de recherche et de réflexion</b>			
Caractéristiques personnelles			
1.	Enquêteur/Animateur	Quel auteur a mené l'entretien individuel ?	Louise BUHLER
2.	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ?	Post-internat MG
3.	Activité	Quelle était son activité au moment de l'étude ?	remplaçante MG
4.	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?	Femme
5.	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?	Première expérience en recherche qualitative
Relation avec les participants			
6.	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?	Un seul participant faisait parti de connaissance de l'enquêteur
7.	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ?	Présentation du chercheur lors du recrutement (MG)
8.	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur ?	Absence de conflit d'intérêt
<b>Domaine 2: Conception de l'étude</b>			
Cadre théorique			
9.	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ?	Analyse de contenu
Sélection des participants			
10.	Echantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ?	Echantillonnage raisonné et par effet boule de neige
11.	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ?	Face-à face, par téléphone et/ou par courriel
12.	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	14 participants
13.	Non participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?	3 refus en face-à-face pour cause de temps. Tous les participants intéressés initialement ont participé
Contexte			
14.	Cadre de collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ?	Cabinet/ faculté / domicile patient
15.	Présence de non participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?	Non
16.	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ?	9 femmes et 5 hommes moyenne d'âge = 31 ans
Recueil des données			
17.	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?	Guide non fourni aux participants. Pas d'entretien test réalisé.

18.	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?	Non
19.	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	Enregistrement audio après accord du participant
20.	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ?	Notes prise durant l'entretien et en fin d'entretien
21.	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ?	Durée moyenne de 25 minutes
22.	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	Non
23.	Retour de retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?	Non
<b>Domaine 3: Analyse et résultats</b>			
Analyse des données			
24.	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?	Triangulation des données sur 3 entretiens avec François Xavier Taveneau et les directeurs
25.	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?	Non
26.	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?	A partir des données
27.	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?	Données gérées manuellement dans un tableau Excel
28.	Vérification des participants	Les participants ont-ils pu exprimer des retours sur les résultats ?	Non
Rédaction			
29.	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ?	Illustration des résultats avec les verbatims; données anonymisées; identification par la lettre P suivie d'un numéro
30.	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?	Oui
31.	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	Oui
32.	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?	Oui

7. Annexe 7 : Affiche pour les cabinets médicaux

Source : La Ligue contre le cancer du Haut-Rhin

CONTRE TOUS LES CANCERS  
LIÉS AUX PAPILLOMAVIRUS « HPV »



**POUR LES FILLES & LES GARÇONS  
DÈS 11 ANS**

**PENSEZ À LA  
VACCINATION !**



LA LIQUE  
CONTRE LE CANCER  
HAUT-RHIN



LA LIQUE  
CONTRE LE CANCER  
BAS-RHIN

UN VACCIN EFFICACE EXISTE  
STOP AUX VIRUS HPV  
PARLEZ-EN À VOTRE MÉDECIN




















8. Annexe 8 : Plaquette d'information grand public

Source : Institut National du Cancer

**LA VACCINATION EN PRATIQUE**

**Depuis de 10 ans, et de 11 ans de 11 ans pour les garçons, il est possible de se faire vacciner contre les cancers liés aux HPV.**

**Comment se faire vacciner ?**

- Aller à un cabinet médical agréé (médecin généraliste, gynécologue, pédiatre, dermatologue, infectiologue, etc.)
- Aller à un centre de vaccination agréé (centre de vaccination, centre de planification familiale, etc.)
- Aller à un centre de vaccination agréé (centre de vaccination, centre de planification familiale, etc.)

**Comment se faire vacciner contre les cancers liés aux HPV ?**

- Aller à un cabinet médical agréé (médecin généraliste, gynécologue, pédiatre, dermatologue, infectiologue, etc.)
- Aller à un centre de vaccination agréé (centre de vaccination, centre de planification familiale, etc.)
- Aller à un centre de vaccination agréé (centre de vaccination, centre de planification familiale, etc.)

