

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

ANNÉE : 2022

N° : 04

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'État

Mention Médecine Générale

PAR

Nom et prénoms : STAMILE Chiara Elodie

Date et lieu de naissance : 22/09/1994 à COLMAR

**Les facteurs permettant à des parents réticents à la vaccination
contre les papillomavirus humains de changer d'avis et de faire
vacciner leur enfant**

Etude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés

Président de thèse : Monsieur le Professeur Yves HANSMANN

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur François BUCHLIN



FACULTÉ DE MÉDECINE (U.F.R. des Sciences Médicales)

- **Président de l'Université** : M. DENEKER Michel
- **Doyen de la Faculté** : M. SIBILA Jean
- **Assesseur du Doyen (13.01.10 et 08.02.11)** : M. GOICHOT Bernard
- **Doyens honoraires :** (1976-1983) M. DORNER Marc
- (1983-1989) M. MANTZ Jean-Marie
- (1989-1994) M. VINCENDON Guy
- (1994-2001) M. BERLINGER Pierre
- (2001-2011) M. LUDÉS Bernard
- **Chargé de mission auprès du Doyen** : M. VICENTE Gilbert
- **Responsable Administratif** : M. BITSCH Samuel

Édition OCTOBRE 2020
Année universitaire 2020-2021

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 Setamak 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)

PO218	NDM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers au Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
	ADAM Philippe P0001	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Hospitalisation des Urgences de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
	AKLADIOS Chérif P0181	NRP6 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
	ANDRELL Emmanuel P0002	RP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques / HC	53.01 Option : médecine interne
	ANHEIM Mathieu P0003	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepleiere	49.01 Neurologie
	ARNAUD Laurent P0188	NRP6 NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepleiere	50.01 Rhumatologie
	BACHELLIER Philippe P0004	RP6 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 Setamak P0005	NRP6 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)
	BALDAUF Jean-Jacques P0006	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepleiere	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
	BAUMERT Thomas P0007	NRP6 CS	• Pôle Hépatito-digestif de l'Hôpital Civil - Institut de Recherche sur les Maladies virales et hépatiques / Faculté	52.01 Gastro-entérologie ; hépatologie Option : hépatologie
	Mme BEAU-FALLER Michèle M0007 / P0170	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
	BEALLIEUX Rémy P0008	NRP6 CS	• Pôle d'imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Hautepleiere	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
	BECMEUR François P0009	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepleiere	54.02 Chirurgie infantile
	BIERNA Fabrice P0102	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : Psychiatrie d'Adultes
	BERTSCHY Gilles P0013	RP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
	BIERRY Guillaume P0118	NRP6 NCS	• Pôle d'imagerie - Service d'imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie / Hôpital Hautepleiere	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
	BELBAULT Pascal P0014	RP6 CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / Hôpital de Hautepleiere	48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : médecine d'urgence
	BLANC Frédéric P0015	NRP6 NCS	• Pôle de Gériatrie - Service Evaluation - Gériatrie - Hôpital de la Robertsau	53.01 Médecine interne ; addictologie Option : gériatrie et biologie du vieillissement
	BOGIN Frédéric P0187	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et maxillo-faciale / Hôpital Civil	50.04 Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique ; Otorhinologie
	BONNEMANS Laurent M0006 / P0215	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 - Hôpital de Hautepleiere	54.01 Pédiatrie
	BONNICMET François P0017	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
	BOURCIER Tristan P0018	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / BMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophthalmologie
	BOURGIN Patrice P0020	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie - Unité du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
	Mme BRIGAND Cécile P0022	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale

NHC = Nouvel Hôpital Civil HC = Hôpital Civil HP = Hôpital de Hautepleiere PTM = Plateau technique de microbiologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-catégorie du Conseil National des Universités
BRUANT-RODIER Catherine P0023	NRP0 CS	* Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / HP	50.04 Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme CAILLARD-CHLMANN Sophie P0171	NRP0 NCS	* Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
CASTELAIN Vincent P0027	NRP0 NCS	* Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital Hautepierre	48.02 Réanimation
CHAKFE Nabil P0028	NRP0 CS	* Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe M0013 / P0172	NRP0 NCS	* Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne P0029	NRP0 NCS	* Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne P0030	NRP0 NCS	* Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
Mme CHIENARD-NEU Marie-Pierre P0041	NRP0 CS	* Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytogénie pathologiques (option biologique)
CLAUERT Philippe P0044	NRP0 CS	* Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre supérieur / HP	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANDE Olivier P0133	NRP0 NCS	* Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence (option Anesthésiologie-Réanimation - Type clinique)
CRIBIER Bernard P0045	NRP0 CS	* Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
de BLAY de GAIX Frédéric P0048	RP0 CS	* Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
de SIEZE Jérôme P0057	NRP0 CS	* Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AXIS / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
DÉBRY Christian P0046	RP0 CS	* Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
DERUELLE Philippe P0188	RP0 NCS	* Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale : option gynécologie-obstétrique
DIEMUNSCHE Pierre P0051	NRP0 NCS	* Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène P0054	NRP0 CS	* Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
EHLINGER Mathieu P0186	NRP0 NCS	* Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du membre inférieur / Hautepierre	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha P0055	NRP0 NCS	* Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sylvie P0178	NRP0 CS	* Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOB Main / Hôpital de Hautepierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFH-KREMER Samira P0060	NRP0 CS	* Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
FANTOT François P0216	NRP0 NCS	* Pôle de Pathologie digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
FALGOUZ Pierre-Emmanuel P0052	NRP0 NCS	* Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FORNECKER Luc-Matthieu P0208	NRP0 NCS	* Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'Hématologie / ICANS	47.01 Hématologie ; Transfusion Option : Hématologie
GALLIX Benoit P0214	NCS	* IHU - Institut Hospitalo-Universitaire - Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale
GANGI Atshin P0062	RP0 CS	* Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A Interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David P0063	NRP0 NCS	* Pôle des Spécialités Médicales - Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophthalmologie
GENTY Bernard P0064	NRP0 CS	* Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick P0205	NRP0 NCS	* Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire
GIGQUEL Philippe P0065	NRP0 CS	* Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard P0066	NRP0 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 Marie P0067	NRP0 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	NRP0 CS	* Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie

NOM et Prénoms	Classe	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
HANNEDOUCHE Thierry P0071	NRP0 CS	- Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Dialyse / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
HANGMANN Yves P0072	RP0 NCS	- Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies Infectieuses et Tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03 Option : Maladies infectieuses
Mme HELMS Julie M0114 / P0206	NRP0 NCS	- Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Médecine Intensive-Réanimation
HERBRECHT Raoul P0074	NRP0 CS	- Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'Hématologie / ICANS	47.01 Hématologie ; Transfusion
HIRSCH Edouard P0075	NRP0 NCS	- Pôle Tête et Cou - OETO - Service de Neurologie / Hôpital de Hauteplaine	49.01 Neurologie
IMPERIALE Alessio P0194	NRP0 NCS	- Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve P0188	RP0 CS	- Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Créanciercaul	45.05 Médecine Physique et Réadaptation
JAILHAC Senoit P0078	NRP0 CS	- Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Sarcénologie / PTM HUS et Faculté de Méd.	45.01 Option : Sarcénologie -vrologie (biologique)
Mme JEANDIER Nathalie P0079	NRP0 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	NRP0 NCS	- Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
KALTENBACH Georges P0081	RP0 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
Mme KESSLER Laurence P0084	NRP0 NCS	- Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie / Méd. E / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain P0085	NRP0 NCS	- Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel P0195	NRP0 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	NRP0 CS	- Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphanie M0338 / P0174	NRP0 CS	- Pôle d'Imagerie - Service Imagerie II - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre P0173	NRP0 CS	- Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II) / HP	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel P0189	RP0 NCS	- Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'Hématologie / ICANS	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE-TONGIO Laurence P0202	NRP0 CS	- Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie (Option : Addictologie)
LANG Hervé P0090	NRP0 NCS	- Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
LAUGEL Vincent P0082	RP0 CS	- Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital Hauteplaine	54.01 Pédiatrie
Mme LEAAY Anne M0102 / P0217	NRP0 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 P0186	NRP0 NCS	- Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'Imagerie Ostéoarticulaire et Interventionnel / Hôpital de Hauteplaine	42.01 Anatomie
LESSINDER Jean-Marc P0	RP0 CS	- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / LRGS / NHC - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / Hôp. de Hauteplaine	82.00 Sciences Biologiques de Pharmacie
LIPSKER Dani P0083	NRP0 NCS	- Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-vénérologie
LIVERNEAUX Philippe P0084	RP0 NCS	- Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôpital de Hauteplaine	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALDUF Sabine P0203	NRP0 NCS	- Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Oncologie médicale / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie (Option : Cancérologie)
MARK Manuel P0089	NRP0 NCS	- Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / XGBMC	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologie)
MARTIN Thierry P0088	NRP0 NCS	- Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme MASCALIX Céline P0212	NRP0 NCS	- Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie ; Addictologie
Mme MATHÉLIN Carole P0201	NRP0 CS	- Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie / ICANS	54.03 Séniologie-Obstétrique ; Gynécologie Médicale