**UNE VACCINATION SÛRE ET EFFICACE POUR PROTÉGER MON ENFANT CONTRE LES CANCERS HPV.**

**A 11 ans, girls et boys, il est possible de se faire vacciner contre les cancers liés aux HPV.**

**Il s'agit d'une vaccination sûre et efficace.**

**LA VACCINATION CONTRE LES CANCERS HPV**

**POUR LES FILLES ET LES GARÇONS DÈS 11 ANS**

**GUIDE PRATIQUE**



**Comment se faire vacciner ?**

**Comment se faire vacciner contre les cancers liés aux HPV ?**

**JE M'INFORME SUR LA VACCINATION CONTRE LES CANCERS HPV**

**Comment se faire vacciner ?**

**Comment se faire vacciner contre les cancers liés aux HPV ?**

**JE M'INFORME SUR LES PAPILLOMAVIRUS HUMAINS**

**Comment se faire vacciner ?**

**Comment se faire vacciner contre les cancers liés aux HPV ?**

**UNE VACCINATION SÛRE ET EFFICACE**

**Depuis de 10 ans, et de 11 ans de 11 ans pour les garçons, il est possible de se faire vacciner contre les cancers liés aux HPV.**

**Comment se faire vacciner ?**

**Comment se faire vacciner contre les cancers liés aux HPV ?**

## BIBLIOGRAPHIE

1. Lepiller Q, Puget L, Debernardi A, Prétet JL. Infections à papillomavirus humains et lésions associées. *J Pédiatrie Puériculture*. 1 juin 2021;34(3):122-9.
2. Tumeurs à papillomavirus humains (HPV). *Ann Dermatol Vénérologie*. 2003;130(N° SUP 10):134-9.
3. Manini I, Montomoli E. Epidemiology and prevention of Human Papillomavirus. *Ann Ig Med Prev E Comunita*. août 2018;30(4 Suppl 1):28-32.
4. Sabeena S, Bhat P, Kamath V, Arunkumar G. Possible non-sexual modes of transmission of human papilloma virus. *J Obstet Gynaecol Res*. mars 2017;43(3):429-35.
5. Blin A. Prévenir les infections à papillomavirus humains. *Actual Pharm*. 1 janv 2020;59(592):53-6.
6. Koutsky P Laura. Epidemiology of Genital Human Papillomavirus Infection. *Am J Med*. 5 mai 1997;102(5, Supplement 1):3-8.
7. Prati B, Marangoni B, Boccardo E. Human papillomavirus and genome instability: from productive infection to cancer. *Clinics [Internet]*. 2018 [cité 19 nov 2020];73(Suppl 1). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6113919/>
8. Taberna M, Mena M, Pavón MA, Alemany L, Gillison ML, Mesía R. Human papillomavirus-related oropharyngeal cancer. *Ann Oncol Off J Eur Soc Med Oncol*. 1 oct 2017;28(10):2386-98.
9. Miralles-Guri C, Bruni L, Cubilla AL, Castellsagué X, Bosch FX, Sanjosé S de. Human papillomavirus prevalence and type distribution in penile carcinoma. *J Clin Pathol*. 1 oct 2009;62(10):870-8.
10. De Martel C, Plummer M, Vignat J, Franceschi S. Worldwide burden of cancer attributable to HPV by site, country and HPV type. *Int J Cancer*. 2017;141(4):664-70.
11. Bocquet H, Bagot M. Lésions tumorales bénignes associées aux papillomavirus humains. *EMC - Dermatol-Cosmétique*. 1 mai 2004;1(2):97-112.
12. Aubin F, Prétet J-L, Jacquard A-C, Saunier M, Carcopino X, Jaroud F, et al. Human papillomavirus genotype distribution in external acuminata condylomata: a Large French National Study (EDiTH IV). *Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am*. 1 sept 2008;47(5):610-5.
13. Institut national du Cancer. Dépliant sur la vaccination contre les cancers HPV (papillomavirus humain) [Internet]. 2021 [cité 15 déc 2021]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Depliant-sur-la-vaccination-contre-les-cancers-HPV-papillomavirus-humains>
14. Launay O. Prix Nobel de Médecine 2008 (Harald zur Hausen) : Papillomavirus et cancer du col de l'utérus. *médecine/sciences*. 1 nov 2008;24(11):981-2.

15. Paitraud D. Gardasil 9 : nouveau vaccin nonavalent contre les infections à papillomavirus humain [Internet]. VIDAL. 2018 [cité 20 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/>
16. Fonteneau L. Évolution de la couverture vaccinale du vaccin contre le papillomavirus en France – 2008-2018 [Internet]. 2019 [cité 8 juill 2020]. Disponible sur: [http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/22-23/2019\\_22-23\\_3.html](http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/22-23/2019_22-23_3.html)
17. Patel C, Brotherton JM, Pillsbury A, Jayasinghe S, Donovan B, Macartney K, et al. The impact of 10 years of human papillomavirus (HPV) vaccination in Australia: what additional disease burden will a nonavalent vaccine prevent? *Eurosurveillance* [Internet]. 11 oct 2018 [cité 3 févr 2020];23(41). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6194907/>
18. Santé Publique France. Infections à papillomavirus humain (HPV) [Internet]. Vaccination info service. 2021 [cité 25 nov 2021]. Disponible sur: <https://professionnels.vaccination-info-service.fr/Maladies-et-leurs-vaccins/Infections-a-papillomavirus-humain-HPV>
19. Haut Conseil de la Santé Publique. Recommandations vaccinales contre les infections à papillomavirus humains chez les hommes [Internet]. Rapport de l'HCSP. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2016 [cité 14 août 2020]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=553>
20. Dona' MG. Vaccine-preventable anal infections by human papillomavirus among HIV-uninfected men who have sex with men [Internet]. Rome; 2018 juin [cité 10 mars 2021]. Report No.: 153. Disponible sur: <https://www.morressier.com/article/5af060631dd164001d5ef432>
21. Mon carnet de vaccination électronique, pour être mieux vacciné, sans défaut ni excès [Internet]. Mon carnet de vaccination électronique, pour être mieux vacciné, sans défaut ni excès. [cité 14 août 2020]. Disponible sur: <http://www.mesvaccins.net/web/vaccines/523-gardasil-9>
22. Gardasil, fiche Vidal [Internet]. VIDAL. 2020 [cité 20 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/>
23. Gardasil: ce que les plaignantes reprochent au vaccin contre le cancer du col de l'utérus [Internet]. L'Express.fr. 2013 [cité 20 nov 2020]. Disponible sur: [https://www.lexpress.fr/actualite/societe/sante/gardasil-ce-que-les-plaignantes-reprochent-au-vaccin-contre-le-cancer-du-col-de-l-uterus\\_1302473.html](https://www.lexpress.fr/actualite/societe/sante/gardasil-ce-que-les-plaignantes-reprochent-au-vaccin-contre-le-cancer-du-col-de-l-uterus_1302473.html)
24. Miranda S, Chaignot C, Collin C, Dray-Spira R, Weill A, Zureik M. Human papillomavirus vaccination and risk of autoimmune diseases: A large cohort study of over 2million young girls in France. *Vaccine*. 24 août 2017;35(36):4761-8.
25. Ameli. Les vaccins recommandés [Internet]. 2021 [cité 7 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/vaccination/vaccins-recommandes>
26. Haute Autorité de Santé. Papillomavirus : la vaccination recommandée pour tous les garçons [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2020 [cité 16 nov 2021]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3147966/fr/papillomavirus-la-vaccination-recommandee-pour-tous-les-garcons](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3147966/fr/papillomavirus-la-vaccination-recommandee-pour-tous-les-garcons)
27. Haute Autorité de Santé. Recommandation sur l'élargissement de la vaccination contre les papillomavirus aux garçons [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2019 [cité 29 janv