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
MAUVIEUX Laurent M0102	NRP6 CS	* Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Haute-Saône - Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe M0103	NRP6 CS	* Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MERTELL Paul-Michel M0104	RP6 CS	* Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / Nouvel Hôpital Civil	48.01 Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Nicolas M0105	NRP6 NCS	* Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil * Biostatistiques et informatique / Faculté de médecine / Hôpital Civil	46.04 Biostatistiques, informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat M0106	NRP6 CS	* Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MONASSIER Laurent M0107	NRP6 CS	* Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Labo. de Neurobiologie et Pharmacologie cardio-vasculaire- EA7295 / Fac	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier M0108	NRP6 NCS	* Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
MOULIN Bruno M0109	NRP6 CS	* Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Transplantation / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
MUTTER Didier M0110	RP6 NCS	* Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Izale Jacques M0112	NRP6 CS	* Pôle d'imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NOEL Georges M0114	NRP6 NCS	* Pôle d'imagerie - Service de radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option Radiothérapie biologique
NOLL Eric M0111 / M0216	NRP6 NCS	* Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - HP	48.01 Anesthésiologie-Réanimation
OHANA Mickaël M0215	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 M0115	RP6 CS	* Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme OLLAND Anne M0204	NRP6 NCS	* Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine M0105	NRP6 CS	* Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Haute-Saône	54.01 Pédiatrie
PELAGIA Thierry M0205	NRP6 NCS	* Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Centre de formation et de recherche et pédagogie des sciences de la santé / Faculté	48.05 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : Médecine d'urgence
Mme PERRETTA Silvana M0117	NRP6 NCS	* Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick M0118	NRP6 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 M0119	COp	* ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier M0208	NRP6 NCS	* ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien M0101	NRP6 CS	* Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Haute-Saône	48.01 Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain M0123	NRP6 NCS	* Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MARNED) - Service de Médecine Interne et nutrition / HP	44.04 Nutrition
PRIGUST François M0102	NRP6 CS	* Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Haute-Saône	49.02 Neurochirurgie
Pr RAUL Jean-Sébastien M0125	NRP6 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
REMYND Jean-Marie M0126	NRP6 NCS	* Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritionnelle / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
Pr RICCI Roméo M0127	NRP6 NCS	* Pôle de Biologie - Département Biologie du développement et cellules souches / IGBMG	44.31 Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge M0128	NRP6 CS	* Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme ROISSIGNOL-BERNARD Sylvie M0108	NRP6 NCS	* Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Haute-Saône	54.01 Pédiatrie
ROUL Gérard M0129	NRP6 NCS	* Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme ROY Catherine M0140	NRP6 CS	* Pôle d'imagerie - Serv. d'imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (opt clinique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Score obtenu du Conseil National des Universités	
SANANES Nicolas N012	NRP0 NCS	* Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
SAUER Arnaud N013	NRP0 NCS	* Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / BMD - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02	Ophtalmologie
SAULEAU Eric-Rodolphe N014	NRP0 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 N015	RP0 CS	* Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04	Urologie
Mme SCHATZ Claude N016	NRP0 CS	* Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / BMD - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02	Ophtalmologie
SCHNEIDER Francis N014	NRP0 CS	* Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipain - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepeyre	48.03	Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen N015	NRP0 CS	* Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / Hôpital Civil	48.04	Pédopsychiatrie ; Addictologie
SCHULTZ Philippe N015	NRP0 NCS	* Pôle Tête et Cou - GETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01	Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Laurence N017	NRP0 CS	* Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatito-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01	Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : Hépatologie
SIBLIA Jean N014	NRP0 NCS	* Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepeyre	50.01	Rhumatologie
STEBE Jean-Paul N014	NRP0 CS	* Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Hôpital de Hautepeyre	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
STEPHAN Dominique N015	NRP0 CS	* Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires - HTA - Pharmacologie clinique / NHC	51.04	Option : Médecine vasculaire
THAUVEAU Fabien N015	NRP0 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 N013	NRP0 CS	* Pôle Tête et Cou - GETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepeyre	48.01	Neurologie
VEILLON Francis N015	NRP0 CS	* Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / HP	43.02	Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel N015	NRP0 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 / Fac de Médecine	46.01	Epidémiologie, Economie de la santé et de la prévention (option biologique)
VETTER Denis N017	NRP0 NCS	* Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques HC	52.01	Option : Gastro-entérologie
VIDALHET Pierre N015	NRP0 CS	* Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie / Hôpital Civil	48.03	Psychiatrie d'adultes
VILLE Stéphane N015	NRP0 NCS	* Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales / Fac. de Médecine	54.05	Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas N016	NRP0 CS	* Pôle de Gériatrie - Service de soins de suite et réadaptation gériatrique / Hôpital de la Robertsau	51.01	Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre N012	NRP0 CS	* Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / BMD - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01	Option : Médecine Interne
WOLF Philippe N027	NRP0 NCS	* Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiviscères / HP - Coordinateur des activités de prélèvements et transplantations des HU	53.02	Chirurgie générale
Mme WOLFF Valérie N031	NRP0 CS	* Pôle Tête et Cou - Unité Neurovasculaire / Hôpital de Hautepeyre	48.01	Neurologie

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Hautepeyre - NHC : Nouvel Hôpital Civil

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

P0 : Pôle

Cons. : Consultant hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chefferie de service)

(1) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2018

(3)

(5) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2015

(6) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2017

RP0 (Responsable de Pôle) ou NRP0 (Non Responsable de Pôle)

Dir : Directeur

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

(8) Consultant hospitalier (pour une 2ème année) -> 31.08.2017

(9) Consultant hospitalier (pour une 3ème année) -> 31.08.2017

A4 - PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES

NOM et Prénoms	CE*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CALVEL Laurent	NRP9 CG	* Pôle Spécialités médicales - Coûtaminologie / ISMD Service de Soins palliatifs / NHC	46.05 Médecine palliative
HABERBETZER François	CG	* Pôle Hépatogastro-entérologie Service de Gastro-Entérologie - NHC	52.01 Gastro-Entérologie
MIYAZAKI Toru		* Pôle de Biologie Laboratoire d'immunologie Biologique / HC	
SALVAT Eric	CG	* Pôle Tête-Cou Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur / HP	

MO136	B1 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)		
NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
AGN Arnaud M0001		* Pôle d'imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
Mme ANTAL Maria Cristina M0003		* Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hautepierre ; * Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme ANTONI Delphine M0108		* Pôle d'imagerie - Service de Radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie
Mme AYMÉ-DIETRICH Estelle M0117		* Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	46.03 Pharmacologie fondamentale ; 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 M0001		* Pôle d'imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire (option clinique)
BOUSIGES Olivier M0002		* Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme BUND Carole M0028		* Pôle d'imagerie - Service de médecine nucléaire et imagerie moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CARAPITO Raphaël M0118		* 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	45.02 Neurochirurgie
CERLINE Jocelyn M0012		* Pôle de Biologie - Département de Biologie structurale intégrative / ISBMC	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique)
CHOQUET Philippe M0014		* Pôle d'imagerie - UFR237 - Imagerie Praticienne / HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
COLLIGNUES Nicolas M0016		* Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	45.01 Neurologie
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 M0018		* 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	45.01 Neurologie
DOLLÉ Pascal M0021		* Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Inna M0024		* Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / ISBMC	44.02 Physiologie
Mme FARRUGIA-JACAMON Audez 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
FLUBETTI 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
GRILLON Antoine M0133		* Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Méd.	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
GUERIN Eric M0002		* Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
GUFFROY Aurélien M0135		* Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMC - Service de Médecine interne et d'immunologie clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme HARSAN-RASTEI Laura M0116		* Pôle d'imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
HUBBLE 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
JEHL François M0035		* Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
KASTNER Philippe M0009		* Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / ISBMC	47.04 Génétique (option biologique)

B			
NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme KEMMEL Véronique M308		* Pôde de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
KOCH Guillaume M3126		- Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine	43.01 Anatomie (Option clinique)
Mme KRASNY-PACINI Agata M3154		* Pôde de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Cénonesau	45.05 Médecine Physique et Réadaptation
Mme LAMOUR Valérie M3040		* Pôde de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LANNES Béatrice M3041		* Institut d'Histologie / Faculté de Médecine * Pôde de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique) 42.02
LWAUX Thomas M3042		* Pôde de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire
LEHORMAND Cédric M3103		* Pôde de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
Mme LETSCHER-BRU Valérie M3045		* Pôde de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / FTM HUS * Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
LHERMITTE Benoît M3115		* Pôde de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
LUTZ Jean-Christophe M3046		* Pôde de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / Hôpital Civil	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MEYER Aïsh M3033		* Institut de Physiologie / Faculté de Médecine * Pôde de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MIQUET Laurent M3047		* Pôde de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline Et. GUNTHER M3048	CS	* Pôde de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantaire / CHCO Echtrigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean M3050		* Pôde de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme NICOLAE Aina M3127		* Pôde de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et Cytologie Pathologiques (Option Clinique)
Mme NOURRY Nathalie M3011		* Pôde de Santé publique et Santé au travail - Service de Pathologie professionnelle et de Médecine du Travail - HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PENCREACH Erwan M3052		* Pôde de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
PFARR Alexander M3055		* Pôde de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / FTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie M3004		* Pôde de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme PORTER Louise M3156		* Pôde de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
PREVOST Gilles M3057		* Pôde de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / FTM HUS et Faculté	45.01 Option : <u>Bactériologie</u> -virologie (biologique)
Mme RADOSAWLJEVIC-Mrjens M3058		* Pôde de Biologie - Laboratoire d'immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie M3005		* Pôde de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC - Service de Chirurgie / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ROGUE Patrick (cf. A3) M3095		* Pôde de Biologie - Laboratoire de Biochimie Générale et Spécialisée / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
Mme ROLLAND Delphine M3121		* Pôde de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hautepierre	47.01 <u>Hématologie</u> ; transfusion (type mixte : Hématologie)
ROMAIN Benoît M3001		* Pôde des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme RUPPERT Elisabeth M3106		* Pôde Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Gorge / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme SABOU Aïna M3006		* Pôde de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / FTM HUS - Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme SCHEDECKER Sophie M3122		* Pôde de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique
SCHRAMM Frédéric M3088		* Pôde de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / FTM HUS et Faculté	45.01 Option : <u>Bactériologie</u> -virologie (biologique)

NOM et Prénoms	CI*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme SOLIS Morgane M0123	* Pôe de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital de Hautepierre		45.01 <u>Bactériologie-Virologie</u> : hygiène hospitalière Option : Bactériologie-Virologie
Mme SORDET Christèle M0365	* Pôe de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre		50.01 Rhumatologie
TALHA Samy M0070	* Pôe de Pathologie biomédicale - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC		44.02 Physiologie (option clinique)
Mme TALON Isabelle M0338	* Pôe médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre		54.02 Chirurgie infantile
TELETIN Marius M0371	* Pôe de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / GMCO Schiltigheim		54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VALLAT Laurent M0074	* Pôe de Biologie - Laboratoire d'immunologie Biologique - Hôpital de Hautepierre		<u>Hématologie</u> : Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VELAY-RUSCH Aurélie M0126	* Pôe de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil		45.01 <u>Bactériologie-Virologie</u> : hygiène hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
Mme VILLARD Odile M0076	* Pôe de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac		45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme WOLF Michèle M0110	* Chargé de mission - Administration générale - Direction de la Qualité / Hôpital Civil		48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
Mme ZALOSZYC Ariane ex. MARCANTONI M0158	* Pôe Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie / Hôpital de Hautepierre		54.01 Pédiatrie
ZOLL Joffrey M0177	* Pôe de Pathologie biomédicale - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC		44.02 Physiologie (option clinique)

B2 - PROFESSEURS DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Pr BONAH Christian	P0166	Département d'histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Épidémiologie - Histoire des sciences et des techniques
--------------------	-------	---	---

B3 - MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Mr KESSEL Nils		Département d'histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
M/LANDRE Lionel		ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMS / Faculté de Médecine	66. Neurosciences
Mme THOMAS Marion		Département d'histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mme SCARFONE Marianna	M1162	Département d'histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
M/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	M0004	Médecine générale (01.09.2017)
Pr GULLOU Philippe	M0005	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Pr HILD Philippe	M0006	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Dr ROUGERIE Fabien	M0007	Médecine générale (01.09.2014 au 31.08.2017)

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

Dr CHAMBE Juliette	M0108	E3.03 Médecine générale (01.09.2015)
Dr LORENZO Mathieu		

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

Dr BREITWILLER-DUMAS Claire		Médecine générale (01.09.2016 au 31.08.2019)
Dr GROS-BERTHOU Anne	M0106	Médecine générale (01.09.2015 au 31.08.2018)
Dr BANSELME Anne-Elisabeth		Médecine générale
Dr SCHMATT Yannick		Médecine générale

D - ENSEIGNANTS DE LANGUES ETRANGERES
D1 - PROFESSEUR AGREGE, PRAG et PRCE DE LANGUES

Mme ACKER-HESSLER Pia	M0109	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.03)
Mme CANDAS Peggy	M0108	Professeure agrégée d'Anglais (depuis le 01.09.99)
Mme SIEBENBUR Marie-Noëlle	M0107	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.11)
Mme JUNGER Nicole	M0106	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.09)
Mme MARTEN Susanne	M0105	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.14)