- 2020]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3116022/fr/recommandation-sur-l-elargissement-de-la-vaccination-contre-les-papillomavirus-aux-garcons](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3116022/fr/recommandation-sur-l-elargissement-de-la-vaccination-contre-les-papillomavirus-aux-garcons)
28. Netgen. Cancers liés au HPV : faut-il vacciner les jeunes hommes ? [Internet]. Revue Médicale Suisse. [cité 29 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2012/RMS-342/Cancers-lies-au-HPV-faut-il-vacciner-les-jeunes-hommes>
  29. Mesnard S. Quels sont les freins à la vaccination masculine contre les papillomavirus en médecine générale ? [Thèse d'exercice]. [2018-....., France]: Université de Lille; 2018.
  30. Perrin A, Iselin C. Vaccination contre le papillomavirus humain (HPV) chez le sujet masculin : évidence et pratique. Rev Médicale Suisse. 2019;15(673):2202.
  31. Lei J, Ploner A, Elfström KM, Wang J, Roth A, Fang F, et al. HPV Vaccination and the Risk of Invasive Cervical Cancer. N Engl J Med. 1 oct 2020;383(14):1340-8.
  32. Harper DM, DeMars LR. HPV vaccines – A review of the first decade. Gynecol Oncol. 1 juill 2017;146(1):196-204.
  33. Garland SM, Kjaer SK, Muñoz N, Block SL, Brown DR, DiNubile MJ, et al. Impact and Effectiveness of the Quadrivalent Human Papillomavirus Vaccine: A Systematic Review of 10 Years of Real-world Experience. Clin Infect Dis. 15 août 2016;63(4):519-27.
  34. Chow EPF, Machalek DA, Tabrizi SN, Danielewski JA, Fehler G, Bradshaw CS, et al. Quadrivalent vaccine-targeted human papillomavirus genotypes in heterosexual men after the Australian female human papillomavirus vaccination programme: a retrospective observational study. Lancet Infect Dis. janv 2017;17(1):68-77.
  35. Stanley M. HPV vaccination in boys and men. Hum Vaccines Immunother. 7 juill 2014;10(7):2109-11.
  36. Degoue M. Place de la vaccination anti-HPV dans la pratique des médecins généralistes. 29 oct 2019 [cité 26 nov 2019]; Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02363661>
  37. DGS. Le calendrier des vaccinations 2020 [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [cité 20 nov 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/vaccination/calendrier-vaccinal>
  38. Nicand É. En France, la couverture vaccinale demeure très insuffisante. Rev Paticien. 2020;70:23.
  39. L'entretien semi-directif : définition, caractéristiques et étapes [Internet]. Scribbr. 2019 [cité 29 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.scribbr.fr/methodologie/entretien-semi-directif/>
  40. Paillé P. L'analyse par théorisation ancrée. Cah Rech Sociol. 1994;(23):147-81.
  41. Colin A. Les recherches qualitatives en santé. 2016.
  42. Krief N, Zardet V. Analyse de données qualitatives et recherche-intervention. Rech En Sci Gest. 12 nov 2013;N° 95(2):211-37.

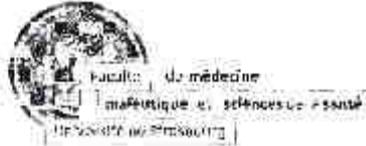
43. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care J Int Soc Qual Health Care*. déc 2007;19(6):349-57.
44. ANSM. Vaccination contre les infections à HPV et risque de maladies auto-immunes : une étude Cnamts/ANSM rassurante [Internet]. [cité 3 août 2021]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/actualites/vaccination-contre-les-infections-a-hpv-et-risque-de-maladies-auto-immunes-une-etude-cnamts-ansm-rassurante-1>
45. Shimabukuro TT, Su JR, Marquez PL, Mba-Jonas A, Arana JE, Cano MV. Safety of the 9-Valent Human Papillomavirus Vaccine. *Pediatrics*. déc 2019;144(6):e20191791.
46. Gee J, Naleway A, Shui I, Baggs J, Yin R, Li R, et al. Monitoring the safety of quadrivalent human papillomavirus vaccine: Findings from the Vaccine Safety Datalink. *Vaccine*. 26 oct 2011;29(46):8279-84.
47. Segailat M. Les freins à la vaccination contre les papillomavirus: étude qualitative à partir d'entretiens semi-dirigés de 23 adolescentes de 16 à 18 ans scolarisées sur le secteur de Mont de Marsan (40) [Thèse d'exercice]. [2014-....., France]: Université de Bordeaux; 2017.
48. Gargano LM, Herbert NL, Painter2 JE, Sales JM, Morfaw3 C, Rask2 K, et al. Impact of a physician recommendation and parental immunization attitudes on receipt or intention to receive adolescent vaccines. *Hum Vaccines Immunother*. 24 déc 2013;9(12):2627-33.
49. Bruneau L, Bendiane M, Touzani R, Chirpaz E, Huiart L. Déterminants socioéconomiques et culturels associés à la méconnaissance de la vaccination anti-papillomavirus humains (HPV), chez 1000 femmes d'un département d'Outre-Mer. *Médecine Mal Infect*. 1 juin 2018;48(4, Supplément):S137.
50. Galbraith-Gyan KV, Lechuga J, Jenerette CM, Palmer MH, Moore AD, Hamilton JB. HPV vaccine acceptance among African-American mothers and their daughters: an inquiry grounded in culture. *Ethn Health*. avr 2019;24(3):323-40.
51. Rouet H. Relations médecin-patient conflictuelles en médecine générale dans les Côtes-d'Armor (22): étude des causes de mécontentement du point de vue des patients envers leur médecin et compréhension des facteurs prédisposant au conflit [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université Bretagne Loire; 2019 [cité 2 août 2021]. Disponible sur: <https://ged.univ-rennes1.fr/nuxeo/site/esupversions/c64e5c89-8b82-47e0-beef-a08d3af7cd5a>
52. Collet E. L'éducation à la vie affective et sexuelle des adolescents : quels enjeux pour les professionnels de soin primaire ? 28 juin 2018;158.
53. Adjei Boakye E, Tobo BB, Rojek RP, Mohammed KA, Geneus CJ, Osazuwa-Peters N. Approaching a decade since HPV vaccine licensure: Racial and gender disparities in knowledge and awareness of HPV and HPV vaccine. *Hum Vaccines Immunother*. 30 août 2017;13(11):2713-22.
54. Tison M, Jossilet A. État des lieux des connaissances des adolescents à propos des infections sexuellement transmissibles: transmission, symptomatologie, diagnostic, traitement et prévention [Internet]. France; 2021 [cité 27 août 2021]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/3178/>

55. Gellenoncourt A, Patrizio PD. Évaluation de l'acceptabilité du vaccin contre le papillomavirus auprès de lycéens masculins de Lorraine. *Sante Publique (Bucur)*. 2014;Vol. 26(6):753-61.
56. Meireles A, Briend Godet V. Évaluation de l'acceptabilité du vaccin contre le papillomavirus auprès des collégiens et lycéens de sexe masculin de Loire-Atlantique. France; 2018.
57. Lara K-Y. Le processus de fidélisation du patient à son médecin généraliste: entretiens menés auprès de malades chroniques dans le département de la Vienne [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers; 2017 [cité 2 août 2021]. Disponible sur: <http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/4277f233-b6ca-4480-8414-f683c6324d9c>
58. Gautier A. Sources d'informations, opinions et pratiques des parents en matière de vaccination en France en 2016 [Internet]. *Bull épidémiol hebd*. 2017 [cité 15 août 2021]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/barometres-de-sante-publique-france/barometre-sante-2016>
59. Bouvret P, Mouglin C, Prétet J-L, Meurisse A, Bonnetain F, Fiteni F. Pratiques et attitudes des médecins généralistes de Besançon vis-à-vis de la vaccination anti-HPV. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. 1 oct 2016;45(8):972-8.
60. Shemelova E. Facteurs influençant la prise de décision sur la vaccination contre le HPV [Internet] [phdthesis]. Université Grenoble Alpes; 2017 [cité 7 févr 2020]. Disponible sur: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01691595>
61. Laversin S. Le patient internaute, revue de la littérature. HAS. mai 2007;
62. Lachor A. Le site internet du médecin généraliste et ses fiches-conseils, vecteurs d'information médicale? [Internet] [Thèse d'exercice]. [Lille; 1969-2017, France]: Université du droit et de la santé; 2016 [cité 9 juill 2021]. Disponible sur: [https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th\\_Medecine/2016/2016LIL2M049.pdf](https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2016/2016LIL2M049.pdf)
63. Sellier de Guis A. Impact d'Internet dans la relation médecin patient : une étude en ligne à destination des patients [Internet]. Nancy; 2010. Disponible sur: [hal-01731994](http://hal-01731994)
64. Casadepax J-Y. Peut-on, à l'école, imaginer et réaliser une éducation à la sexualité ? *Le Telemaque*. 13 juill 2016;N° 49(1):165-78.
65. Miranda-Martin É. Facteurs décisionnels de la vaccination anti papillomavirus chez les parents de jeunes filles de 9 à 19 ans après l'abaissement de l'âge vaccinal à 11 ans : une enquête qualitative. 11 juin 2015;145.
66. Querol Y. Éducation à la sexualité au sein du noyau familial : étude qualitative auprès de parents d'adolescents de 10 à 18 ans. 10 avr 2018;151.
67. Bruel S, Cochard J, Espinouse S, Frappé P. Revue de la littérature sur les interventions en milieu scolaire concernant la vaccination anti-HPV. *Sante Publique (Bucur)*. 29 juin 2020;Vol. 32(1):29-41.
68. Restivo V, Costantino C, Fazio TF, Casuccio N, D'Angelo C, Vitale F, et al. Factors Associated with HPV Vaccine Refusal among Young Adult Women after Ten Years of Vaccine Implementation. *Int J Environ Res Public Health*. 17 avr 2018;15(4):E770.