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Dr ASTRUC Dominique	* Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / Hôpital de Hautepiere
Dr DE MARCHI Martin	* Pôle Oncologie médico-chirurgicale et d'Hématologie - Service d'Oncologie Médicale / IGANS
Mme Dr GERARD Bénédicte	* Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dr GOURIEUX Bénédicte	* Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Sterilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dr KARCHER Patrick	* Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Hôpital de la Robertsau
Mme Dr LALLEMAN Lucie	* Pôle Urgences - SAMU37 - Médecine Intensive et Réanimation - Permanence d'accès aux soins de santé - La Boussole (PASS)
Dr LEFEBVRE Nicolas	* Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - Service des Maladies Infectieuses et Tropicales / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dr LICHTBLAU Isabelle	* Pôle de Biologie - Laboratoire de biologie de la reproduction / CMCO de Schiltigheim
Mme Dr MARTIN-HUNYADI Catherine	* Pôle de Gériatrie - Secteur Evaluation / Hôpital de la Robertsau
Dr NISAND Gabriel	* Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Mme Dr PETIT Flore	* Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - UCSA
Dr PIRRELLO Olivier	* Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO
Dr REY David	* Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dr RONDE OUSTEAU Cecile	* Pôle Locomoteur - Service de Chirurgie Séptique / Hôpital de Hautepiere
Mme Dr RONBIERES Catherine	* Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Centre Clinico Biologique d'AMP / CMCO
Dr TCHOMAKOV Dimitar	* Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques / Hôpital de Hautepiere
Mme Dr WEISS Anne	* Pôle Urgences - SAMU37 - Médecine Intensive et Réanimation - SAMU

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 septembre 2018 au 31 août 2021)
Mme DANION-GRILLIAT Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)
GRÜCKER Daniel (Institut de Physique Biologique)
- 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 DUJOIX Elisabeth (Pneumologie)
- o pour trois ans (1er septembre 2020 au 31 août 2023)
BELLOCQ Jean-Pierre (Service de Pathologie)
DANION Jean-Marie (Psychiatrie)
KEMPF Jean-François (Chirurgie orthopédique et de la main)
KOPFERSCHMITT Jacques (Urgences médico-chirurgicales Adultes)

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)
Pr RONDIERES Catherine	(2019-2020)

(* 4 années au maximum)

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.05.94	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01	LANG Gabriel (Orthopédie et Traumatologie) / 01.10.98
BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12	LANG Jean-Marie (Hématologie clinique) / 01.05.11
BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95	LANGER Bruno (Gynécologie) / 01.11.19
BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10	LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
BERGERAT Jean-Pierre (Cancerologie) / 01.01.15	LONSOCRIFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
BERTHEL Marc (Gériatrie) / 01.09.18	LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
BIENTZ Michel (Hygiène Hospitalière) / 01.09.04	MALLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
BLOCKE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.17	MAITRE Michel (Biochimie et Biol. moléculaire) / 01.09.13
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95	MANDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.16
BOEHM-BURGER Nelly (Histologie) / 01.09.05	MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03	MANZT Jean-Marie (Réanimation médicale) / 01.10.94
BOUSQUET Pascal (Pharmacologie) / 01.09.15	MARESCAUX Christian (Neurologie) / 01.09.19
BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99	MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.05.15
BRETTES Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10	MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
BURGHARD Guy (Pneumologie) / 01.10.95	MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
BURSSTEIN Claude (Pédopsychiatrie) / 01.09.18	MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15	MEYER Pierre (Biochimiques, Informatique méd.) / 01.09.10
CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15	MINCK Raymond (Bactériologie) / 01.10.93
CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95	MONTEL Henri (Bactériologie) / 01.05.11
CHAUVIN Michel (Cardiologie) / 01.09.18	MORAND Georges (Chirurgie thoracique) / 01.09.09
CHELLY Jameledine (Diagnostic génétique) / 01.09.20	MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.09
CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12	OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie Infantile) / 31.10.15	PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00	PATRIE Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
CONRAUX Claude (Oto-Rhino-Laryngologie) / 01.09.98	Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.11
CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.05.11	PINGET Michel (Endocrinologie) / 01.09.19
DIETMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17	POTTICHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18
DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17	REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.96
DUCLOS Bernard (Hésto-Gastro-Hépatologie) / 01.09.15	RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.05.03
DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa. Chir.) / 01.09.13	RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10	SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02	SAUDER Philippe (Réanimation médicale) / 01.09.20
FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.15	SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
FLAMENT Jacques (Cytobiochimie) / 01.09.05	SCHAFF Georges (Physiologie) / 01.10.95
GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13	SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
GERLINGER Pierre (Biol. de la Reproduction) / 01.09.04	SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
GRENIER Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.97	SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
GUIT Jean-Pierre (Urologie) / 01.09.14	SCHWARTZ Jean (Pharmacologie) / 01.10.87
HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18	SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.05
HALFTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.05	STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
HEID Ernst (Dermatologie) / 01.09.04	STOLL Claude (Génétique) / 01.09.09
IMBS Jean-Louis (Pharmacologie) / 01.09.09	STOLL-KELLER Françoise (Urologie) / 01.09.15
IMLER Marc (Médecine Interne) / 01.09.98	STORCK Daniel (Médecine Interne) / 01.09.03
JACQUIN Didier (Urologie) / 09.06.17	TEMPE Jean-Damé (Réanimation médicale) / 01.09.05
JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11	TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
JAEGER Jean-Henri (Chirurgie orthopédique) / 01.09.11	TREISSER Alain (Gynécologie-Obstétrique) / 24.03.08
JEBEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04	VALTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.15
KAHN Jean-Luc (Anatomie) / 01.09.18	VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06	VINCENDON Guy (Biochimie) / 01.09.08
KEMPF Jules (Biologie cellulaire) / 01.10.95	WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
KREMER Michel / 01.09.98	WETTENBLUM Emmanuel (Pneumologie) / 01.09.11
KRETZ Jean-Georges (Chirurgie vasculaire) / 01.09.18	WILM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07	WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08	WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.95
KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07	WOLFRAM-GABEL Renée (Anatomie) / 01.09.95

Légende des adresses :

FAD : Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.85.35.20 - Fax : 03.88.85.35.18 ou 03.88.85.34.57

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

- NHC : *Nouvel Hôpital Civil* : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.57.58

- HC : *Hôpital Civil* : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.57.58

- HP : *Hôpital de Hautepierre* : Avenue Molère - 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'Élieu* : 15, rue Ortmach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.57.88

CMCO - Centre Médico-Chirurgical et Ostéofixal : 15, 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 Baumain - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Grafenstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

E.F.I.L. - Etablissement François du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°35 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

Centre Régional de Lutte contre le cancer "Paul Strauer" - 3, rue de la Porte de l'Hôpital - F-67005 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.25.34.24

URIC - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGEAM (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
À 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

AUX MEMBRES DU JURY

A Monsieur le Professeur Yves HANSMANN, Président du Jury

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Chef de Pôle des Maladies Infectieuses et Tropicales et Médecine interne du Centre Hospitalier Universitaire de Strasbourg

Merci de me faire l'honneur de présider ce jury. Veuillez recevoir l'expression de ma reconnaissance pour votre bienveillance et votre investissement. Votre expertise et à votre expérience rendent votre jugement précieux.

Au Docteur Sara MARESCAUX, membre du Jury

Praticien Hospitalier au sein du pôle de Gynécologie-Obstétrique du Centre Hospitalier de Colmar

C'est un vrai bonheur pour moi de soumettre mon travail au jugement d'un médecin que j'estime autant pour ses qualités humaines que professionnelles. Cela a été un plaisir de travailler et d'apprendre à tes côtés durant ces quelques mois, et finir ma formation en te comptant parmi mon jury de thèse me touche beaucoup.

Au Docteur Jean-Luc GRIES, membre du Jury

Professeur Associé des Universités de Médecine Générale

Médecin Généraliste

Dans la continuité de ces trois années passées à partager nos expériences de jeunes professionnels au cours des séances de tutorat, merci d'avoir accepté de participer à ce jury. Vos conseils ont toujours été avisés et votre expérience un modèle pour les futurs généralistes que nous sommes.

Au Docteur François BUCHLIN, Directeur de thèse et membre du Jury

Médecin Généraliste

Merci François, de n'avoir pas hésité à m'accompagner pour ce travail de thèse. Tu as su répondre à mes questions quand j'en avais, prodiguer des conseils avisés et relire encore et toujours ces longues pages sur ton temps libre. Tu as su faire preuve de disponibilité et me rassurer quand je doutais. Je suis honorée d'avoir été à l'origine de ta première thèse en tant que directeur et j'espère t'avoir donné goût à l'expérience. Quoi qu'il en soit je n'aurais pu rêver meilleur directeur pour mettre un point final à ces longues années d'études, merci pour tout.

AUX PERSONNES AYANT CROISE MON CHEMIN DURANT MA FORMATION

A tous les médecins rencontrés tout au long de mon internat,

Au Service des Urgences de Sélestat, Chahinez, Gautier, Abder et tous les autres,

A mes praticiens de premier cycle, François, Sylvie, Jacques, Jean-Marc,

A l'équipe de Pédiatrie de l'Hôpital Pasteur de Colmar,

Au trio de choc de Médecine C de Sélestat, Constance, Estelle et Elisa,

A mes praticiens de SASPAS, Florent, Rémy et Rémy,

A tous les supers médecins de l'équipe de Dermatologie de l'Hôpital Pasteur de Colmar,

A l'équipe incroyable de gynécologie de l'Hôpital Pasteur de Colmar, Sara, Thomas, Chris, Mégane...

Merci pour tout ce que vous m'avez apporté au cours de ces trois années de formation. J'ai appris auprès de vous à soigner les gens en respectant leurs attentes, leurs besoins, et ai compris ce que signifiait être médecin. Vous avez été présents, bienveillants, généreux, et avez su partager vos connaissances et votre expérience, dans une ambiance de travail toujours agréable. Merci pour tout.

A toutes les équipes infirmière, soignantes et sage-femmes de ces mêmes services,

Anne, Charline, Jennifer, Alexandra, Sophie, Cassandra, Nazife, Marie-Laure, Nelly, Valérie, Coralie, Stéphanie, François, Pascale, Camille, Agnès, Sarah, Constance, Céline, Perrine...

J'en oublie tellement, mais ce sont autant de prénoms qui ont marqué des époques de ma vie. Merci pour ce que vous donnez aux gens. Nous changeons fréquemment de lieu de stage, mais grâce à votre accueil chaleureux, chaque nouveau départ est marqué par la découverte de nouvelles personnes et synonyme de bons moments. Les journées et les nuits passées au travail ont été plus douces en votre compagnie. Votre expérience de terrain apporte beaucoup à notre pratique et merci pour cela.

Aux cointernes rencontrés dans tous ces stages,

Laurie, Marion, Catherine, Clémentine, Julia, Fleur, Albane, Marion, Manon, Florence, Aurore, Emeline, Franck, Xavier, Thérèse, Valérie, Thomas, Arthur, Irène, Emilie, Margot, Perrine, Mathilde, Léa, Marie...

Les moments partagés avec vous resteront gravés pour toujours dans ma mémoire. On a tellement ri, stressé parfois, appris toujours... Tout ce temps passé ensemble nous a permis d'apprendre à se connaître et certains d'entre vous sont devenus de vrais bons copains. Je vous souhaite à tous le meilleur pour la suite de votre vie personnelle et professionnelle et que toujours vous vous épanouissiez dans ce que vous faites. Vous aurez à jamais une place à part dans mon cœur.

A MES PROCHES

Maman, Papa,

J'appréhendais d'écrire ces lignes, me sachant émotive et craignant de ne pas trouver les mots suffisamment forts pour exprimer la reconnaissance que je ressens. Elle est loin l'époque de la photo réalisée pour m'encourager lorsque je travaillais ma première année seule dans ma chambre. Vous avez toujours été à mes côtés et vous m'avez toujours tout apporté, la joie, les bons moments à la maison, les encouragements, la fierté de faire partie d'une famille aussi unie. Vous êtes à mes yeux des modèles de résilience et je pense avoir su tirer le meilleur de l'éducation que vous m'avez donnée. Aujourd'hui je suis fière de présenter ce travail devant vous et j'espère en retour faire votre fierté. Merci pour tout.