69. Guerber M. Abord de la sexualité en consultation de médecine générale: Qu'en pensent les patients considérés comme « à risque »? Etude quantitative auprès de 500 patients d'un cabinet de médecine générale du Bas-Rhin [Internet] [Thèse d'exercice]. [2009-....., France]: Université de Strasbourg; 2019 [cité 8 sept 2021]. Disponible sur: [https://publication-theses.unistra.fr/public/theses\\_exercice/MED/2019/2019\\_GUERBER\\_Marion.pdf](https://publication-theses.unistra.fr/public/theses_exercice/MED/2019/2019_GUERBER_Marion.pdf)
70. Pichon J, Benoteau A-C. Faut-il aborder la sexualité avec les garçons de 15 à 18 ans en consultation de médecine générale?: le point de vue des jeunes [Internet]. Lieu de publication inconnu, France; 2016 [cité 6 sept 2021]. Disponible sur: <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=5ec1efaa-6bb8-4191-b23a-adfcae614833>
71. URPS et CPAM. Première consultation de contraception et de prévention des maladies sexuellement transmissible [Internet]. [cité 27 août 2021]. Disponible sur: <https://omniprat.org/>
72. Brian L, Vidal M. Les médecins généralistes discutent-ils de sexualité avec les adolescents? [Internet]. Toulouse, France: Université Paul Sabatier, Toulouse 3; 2013 [cité 28 août 2021]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/18/>
73. Hicks C. Le médecin généraliste dans le parcours éducatif de santé sexuelle chez l'adolescent: étude quantitative auprès des lycéens du territoire Pumonté [Internet] [Thèse d'exercice]. [2012-....., France]: Aix-Marseille Université. Faculté de médecine; 2019 [cité 28 août 2021]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02169499>
74. Borel A, Mertz E. Élaboration par méthode Delphi® du contenu d'une formation à l'abord de la sexualité en consultation de médecine générale, destinée aux internes de médecine générale, et réflexion sur sa forme [Internet] [Thèse d'exercice]. [2016-2019, France]: Université Grenoble Alpes; 2019 [cité 8 sept 2021]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02074251/document>
75. Gilbert P, Brewer NT, Reiter PL, Ng TW, Smith JS. HPV Vaccine Acceptability in Heterosexual, Gay, and Bisexual Men. *Am J Mens Health*. juill 2011;5(4):297-305.
76. Haider AH, Schneider EB, Kodadek LM, Adler RR, Ranjit A, Torain M, et al. Emergency Department Query for Patient-Centered Approaches to Sexual Orientation and Gender Identity : The EQUALITY Study. *JAMA Intern Med*. 1 juin 2017;177(6):819-28.
77. Jedrzejewski T. EGaLe-MG: état des lieux des difficultés rencontrées par les homosexuels face à leurs spécificités de santé en médecine générale en France : réflexions sur le contexte et les données actuelles, l'histoire et les subjectivités gays et lesbiennes [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine; 2016.
78. Tutala M. Evaluation de l'impact des praticiens sur la couverture vaccinale HPV en Occitanie [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Purpan; 2019.
79. Vaccination contre le HPV généralisée enfin effective, entre soulagement et constats amers [Internet]. Les ActupienNEs. [cité 11 mars 2021]. Disponible sur: <https://lesactupiennes.fr/category/prevention>