Enzo, Louisa,

Vous qui êtes toujours à mes yeux mes tout petits frères et sœurs. Vous avec qui j'ai toujours tout partagé, les rires et les larmes, les fous rires et les crises -jamais très longues-. Je suis si fière des adultes que vous devenez, vous qui poursuivez votre chemin sur votre propre voie, que j'espère cependant avoir participé à ouvrir. Je vous aime d'un amour inconditionnel et je serai toujours là pour vous.

A mes grands-parents et tout le reste de ma grande famille,

Papi, Mamie, j'ai la chance d'avoir grandi si près de vous, d'avoir tant partagé avec vous. Vous avez participé à faire de moi l'adulte que je suis aujourd'hui et je vous remercie pour tout ce que vous m'avez apporté.

Nona, toi aussi tu es toujours là, tu aimes à nous raconter ton passé et illustre en cela notre histoire familiale par tes récits. J'ai aussi une pensée émue pour Nono, qui n'est jamais très loin...

A tous mes oncles et tantes, parrain et marraine, vous êtes pour moi des piliers sur lesquels je sais pouvoir compter. Je remercie également tous mes cousins et cousines pour tous ces rires partagés.

Aux amies de toujours,

Sarah, Margot, Pauline, qui depuis le collège sont à mes côtés dans les meilleurs moments et sur qui je sais pouvoir compter en cas de coup dur. On partage tout, comme des sœurs, vous êtes toujours là après plus de seize années et je vous aime tant. Merci pour ces fous rires et tous les autres à venir. J'ai tellement hâte de réaliser ensemble de futurs chefs d'œuvres cinématographiques à l'image de ceux passés... Cécile, je ne sais plus comment décrire nos vingt-quatre ans d'amitié mais je crois que ce chiffre suffit à lui-même. Tu seras une oncologue brillante et c'est une fierté pour moi de compter une amie si fidèle, drôle et brillante parmi mes proches. Léa, Lise, Emma, Tara, Elise, à nous toutes, nous partageons tellement de beaux souvenirs, j'ai conscience de la chance que nous avons d'avoir un groupe d'amies soudé et j'ai hâte de continuer à me fendre la poire en votre compagnie. A nous et à notre avenir, ensemble ! Une petite pensée également à tous les copains qui nous accompagnent sur notre chemin depuis tout ce temps, eux aussi ne sont jamais bien loin...

Aux amies de presque toujours,

Clairou, Cilou, Loulou, qui sont la preuve que les études peuvent être l'occasion de rencontres qui durent pour toujours. Cela fait mine de rien presque 10 ans que l'on s'est rencontrées et je vous remercie de tout ce chemin parcouru ensemble. Je suis très fière des médecins que vous devenez, mais je suis encore plus fière des liens que nous avons tissés. Ils nous ont mené au fond du Laos, de l'Ecosse, de l'Afrique du Sud et partout en France et j'espère qu'ils continueront de nous mener ailleurs encore longtemps... Je vous aime et merci d'être toujours là.

Aux copains de l'externat,

Papi, Baptiste, Lucas, qui viennent compléter la bande de choc. A tous ces moments partagés à la cafète de la fac, assis dans l'herbe derrière la BU, mais surtout à ces bons moments passés depuis que tout cela est fini. Je vous souhaite le meilleur à l'avenir, soyez heureux, et que nos chemins continuent de se croiser le plus souvent possible.

Aux petites fées rencontrées durant l'internat,

Une pensée particulière à Léa, pour ces deux ans de vie commune, ces discussions partagées, ces repas, ces promenades. Tu as marqué mon internat de ta bienveillance et j'espère que nous pourrons continuer à partager de bons moments peu importe la distance. A Catherine, l'une des belles rencontres de ces trois dernières années. Ton rire solaire, ton accent bien présent et tes expressions si personnelles font de toi la personne unique que l'on aime tant. Continue de marquer les autres par ta présence... La Colove, qui nous a donné un aperçu de ce que serait la série *Friends* dans la vraie vie et -presque- sans caméra... Presque car finalement celle de Colin traîne toujours, pour créer avec Aurélien les morceaux qui racontent leur, notre évolution. Les locataires y ont changé, d'abord Alexandre, puis Jules, mais finalement l'ambiance y reste la même et on s'y sent comme à la maison... Les Tourangeaux Guillaume et Thomas qui par leur passion pour la cuisine et les belles choses pour l'un et du sport et de la fête pour l'autre en font des amis géniaux... Aux autres petites fées Théo et Marion, Victor, Seb, pour tous ces bons moments...

A toutes ces personnes qui de près ou de loin sont là pour moi,

A Clara, qui l'eut cru qu'un jour on en serait là. Tu es une des personnes à qui je pense quand on me demande de parler de mes amies. Je sais pouvoir toujours compter sur toi, continues s'il te plaît d'exploiter ma naïveté avec tes blagues encore longtemps, merci d'être là...

A CH, avec qui j'ai partagé le même toit pendant deux ans et autant de fous rires... Je continuerai de te parler même si tu es Serpentard.

A Pimon, voyager à l'autre extrémité de la terre ensemble tisse des liens, tout comme réviser chez ta maman durant les longues journées de D4... Je sais que je peux compter sur toi mon frerot...

A Loren, le Dr du rire que j'admire par sa positivité et sa joie de vivre.

A Hélène, qui a partagé 6 mois de notre quotidien, de nos recettes et de nos moments de vie, bon courage à toi pour la suite !

Et enfin à Léo,

Tu es mon monde et tu as su m'intégrer au tien... Merci à Angela et Vincent pour leur accueil comme si j'étais leur fille. Merci pour les remarques pertinentes que tu as apporté à ce travail et aux corrections que tu as réalisé... Comme tu le dis si bien en toute modestie « C'est pas si difficile votre thèse »... Tu es toujours de bonne humeur, tu es un soutien indéfectible au quotidien. Tu me dis de préciser dans mes remerciements que c'est toi qui cuisines tous les soirs quand je rentre tard et tu as tellement raison, c'est toi qui fais tourner la barraque. Tu as su t'adapter à ce mode de vie si particulier qu'est celui d'une interne, et maintenant que c'est fini, je suis heureuse que l'on puisse continuer de construire notre avenir ensemble. J'ai hâte de découvrir le monde avec toi et je t'aime d'un amour si grand que je ne peux le faire rentrer sur cette page. Merci pour tout ce que tu m'apportes. Ta Püppchen.

TABLE DES MATIERES

LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX	23
LISTE DES ABREVIATIONS ET ACRONYMES	24
I. INTRODUCTION	26
II. ETAT DES CONNAISSANCES	29
A. DES PAPILLOMAVIRUS HUMAINS AUX PATHOLOGIES QU’ILS INDUISENT	29
1. Epidémiologie, classification, transmission et facteurs de risque des HPV.....	29
2. Les pathologies induites par les HPV.....	31
a. Les cancers du col de l’utérus.....	32
b. Autres cancers HPV-induits.....	36
c. Autres lésions HPV-induites.....	37
B. LA VACCINATION CONTRE LES PAPILLOMAVIRUS HUMAINS EN FRANCE	38
C. UN VACCIN CONTROVERSE	39
D. HESITATION VACCINALE	41
III. MATERIEL ET METHODES	45
A. TYPE D’ETUDE	45
B. POPULATION ET CRITERES D’INCLUSION	45
C. ELABORATION DU GUIDE D’ENTRETIEN	46
D. DEROULEMENT DES ENTRETIENS	46
E. METHODE DE CODAGE ET D’ANALYSE DES DONNEES	47
IV. RESULTATS	48
A. DESCRIPTION DES PARTICIPANTS	48
B. OBJECTIF PRINCIPAL : FACTEURS AYANT PERMIS LE CHANGEMENT DE DECISION ET L’ACCEPTATION DU VACCIN	48
1. Intervention d’un professionnel de santé.....	48
a. Le médecin traitant.....	49
b. Le gynécologue.....	50
c. Le pédiatre.....	51
d. Le médecin remplaçant.....	51
2. Discussion du parent avec l’entourage.....	51
a. Avec l’adolescent.....	51
b. Avec des ami(e)s.....	52
c. Avec de la famille.....	53
d. Avec des collègues.....	53

e.	Autres parents	54
3.	Discussion de l'adolescent avec l'entourage	54
a.	Avec des ami(e)s	54
b.	Sur le temps scolaire.....	54
4.	Préoccupations en lien avec l'histoire familiale	54
a.	Antécédents familiaux de lésions du col de l'utérus	55
b.	Antécédent familial autre que gynécologique.....	55
5.	Facteurs émotionnels	56
a.	Culpabilité en cas d'apparition de cancer lié à HPV	56
b.	Souci d'un traitement égalitaire entre les enfants.....	56
c.	Réflexion par rapport à d'autres vaccins	56
d.	Confiance en la science.....	57
6.	Prise de recul face à la vaccination anti-HPV.....	57
a.	Rassurée par le temps depuis la mise sur le marché.....	57
b.	Rapport bénéfice-risque favorable	58
c.	Compréhension de l'enjeu de prévention	58
7.	Recherche de renseignements	58
a.	Auto-information.....	58
b.	Absence de polémique médiatique	59
c.	Comparaison à d'autres pays	59
C.	OBJECTIF SECONDAIRE : FREINS A LA VACCINATION CONTRE LES PAPILLOMAVIRUS HUMAINS	60
1.	Scepticisme face à la vaccination en général.....	60
a.	Patientes vaccinosceptiques	60
b.	Caractère recommandé du vaccin.....	60
c.	Nombre de vaccins trop important.....	61
d.	Les idées des mouvements anti-vaccinaux.....	61
e.	Inquiétude concernant les adjuvants.....	61
f.	Méfiance envers l'industrie pharmaceutique.....	62
2.	Influence médiatique.....	62
a.	Lien avec des polémiques vaccinales concernant d'autres vaccins	62
b.	Lien avec des polémiques vaccinales concernant les vaccins anti-HPV.....	63
c.	Comparaison avec les politiques vaccinales étrangères	63
3.	Connaissances imprécises	64
a.	Concernant les pathologies liées à HPV	64
b.	Concernant le mode de fonctionnement de la vaccination	64

c.	Peur d'effets indésirables graves	65
d.	« Manque de recul »	65
4.	Entourage sceptique	66
a.	Professionnel de santé réticent	66
b.	Bouche-à-oreille d'informations péjoratives	66
c.	Réticence de l'autre parent	66
d.	L'éducation du parent	66
5.	Motifs d'anxiété plus personnels	67
a.	Sensation de culpabilisation de devoir prendre la décision	67
b.	Peur irrationnelle	67
c.	Crainte du geste	68
D.	OBJECTIF SECONDAIRE : ETAT DES CONNAISSANCES	68
1.	Sur la vaccination	68
a.	Fonctionnement du vaccin	69
b.	Prévention des cancers du col de l'utérus	69
c.	Manque de connaissances sur les autres pathologies pouvant être prévenues par la vaccination	69
2.	Sur les papillomavirus humains	69
a.	Connaissances sur le mode de transmission	70
b.	Connaissances imprécises sur les pathologies causées par les HPV	70
c.	Ignorance totale sur les HPV	70
V.	DISCUSSION	71
A.	CONCERNANT L'ETUDE	71
1.	Forces de l'étude	71
a.	Points positifs de la méthode	71
b.	Recrutement et population	72
c.	Caractéristiques de l'enquêteur	73
2.	Limites de l'étude	73
a.	Points négatifs de la méthode	73
b.	Recrutement et population	73
c.	Modifications du guide d'entretien et interrogatoire	76
d.	Retranscription des données	76
3.	Validité de l'étude	77
B.	INTERPRETATION DES RESULTATS	78
1.	Facteurs ayant permis la prise de décision de vaccination	79
a.	Facteurs extérieurs permettant la prise de décision	80

Professionnels de santé	80
Entourage	82
L'adolescent	83
b. Facteurs intrinsèques à la mère dans la prise de décision	84
Histoire familiale.....	84
Prise de recul face à la vaccination anti-HPV.....	85
Facteurs émotionnels	86
Recherche de renseignements	87
c. Facteurs non cités	88
2. Freins à la vaccination	88
a. Freins extérieurs influençant le parent.....	88
Entourage sceptique	89
Les retours médiatiques négatifs	90
Crainte de l'enfant du geste de vaccination	91
b. Freins émanant du parent	91
Scepticisme face à la vaccination en général.....	91
Connaissances imprécises concernant les vaccins contre les HPV.....	92
Motifs d'anxiété plus personnels	93
3. ETAT DES CONNAISSANCES	94
a. Concernant les HPV	94
b. Concernant les vaccins anti-HPV	94
4. Autres éléments extraits des entretiens.....	95
a. Perception de regrets ?.....	95
b. La vaccination des garçons	95
c. Situation où il y a plusieurs filles dans la famille	96
d. Réflexions concernant le SARS-CoV-2.....	96
VI. CONCLUSION	97
VII. ANNEXES	100
1. EPIDEMIOLOGIE DES CANCERS DU COL DE L'UTERUS	100
2. CARACTERISTIQUES DES VACCINS SUR LE MARCHE.....	102
3. GUIDE D'ENTRETIEN TYPE	104
4. ENTRETIEN COMPLET NUMERO 9	105
5. CARACTERISTIQUES DES PARTICIPANTS	108
6. CATEGORIES SOCIO-PROFESSIONNELLES SELON L'INSEE	108
BIBLIOGRAPHIE	109

LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX

FIGURES

Figure 1. Cancers attribuables au mode de vie et à l'environnement en France en 2015 parmi les adultes de 30 ans et plus : fractions attribuables combinées pour les cancers associés à un ou plusieurs facteurs de risque.

Figure 2. Modèle étiologique d'infection à Papillomavirus Humain comme cause nécessaire de cancer du col de l'utérus, incluant le rôle de l'hôte, du mode de vie et des cofacteurs viraux.

Figure 3. Rapports standardisés d'incidence (SIR) du cancer du col de l'utérus lissés par département de France Métropolitaine (2007-2016), et d'incidence observée en Guadeloupe (2008-2014), Martinique (2007-2014) et Guyane (2010-2014) ; la référence est le taux pour la France métropolitaine (SIR = 1).

Figure 4. Couvertures vaccinales (%) départementales contre les papillomavirus humains « schéma complet » à deux doses à 16 ans, France, cohorte de naissance 2002.

Figure 5. Nombre de maladies HPV-induites chez les femmes et les hommes en France en 2015.

Figure 6. Evolution de l'adhésion à la vaccination (%) parmi les 18-75 ans, entre 2000 et 2016.

Figure 7. Nombre de parents ayant refusé ou tardé à accepter un vaccin pour leur enfant selon chaque vaccin présent dans le calendrier vaccinal 2016.

Figure 8. Schéma interprétatif des facteurs permettant la décision de vaccination anti-HPV et les freins.

TABLEAUX

Tableau 1. Données de couverture vaccinale papillomavirus humains (HPV) par groupe d'âge en 2019.

Tableau 2. Classification phylogénétique et épidémiologique des types d'HPV.

Tableau 3. Prévalence des types de Papillomavirus dans les lésions génitales.

Tableau 4. Opinions défavorables à certaines vaccinations parmi les 18-75 ans en France, 2010-2016.

Tableau 5. Participation de l'autre parent dans la décision vaccinale.

LISTE DES ABREVIATIONS ET ACRONYMES

ADN : Acide Désoxyribonucléique

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

ASMR : Amélioration du Service Médical Rendu

CCU : Cancer du Col de l'Utérus

CIN : Cervical Intraepithelial Neoplasia = Néoplasie intra-épithéliale cervicale (Ancienne terminologie histologique des lésions précancéreuses du col selon l'OMS en 2003)

CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

CRCI : Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation

CSP : Catégorie Socio-Professionnelle

E1, E2, E3 (...) : Entretien 1, Entretien 2, Entretien 3 ...

HAS : Haute Autorité de Santé

HPV : Human Papillomavirus = Papillomavirus Humains

HPV-HR : Human Papillomavirus Higher Risk = Papillomavirus Humains à haut risque oncogène

HPV-LR : Human Papillomavirus Lower Risk = Papillomavirus Humains à bas risque oncogène

HSH : Hommes ayant des relations Sexuelles avec des Hommes

HSIL : High-grade Squamous Intraepithelial Lesions = Lésions malpighiennes intra-épithéliales de haut grade (Terminologie des lésions précancéreuses du col selon l'OMS depuis 2014)

HSV : Herpes Simplex Virus

Insee : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IReSP : Institut de Recherche en Santé Publique

LSIL : Low-grade Squamous Intraepithelial Lesions = Lésions malpighiennes intra-épithéliales de bas grade (Terminologie des lésions précancéreuses du col de l'utérus selon l'OMS depuis 2014)

MAI : Maladies Auto-Immunes

MICI : Maladies Inflammatoires Chroniques de l'Intestin

OMS : Organisation mondiale de la santé

PNDO : Programme National de Dépistage Organisé

SAGE : Strategic Advisory Group of Experts on Immunization = Groupe stratégique consultatif d'experts en vaccination

SGB : Syndrome de Guillain-Barré

SMR : Service Médical Rendu

SPF : Santé Publique France

VIH : Virus de l'Immuno-déficience Humaine

WHO : World Health Organization = Organisation Mondiale de la Santé

I. INTRODUCTION

Les Papillomavirus Humains sont des virus à tropisme cutanéomuqueux sexuellement transmissibles, pouvant être à l'origine de lésions cancéreuses délabrantes de la sphère orale et génitale (plus souvent féminine, mais aussi masculine). Une stratégie de prévention efficace existe grâce au couple dépistage (frottis de col de l'utérus) et vaccination et il y a un réel intérêt de santé publique à valoriser cette prévention.

La question de la vaccination contre les Papillomavirus Humains (HPV) a été explorée à de nombreuses reprises. Les interrogations et préoccupations autour de ces vaccins sont récentes et d'actualité puisque les premiers vaccins disponibles et remboursés en France ne l'ont été qu'à partir de 2007 avec le GARDASIL® (quadrivalent), puis dans les années suivantes avec le CERVARIX® (bivalent), pour finalement voir naître en 2019 le GARDASIL 9® (nonavalent). Ces produits ne sont donc sur le marché que depuis une quinzaine d'années et comme tout produit récent, ils suscitent des questionnements. La première autorisation de mise sur le marché (AMM) en Europe a été obtenue en 2006 (1) et le vaccin a alors intégré le calendrier vaccinal de 18 pays européens, mais la France reste depuis mauvaise élève, avec une couverture vaccinale (bien qu'à la hausse depuis 2016) toujours insuffisante. En 2019 23,7% des jeunes filles étaient vaccinées pour le schéma complet (2), 27,9% en 2020 (3), contre les 60% attendus dans le plan cancer 2014-2019. On note un nombre à peine plus élevé d'adolescentes ayant eu une seule dose à l'âge de 15 ans.

Tableau 1. Données de couverture vaccinale papillomavirus humains (HPV) par groupe d'âge en 2019.

Source Santé Publique France (4)

Couverture vaccinale (%) par le vaccin HPV chez les jeunes filles pour une dose et le schéma complet (source : SNIIRAM-DCIR, Santé publique France, mise à jour au 31/12/19)											
Année de naissance	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	
Couverture 1 dose à 15 ans	29,1	28,7	20,9	19,8	19,4	20,6	23,6	26,2	29,4	34,9	
Couverture "Schéma complet" à 16 ans	25,3	22,4	17,0	15,7	13,2	19,5	21,4	23,7	27,9	-	

Comparativement -et comme exemple fréquemment cité- l'Australie a été un des premiers pays à introduire des plans nationaux de vaccination contre les HPV avec notamment des programmes de vaccination en milieu scolaire. Elle a depuis réussi à obtenir une couverture vaccinale extrêmement satisfaisante auprès des filles et des garçons. Leur politique vaccinale a été si efficace qu'elle leur a permis de réaliser des projections très encourageantes : au même rythme de vaccination, le cancer du col de l'utérus (CCU) pourrait être considéré comme éliminé dans les 20 prochaines années. (5)

Les raisons de la mauvaise couverture vaccinale en France ont été explorées dans de nombreuses études et divers freins ont déjà été mis en évidence. Les vaccins anti-HPV ont été l'objet de nombreuses controverses et parfois même à l'origine de polémiques médiatisées. Ils ont suscité des craintes par leur caractère nouveau et récent, par leur rapport à la sexualité (notamment des jeunes filles) et du fait de caractéristiques intrinsèques les distinguant des autres. Leur rejet est également à inscrire dans un mouvement plus global de scepticisme face à la vaccination en général.

Je m'intéresse au sujet de la vaccination contre les HPV depuis mes premiers stages d'externat, intérêt confirmé par la suite lorsque j'ai eu à gérer mes premières consultations seule durant l'internat. Elles sont complexes car elles doivent impliquer l'adolescent à vacciner mais aussi ses parents, tout en respectant l'intimité concernant le sujet de fond qui est la sexualité, à un âge où elle n'a généralement pas commencé (âge médian du premier rapport sexuel à 17,6 ans pour les filles contre 17 ans pour les garçons en 2016 (6)). J'ai fréquemment été confrontée à l'hésitation vaccinale voire à l'opposition des parents alors même que leur enfant y était parfois favorable ou n'avait juste pas d'avis. Après questionnement, l'on se rend souvent compte que cette réticence est gouvernée par une méconnaissance de ces virus et des pathologies qu'ils induisent ainsi que du rôle du vaccin.

Comme évoqué dans le « Rapport d'état des lieux des connaissances et des actions d'amélioration de la couverture vaccinale dans le cadre de l'action 1.2.5 du Plan Cancer 2014-2019 » par l'Institut pour la Recherche en Santé Publique (IReSP) : « la littérature française se focalise sur les déterminants de la non-vaccination mais peu d'articles sont consacrés aux dispositifs permettant d'agir sur ce phénomène ». (7)

Ma thèse s'inscrit dans le cadre d'une stratégie d'amélioration de la prévention contre les papillomavirus humains et les pathologies causées par eux. L'idée est de permettre d'apprendre à mieux connaître les arguments ou éléments permettant à des parents hésitants de vacciner leurs adolescents (puisque dans son rapport de recommandation vaccinale de décembre 2019, la Haute Autorité de Santé (HAS) propose d'élargir la vaccination aux garçons entre 11 et 14 ans, avec un rattrapage possible entre 15 et 19 ans). (8)

L'objectif principal est de comprendre quels sont les facteurs permettant à un individu initialement contre ou réticent de changer d'avis, surtout quand il ne s'agit pas de sa propre santé. Les objectifs secondaires consistent à dégager les freins à la vaccination (puisque fréquemment cités par les parents comme explications de leur hésitation vaccinale) ainsi que de faire un état des connaissances parentales concernant les papillomavirus humains et leurs vaccins.