80. Pietri T. Étude d'acceptabilité d'une éventuelle extension de la vaccination anti-HVP chez les jeunes garçons à partir du recueil de l'opinion des parents de garçons de 11 à 19 ans. 4 oct 2019;70.
81. Jeanne M, Eve S, Pasquier J, Blaizot X, Turck M, Raginel T. Vaccination contre les papillomavirus humains : intentions vaccinales des parents d'élèves bas-normands après campagne d'information au cours de l'année scolaire 2015–2016. *Presse Médicale*. 1 déc 2019;48(12):e369-81.
82. Moisset C, Bottet A. Etude Papiloga: acceptabilité de la vaccination anti-papillomavirus par les parents de jeunes garçons âgés entre 11 et 19 ans [Internet]. 2017-2020, France: Université de Clermont Auvergne; 2018 [cité 25 nov 2021]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02004092/document>
83. Humez M. Obligation vaccinale : résultats d'une étude qualitative sur les connaissances et perceptions de la population générale en France. *Vaccination des jeunes enfants : des données pour mieux comprendre l'action publique* [Internet]. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*. 2017 [cité 15 févr 2021]. Disponible sur: [/determinants-de-sante/vaccination/obligation-vaccinale-resultats-d-une-etude-qualitative-sur-les-connaissances-et-perceptions-de-la-population-generale-en-france.-vaccination-des](#)
84. Merillas C. Quels sont les facteurs influençant la réalisation de la vaccination contre le papilloma virus humain en région Occitanie ? [Internet] [Mémoire de sage-femme]. [Nîmes, France]: Ecole de sages-femmes; 2020 [cité 9 déc 2021]. Disponible sur: [https://ged.biu-montpellier.fr/florabium/jsp/nomem.jsp?NOMEM=2020\\_MEM\\_MONT\\_ESFN\\_9](https://ged.biu-montpellier.fr/florabium/jsp/nomem.jsp?NOMEM=2020_MEM_MONT_ESFN_9)
85. Donat L. Vaccination anti papillomavirus humain en Guadeloupe: état des lieux de la proposition vaccinale chez les médecins [Internet] [Thèse d'exercice]. [2018-....., France]: Université de Lille; 2020 [cité 19 nov 2021]. Disponible sur: [https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th\\_Medecine/2020/2020LILUM481.pdf](https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2020/2020LILUM481.pdf)
86. Salembier M. Réticences vis-à-vis du vaccin contre le human papillomavirus et solutions envisagées à partir d'une étude qualitative réalisée auprès de médecins traitants et de parents d'adolescentes [Thèse d'exercice]. [Lille ; 1969-2017, France]: Université du droit et de la santé; 2014.
87. Levignon L, Ollivon-Herman J. L'apport d'informations scientifiques favorise-t-il l'adhésion des parents à la vaccination anti HPV ? 2018-....., France; 2020.
88. Rickert VI, Auslander BA, Cox DS, Rosenthal SL, Rupp RE, Zimet GD. School-based HPV immunization of young adolescents: Effects of two brief health interventions. *Hum Vaccines Immunother*. févr 2015;11(2):315-21.
89. Résultats de l'enquête « Le prévention du cancer du col de l'utérus » | Fil santé jeunes [Internet]. Fil santé jeunes | Fil santé jeunes. 2014 [cité 7 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.filsantejeunes.com/resultats-de-lenquete-le-prevention-du-cancer-du-col-de-luterus-17951>
90. IMAGYN Asso. Campagne « VACCINATION HPV » de l'association IMAGYN (Format 64sec. - Web) [Internet]. 2021 [cité 31 août 2021]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=MBFHmF6Ojfw>
91. le VIH/sida et les autres IST [Internet]. On sexprime. [cité 7 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.onsexprime.fr/Sexe-sante/Tout-sur-le-VIH-et-les-IST/VIH-sida-et-IST>

## DÉCLARATION SUR L'HONNEUR



### DECLARATION SUR L'HONNEUR

**Document avec signature originale devant être joint :**

- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : BUHLER Prénom : LOUISE

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics.

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente.

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université.

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, ni ses extraits et rétrocités dans la bibliographie de mon mémoire.

**A écrire à la main :** « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'en cours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

*" J'atteste sur l'honneur avoir connaissance  
des suites disciplinaires ou pénales que j'en cours en cas  
de déclaration erronée ou incomplète "*

Signature originale :

A Strasbourg, le 18/01/2022

**Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.**