II. ETAT DES CONNAISSANCES

A. DES PAPILLOMAVIRUS HUMAINS AUX PATHOLOGIES QU'ILS INDUISENT

1. Epidémiologie, classification, transmission et facteurs de risque des HPV

Les papillomavirus humains sont de petits virus nus contenant de l'acide désoxyribonucléique (ADN) double-brin, de la famille des papillomaviridæ. Ce sont des virus à tropisme épithélial à l'origine du développement de lésions le plus souvent bénignes mais parfois malignes. Plus de 200 types de papillomavirus humains ont été identifiés, mais tous ne sont pas à risque de cancer. Parmi eux, les « gènes-alpha » sont associés au développement de tumeurs muqueuses, et les « gènes-bêta » aux tumeurs cutanées. (9) (10)

Les HPV ont été classés en fonction de leur capacité à développer des transformations malignes (cf. Tableau 2). Les HPV à haut risque oncogène (HPV-HR) n'impliquent cependant pas forcément le développement d'une lésion cancéreuse. Dans la plupart des cas, les lésions régressent spontanément. La persistance prolongée dans le temps d'un portage d'HPV-HR est positivement lié au développement de lésions précancéreuses (11) (12). Les types de HPV les plus fréquemment rencontrés à l'échelle mondiale sont les HPV-16, 18, 31, 33, 35, 45, 52 et 58, les deux premiers étant les plus courants dans toutes les régions évaluées.

Tableau 2. Classification phylogénétique et épidémiologique des types d'HPV

Source Muñoz et Bosch Epidemiologic classification of HPV types in association with cervical cancer (13)

Phylogenetic Classification	Epidemiologic Classification	
	High risk	Low risk
High risk	16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 82, 26,* 53,* 66*	70
Low risk	73	6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 72, 81, CP6108

*La classification épidémiologique de ces types comme « à haut-risque probable » est basée sur 0 cas contrôle et 1 cas positif sur 3.

Les valences à bas risque telle que HPV-6 ou HPV-11 causent des lésions génitales à type de condylomes, alors que les HPV les plus oncogènes peuvent être à l'origine de carcinomes épidermoïdes invasifs.

HPV-16 est la valence HR à plus haute prévalence, suivie par HPV-18 puis HPV-31. A eux-seuls, HPV-16 et 18 sont à l'origine de 70% des cancers et des lésions précancéreuses du col de l'utérus, et il est estimé qu'entre 70 et 75% des adultes sexuellement actifs auront été au contact d'un HPV au moins une fois dans leur vie. (14)

Tableau 3. Prévalence des types de Papillomavirus dans les lésions génitales

Source Zur Hausen H. Papillomaviruses and cancer : from basic studies to clinical application. (15)

Type of genital lesion	HPV type	
	Less prevalent	More prevalent
Condylomata acuminata	42,44,51,53,83	6,11
Intraepithelial neoplasias	6,11,18,26,30,31,33,34,35,39,40,42,43,45,51,52,53,54,55,56,57,58,59,61,62,64,66,67,68,69,70,71,73,74,79,81,82,83,84	16
Cervical and other anogenital cancers	(6,11),18,31,33,35,39,45,51,52,54,56,58,59,66,68,69	16

Human papillomavirus (HPV) types in brackets indicate extremely rare prevalence.

Une infection à HPV peut être temporaire et le virus peut être éliminé par différents mécanismes. En général, dans les études réalisées sur le sujet, les épisodes infectieux durent de 4 à 20 mois, avec des taux de clairance variables. Les infections à HPV-HR tendent à durer plus longtemps que celles à HPV-LR. HPV-16 serait parmi les variants à avoir une des durées infectieuses les plus longues. (13)

Modes de transmission des HPV

L'infection par HPV a lieu par contact direct avec le virus via la peau ou les muqueuses, mais aussi beaucoup plus rarement par contact indirect sur des surfaces contaminées (notamment lors de gestes ou d'actes médicaux par exemple). Après avoir infecté les cellules cibles, les nouveaux virions ne se développent que dans des cellules en phase de mitose, les cellules-filles en phase de différenciation. L'infection a lieu à la suite de microtraumatismes épithéliaux, quand le virus atteint les cellules de la couche basale des épithéliums stratifiés. (16)

Le rapport sexuel est le mode de transmission le plus fréquent. Les zones du corps pour lesquelles le virus a le plus d'appétence sont les épithéliums de transition cutanéomuqueux du col de l'utérus et de la région anale, les épithéliums spécialisés de la cavité orale, les cryptes tonsillaires de l'oropharynx et les follicules pileux. (10)

Les jeunes adultes sexuellement actifs sont plus à risque d'être infectés par un HPV et la prévalence est plus importante chez les femmes jeunes sexuellement actives (17) (bien que certaines études tendent à démontrer que la prévalence serait équivalente chez les hommes jeunes sexuellement actifs). (18)

Facteurs de risque d'infection à HPV

Les facteurs de risque d'infection à HPV et de persistance de celle-ci sont (14) (17) :

- le nombre élevé de partenaires sexuels (récents et à l'échelle d'une vie) ;
- l'âge jeune du premier rapport sexuel ;
- le fait d'être atteint d'autres affections sexuellement transmissibles;
- le tabac ;
- l'âge (avec une décroissance importante après l'âge de 30 ans) ;
- l'usage de contraceptif oral ;
- le fait d'être atteint d'une maladie auto-immune tel que le VIH;
- un état d'inflammation chronique ;
- la grossesse du fait de variations hormonales favorise le risque d'infection et de développement de lésions liées à HPV ;
- une parité élevée.

Ces facteurs varient en fonction du type d'HPV. (17) Certains facteurs de risque viennent se surajouter dans certaines études, mais toujours fortement liés à l'activité sexuelle (l'âge jeune lors du premier rapport peut être associé à un plus grand nombre de partenaires sexuels à l'échelle de la vie par exemple) ou à ses pratiques.

2. Les pathologies induites par les HPV

Une infection persistante par des HPV oncogènes peut entraîner des lésions précancéreuses pouvant évoluer en cancer du col de l'utérus mais aussi, dans une moindre mesure, en d'autres lésions cancéreuses (anus, vulve, pénis, vagin, sphère ORL...). Le pic d'incidence est en général 10

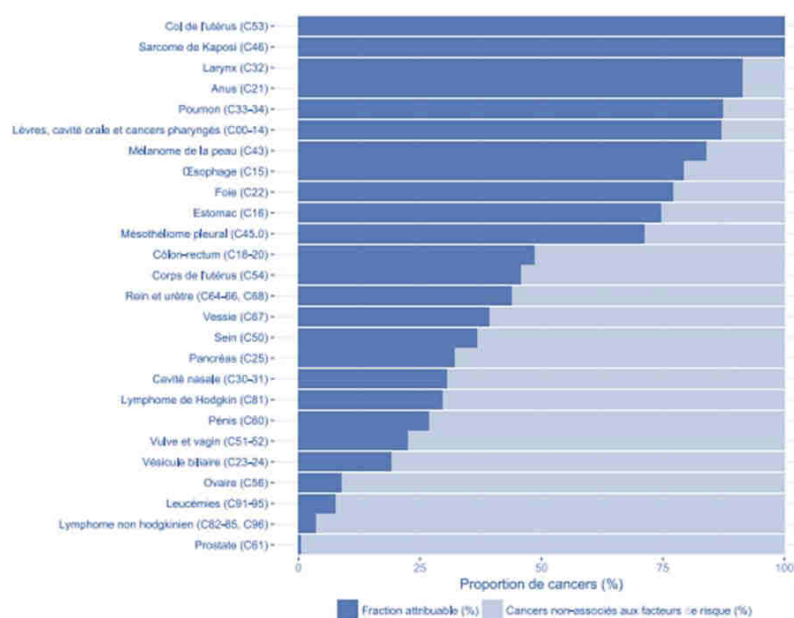
ans après le premier rapport sexuel, en moyenne entre l'âge de 24 et 30 ans chez les deux sexes. (14)

Les infections anogénitales à HPV sont les infections sexuellement transmissibles les plus courantes dans le monde. (14) (18) Leur potentiel oncogénique a été démontré (et est majoré chez les patients immunodéprimés) et les pathologies qui en découlent peuvent influencer sur la survie et la qualité de vie des individus.

a. Les cancers du col de l'utérus

La présence d'un papillomavirus humain est la cause nécessaire au développement de tous les types de cancers du col de l'utérus. (19) Les cancers du col de l'utérus sont les cancers les plus dépendants de facteurs de risques modifiables.

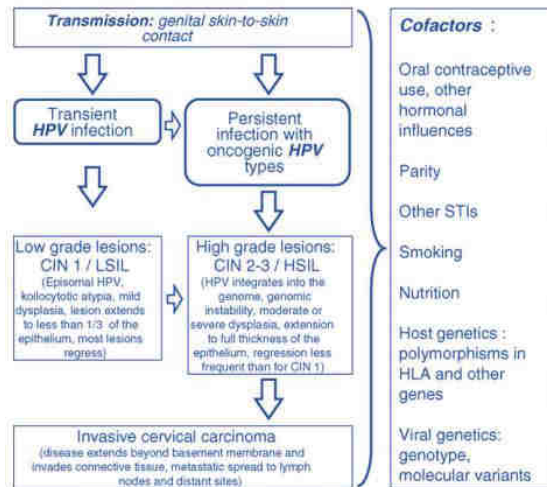
Figure 1. Cancers attribuables au mode de vie et à l'environnement en France en 2015 parmi les adultes de 30 ans et plus : fractions attribuables combinées pour les cancers associés à un ou plusieurs facteurs de risque.
Source Institut National du Cancer (20)



Source : IARC (2016). Les cancers attribuables au mode de vie et à l'environnement en France métropolitaine. International Agency for Research on Cancer. All rights reserved.

Figure 2. Modèle étiologique d'infection à Papillomavirus Humain comme cause nécessaire de cancer du col de l'utérus, incluant le rôle de l'hôte, du mode de vie et des cofacteurs viraux.

Source Muñoz et Bosch Epidemiologic classification of HPV types in association with cervical cancer (13)



Epidémiologie :

A l'échelle mondiale, le cancer du col de l'utérus est le 4^{ème} cancer féminin en termes d'incidence et 2^{ème} en termes de prévalence. (21) (22) (23) Il s'agit du premier cancer féminin dans beaucoup de pays en voie de développement où 80% des cas sont recensés (13)(17) et où il est le plus meurtrier. (21) On recense environ 311 000 décès par an dans le monde avec un taux de mortalité à 1,7/100 000 personnes-années. (23)

En France, le taux d'incidence du cancer du col de l'utérus est de 6,1/100 000 personnes-années, avec une baisse constante depuis 20 ans. Il se classe au 12^{ème} rang des cancers de la femme en termes d'incidence (24) avec 2920 nouveaux cas par an. Il se place au 12^{ème} rang du taux de mortalité par cancer en France. On recense 1 117 décès en 2018 avec un pic de mortalité à l'âge de 64 ans et un taux de mortalité à 1,7/100 000 personnes-années. (23)

L'âge médian de diagnostic est de 53 ans (23) (24) et le pronostic est plutôt bon puisque l'on note une survie nette de 86 % à 5 ans et de 76 %, à 10 ans. (24)

L'annexe 1 est consacrée à l'épidémiologie des cancers du col de l'utérus où elle y est développée plus en détails.

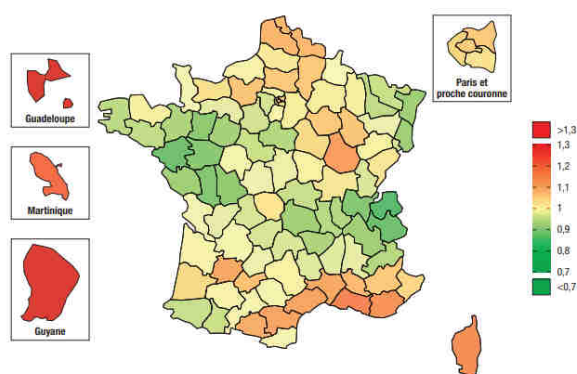
En France, on note une importante disparité territoriale de la répartition des cancers du col de l'utérus.

Les taux d'incidence de CCU sont particulièrement élevés sur le pourtour méditerranéen avec des sur-

incidences par rapport à la moyenne nationale dans certains départements (Bouches-du-Rhône, Var, Hérault...).

Figure 3. Rapports standardisés d'incidence (SIR) du cancer du col de l'utérus lissés par département de France Métropolitaine (2007-2016), et d'incidence observée en Guadeloupe (2008-2014), Martinique (2007-2014) et Guyane (2010-2014) ; la référence est le taux pour la France métropolitaine (SIR = 1)

Source Hamers et Woronoff Cancer du Col de l'Utérus en France : tendances de l'incidence et de la mortalité jusqu'en 2018 (23)



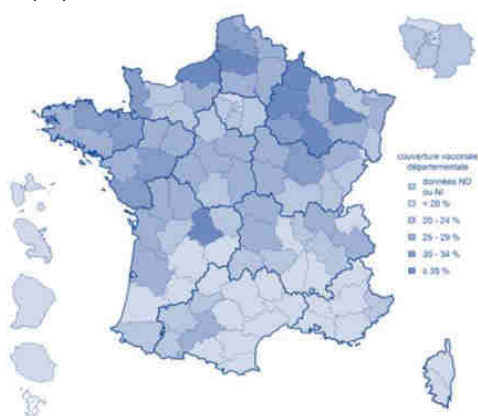
Prévention :

La stratégie de prévention des cancers du col de l'utérus liés aux papillomavirus humains (HPV) s'appuie sur la combinaison du dépistage par frottis cervico-utérin (FCU) et sur la vaccination. (25) Du fait de l'évolution lente et de l'existence de lésions pré-cancéreuses curables, le CCU peut être dépisté à un stade précoce et être prévenu par la détection des lésions qui le précèdent.

La figure 4 représente la couverture vaccinale Française contre les HPV en fonction des départements pour les schémas complets. Elle n'est pas parfaitement superposable à la figure 3, mais on peut noter que comme pour le taux d'incidence, le quart Sud-Est est mauvais élève, avec une couverture très faible dans les départements périméditerranéens.

Figure 4. Couvertures vaccinales (%) départementales contre les papillomavirus humains « schéma complet » à deux doses à 16 ans, France, cohorte de naissance 2002.

Source SNDS-DCIR transformé par SPF. (26)



Le port du préservatif fait partie de la stratégie de prévention, bien que protégeant incomplètement des infections à HPV. Ceux-ci peuvent tout de même infecter le ou la partenaire via la peau en périphérie du préservatif si celle-ci est contaminée. Limiter ou éviter les facteurs de risque d'infection à HPV cités plus haut permet de diminuer le risque d'infection à HPV.

Dépistage :

Jusqu'en 2018 le dépistage du CCU était individuel (et opportuniste), puisque les femmes de 25 à 65 ans étaient invitées à réaliser un frottis tous les deux ans, puis tous les 3 ans (à condition que les 2 premiers soient normaux), le plus souvent par leur gynécologue, mais parfois par leur médecin généraliste. Si les femmes consultaient peu ou si le médecin en question ne pensait pas à proposer le frottis, le dépistage pouvait ne pas être réalisé. Le taux de participation au dépistage du cancer du col de l'utérus était de 61,2 % sur la période 2010-2013 (20), puis 59% sur la période 2015-2017. (27) Ce taux de dépistage est inférieur aux standards européens acceptables (70%) et souhaitables (85%) (27) et est donc insuffisant. De plus, l'intervalle souhaité de 3 ans entre deux frottis n'était régulièrement pas respecté, avec des femmes bénéficiant d'un suivi parfois trop rapproché, et d'autres échappant complètement au dépistage.

Depuis mai 2018, un programme national de dépistage organisé (PNDO) a été lancé avec pour objectifs de réduire l'incidence et le nombre de décès par cancer du col de l'utérus de 30 % à 10 ans, en atteignant 80 % de taux de couverture dans la population cible et en rendant le dépistage plus facilement accessible. (20) (28) La population éligible au dépistage reste la même qu'avant 2018 : il concerne 17 000 000 de femmes, âgées de 25 à 65 ans.

Les modalités de dépistage varient à présent avec l'âge (29):

- Entre 25 et 29 ans : maintien d'un examen cytologique (analyse morphologique des cellules afin de mettre en évidence des anomalies) tous les 3 ans après deux premiers tests normaux à un an d'intervalle.
- De 30 à 65 ans : il est recommandé de réaliser un test PCR HPV-HR (qui recherche de l'ADN de virus à haut risque) tous les cinq ans, trois ans après le dernier test cytologique négatif. Ce test

est plus efficace chez les femmes de 30 ans et plus et son efficacité serait également plus importante contre les adénocarcinomes, dont l'incidence est en hausse ces dernières années.

(23)

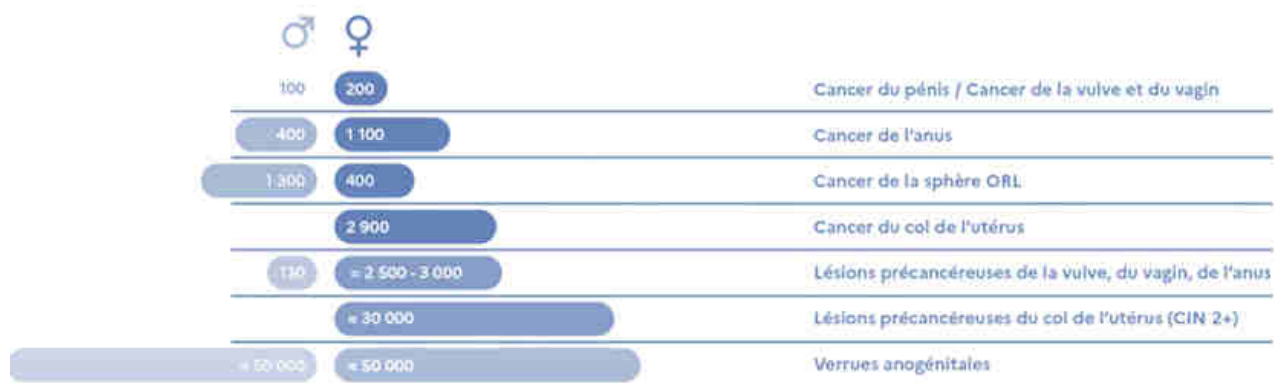
Le PNDO consiste en l'envoi régulier aux patientes d'invitations par courrier, à l'image des dépistages organisés du cancer du sein ou du cancer colorectal afin de limiter les oublis et pour permettre de débiter un suivi pour l'ensemble des femmes. L'Institut National du Cancer a d'ailleurs créé un outil interactif pour les professionnels de santé (médecins, sage-femmes et gynécologues) afin de faciliter le maniement du dépistage. Il est disponible sur le site de l'Institut et à l'adresse <https://depistagecoluterus.e-cancer.fr/> (29)

b. Autres cancers HPV-induits

Chaque année, en France, 6300 nouveaux cas de cancers sont attribuables aux infections liées aux HPV (CCU compris). (30) Les autres cancers HPV induits sont aussi principalement causés par des HPV-HR (dans la grande majorité des cas HPV-16) et concernent d'autres régions anogénitales ou du tractus aéro-digestif supérieur.

Figure 5. Nombre de maladies HPV-induites chez les femmes et les hommes en France en 2015

Source Institut National du Cancer, d'après Schield et al., 2018.



- Les **cancers du canal anal** représentent 2000 nouveaux cas par an en France, prédominant chez la femme (31) et leur incidence semble s'élever ces 20 dernières années. 85% d'entre eux seraient attribuables aux HPV (17) (31) et on retrouve du HPV-16 dans 89% des cancers anaux.

(32)

- Les **cancers de l'oropharynx** sont au 11^{ème} rang mondial des cancers, avec des facteurs de risque connus que sont le tabac, l'alcool, qui viennent interférer dans les résultats des études sur l'imputabilité des papillomavirus humains. Les chiffres varient en fonction que l'on parle de différentes parties de la cavité orale ou de l'oropharynx, mais la fraction attribuable aux HPV concernant l'oropharynx serait plus importante que la cavité buccale (environ 20%), et essentiellement des HPV-HR, notamment le type 16. (33)
- D'autres cancers plus rares tels que les **cancers du larynx** dont il est admis que les HPV-HR augmentent le risque mais dont l'incidence diminue (34). A noter qu'une infection à HPV-LR peut provoquer une papillomatose respiratoire (atteinte bénigne). 40 à 50% des **cancers du vagin et de la vulve** seraient attribuables aux HPV-HR. (35) Il en est de même pour les cancers du pénis. (17) L'imputabilité des HPV est suspectée dans les **cancers de l'œsophage**. (9) La responsabilité d'HPV (16 particulièrement) a été démontrée dans le développement de Maladie de Bowen ou d'Erythroplasie de Queyrat, considérés comme des **carcinomes épidermoïdes in situ**. (36) Des études sont en cours afin de mettre en évidence des liens entre les papillomavirus humains et les cancers naso-sinusiens, des poumons, du colon, du rectum et de la vessie.

c. Autres lésions HPV-induites

Les **verruës anogénitales** (*Condylomata Acuminata*), ou condylomes, sont causées par les HPV de bas grade. Ce sont les manifestations d'infection à HPV de la sphère ano-génitale les plus fréquentes. Ce sont des lésions de morphologie variable (allant des plaques à la papule ou aux végétations) et leur taille peut aller de quelques millimètres à plusieurs centimètres. Il est difficile de mesurer l'incidence de ces lésions de manière fiable et toutes les études réalisées à ce sujet l'ont été de manière indirecte via des statistiques réalisées auprès de médecin généralistes ou de séries hospitalières. Cependant, tout porte à croire que l'incidence de ces lésions serait en hausse ces dernières années, notamment en Occident.

Les **verrues cutanées** causées par les infections à HPV non sexuellement transmis ont des caractéristiques épidémiologiques différentes et sont essentiellement causées par les HPV-1, 2, 4, 27 et 57, dont le facteur de risque le plus important de contamination est la transmission intra-familiale notamment dans les familles nombreuses, ou encore l'auto-contamination. (14) Elles sont le plus souvent spontanément résolutive et peuvent être localisées partout, mais privilégient selon les types la plante des pieds ou la paume des mains et les zones péri-unguéales.

B. LA VACCINATION CONTRE LES PAPILLOMAVIRUS HUMAINS EN FRANCE

Pour rappel le premier vaccin mis sur le marché a été le GARDASIL® en 2006 d'abord aux Etats-Unis, puis sur le marché européen. Peu de temps après est arrivé le CERVARIX®, son concurrent direct. A leur commercialisation en France, les vaccins contre les papillomavirus sont recommandés pour les filles de 14 à 23 ans « n'ayant pas débuté leur vie sexuelle » avec dépistage régulier par frottis dès 25 ans, puis l'âge de vaccination est avancé à 11 ans en 2013. Ils sont alors remboursés à 65% (et le resteront). En 2017, l'indication s'ouvre aux hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) de moins de 26 ans et aux personnes immunodéprimées.

GARDASIL 9® obtient son AMM en Europe en 2015. Ce vaccin est alors recommandé selon un schéma en 3 doses à partir de l'âge de 11 ans, puis pour cette population avec un schéma à deux doses à partir de 2016.

Un récapitulatif des vaccins actuellement sur le marché est consultable en Annexe 2.

Actuellement la vaccination contre les HPV ne fait pas partie du calendrier vaccinal obligatoire. Il s'agit d'une vaccination « opportuniste », donc à l'initiative des médecins ou des patients. Les recommandations concernant la vaccination HPV ont récemment changé. Alors qu'elle ne ciblait que les filles, depuis décembre 2019 et applicable au 01/01/2021, les garçons sont également concernés.

(37)

Le nouveau schéma vaccinal propose donc : (37)

GARDASIL 9® :

- Garçons et filles de 11 à 14 ans révolus : deux doses 0 et 6 mois
- Garçons et filles de 15 à 19 ans révolus: trois doses 0, 2 et 6 mois

- Pour les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) jusqu'à 26 ans révolus : trois doses 0, 2 et 6 mois.

GARDASIL® (à n'utiliser que pour terminer un schéma déjà commencé) :

- Filles entre 11 et 13 ans révolus : deux doses 0 et 6 mois
- Filles entre 14 et 19 ans révolus : trois doses à 0, 2 et 6 mois
- HSH jusqu'à 26 ans révolus : trois doses 0, 2 et 6 mois.

CERVARIX® (à n'utiliser que pour terminer un schéma déjà commencé) :

- Filles entre 11 et 14 ans révolus : deux doses 0 et 6 mois
- Filles entre 15 et 19 ans révolus : trois doses 0, 1 et 6 mois.

C. UN VACCIN CONTROVERSE

C'est dans un cadre de scepticisme global avec très nette baisse de popularité de la vaccination qu'ont été mis sur le marché les vaccins contre les HPV.

Fin 2013, des adolescentes ainsi que leurs parents accusent les vaccins contre les HPV d'être à l'origine du développement de maladies auto-immunes (MAI) chez elles. (38) Ces allégations ayant pour effet la création d'associations de victimes avec traduction en justice de SANOFI (cinquante et une plaintes au total) (39) pour « atteinte involontaire à l'intégrité de la personne humaine » et de l'ANSM pour « violation d'une obligation manifeste de sécurité et méconnaissance des principes de précaution et prévention ». GARDASIL® est dès lors régulièrement à la une de gros titres remettant en question son efficacité ou instigateurs de méfiance. Cela attise l'atmosphère générale de défiance et le développement important des réseaux sociaux à cette époque favorise la transmission rapide de ces idées. Les plaignantes sont évidemment soutenues par des associations anti-vaccinalistes et le débat dérive vers une remise en question de la sécurité des vaccins de manière générale.

Dans un premier temps, les experts de la Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation (CRCI) de la région aquitaine où la première accusation avait été portée concluent à « un lien de causalité entre le vaccin et la pathologie » ce qui a attisé la méfiance. L'affaire a finalement récemment été classée sans suite en l'absence de lien de causalité direct. Cette polémique a eu un impact direct sur l'opinion vaccinale négative et la mauvaise couverture vaccinale.

En 2015 une étude française de sécurité des vaccins contre les HPV est menée afin d'étudier le lien entre cette vaccination et les maladies auto-immunes, sur plus de 2 millions de jeunes filles de 13 à 16

ans. Elle est conduite par l'ANSM et la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS). Aucune association significative n'a pu être mise en évidence et le vaccin est considéré comme n'élevant pas le risque de développer une MAI. On retrouve tout de même une discrète augmentation du risque de Syndrome de Guillain-Barré (SGB) ou de Maladies Inflammatoires Chroniques de l'Intestin (MICI), statistiquement significative. Les résultats sont cependant à interpréter avec prudence car elle présente des limites et des biais : la multiplicité des tests mène à une probabilité unilatérale de 30% de trouver à tort une association significative, un faible taux d'association pour les MICI, un biais d'indication, un biais de détection, un biais de confusion, un biais de classement. De plus, le syndrome de Guillain-Barré est un des événements les plus rares de l'étude, et les intervalles de confiance très larges apportent beaucoup d'incertitude. (40) Ces résultats n'ont pas été corroborés par les études comparables menées dans plusieurs pays (Angleterre, Québec), où aucun lien de causalité n'a été retrouvé avec une pathologie. (30)

D'autres controverses existent en termes de vaccination, pas forcément liées aux vaccins anti-HPV en particulier. L'opinion publique a cependant tendance à faire des associations d'idées pouvant mener à des amalgames. Une étude a été réalisée comparant les opinions de parents concernant la vaccination contre les HPV et l'Hépatite B. Les résultats ont permis de constater que les caractéristiques des personnes défavorables à ces deux vaccinations sont très proches : revenus et diplômes plus élevés, être parents d'enfants âgés de 1 à 15 ans, être une femme. Seul l'âge des personnes défavorable diffère un peu : ils sont plus nombreux chez les personnes de 55-64 ans concernant la vaccination anti-HPV, probablement du fait de la polémique de 1998. (41) Ces vaccins sont recommandés chez des populations adolescentes, plus susceptibles de développer des lésions démyélinisantes, et des effets indésirables graves avaient été suspectées après la mise sur le marché des deux vaccins.

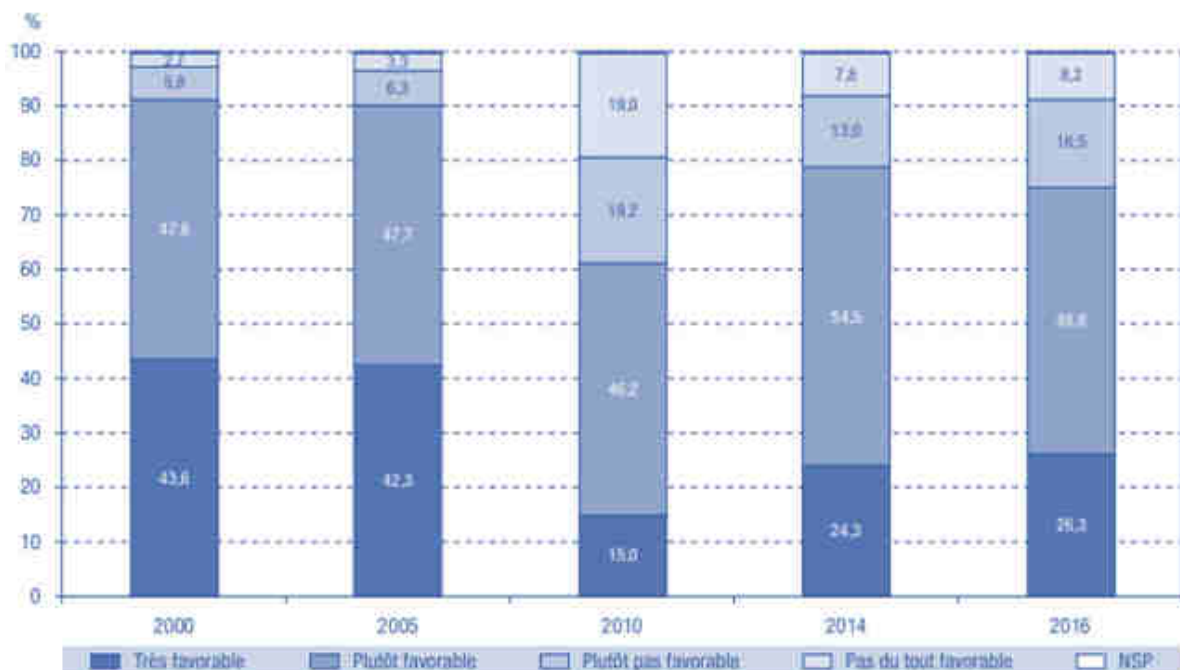
Une étude a permis de démontrer que bien que la majorité des médecins généralistes français recommandaient la vaccination contre les HPV à leurs patients, un pourcentage important d'entre eux restait hésitant face à ce vaccin concernant son efficacité et sa sûreté, ce qui influe leurs recommandations auprès des patients.

D. HESITATION VACCINALE

Le terme hésitation vaccinale fait référence à un retard dans l'acceptation ou le refus de certains vaccins en dépit d'une disponibilité vaccinale. (42) Les réticences et remises en question du vaccin HPV entrent dans le cadre d'un mouvement d'hésitation vaccinale global puisque c'est en Europe que l'on retrouve les taux les plus élevés d'avis négatifs concernant l'efficacité, l'importance et la sécurité des vaccins, et notamment en France, chef de file du mouvement, avec une proportion de Français se déclarant défavorables à la vaccination passée de 10 à 25% entre 2005 et 2016. (43) (44) A savoir que la France a toujours été un pays où le sujet de la vaccination et de son acceptabilité a suscité de vifs débats. On peut constater sur la figure 6 une très nette dépréciation des vaccins à partir des années 2010 (et notamment l'épisode de la grippe H1N1), un peu améliorée depuis, bien qu'ils soient à l'heure actuelle toujours moins bien perçus que dans les années 2000.

Figure 6. Evolution de l'adhésion à la vaccination (%) parmi les 18-75 ans, entre 2000 et 2016 (41)

Source Baromètre Santé 2000, 2005, 2010, 2014, 2016, SPF.



L'hésitation vaccinale est un mécanisme complexe qu'il s'agit de replacer dans son contexte socio-économico-culturel, et qui varie avec le temps, l'endroit, et les vaccins eux-mêmes. Elle n'implique pas forcément que les personnes soient contre la vaccination, mais qu'elles soient plus enclines au doute

et au refus : il faut l'envisager comme un processus décisionnel qui implique des questionnements et des jugements sur des considérations de santé publique. (45)

Différents modèles ont été testés pour essayer de représenter l'hésitation vaccinale dans toute sa complexité afin de standardiser une évaluation de celle-ci qui pourrait être applicable internationalement. L'un de ceux qui est le plus évoqué dans la littérature est le modèle du SAGE (Strategic Advisory Group of Experts on Immunization) de l'OMS, communément appelé le modèle des « 3Cs » : Confidence (Confiance), Complacency (que l'on pourrait traduire par Suffisance), Convenience (Commodité). (46) Il fait s'intriquer trois cercles représentant ce qu'ils considèrent être comme les trois déterminants de l'hésitation vaccinale, soit respectivement la « Confiance » en l'efficacité et en la sécurité du vaccin mais aussi en le système qui en est à l'origine et en les motivations des gouvernements ; la « Suffisance », qui apparaît quand la personne perçoit les pathologies prévenues par les vaccins comme étant à bas risque de se produire (la vaccination n'apparaît alors plus nécessaire à leurs yeux) ; et enfin la « Commodité », qui représente la facilité pour les gens d'avoir accès physiquement et financièrement au vaccin mais aussi à la compréhension qu'ils en ont. (46)

Le risque majeur de ce scepticisme généralisé serait de mener progressivement à des couvertures vaccinales insuffisantes avec parfois une recrudescence de maladies contrôlées ou éradiquées par le passé (comme cela a pu être le cas pour la rougeole). (47) L'OMS estime que la vaccination prévient environ 2,5 millions de morts annuellement. Essayer de maintenir une couverture vaccinale suffisante et minimiser l'hésitation vaccinale d'une manière générale sont dans ce contexte une priorité internationale. (48)

Le vaccin contre la grippe saisonnière est le vaccin le moins accepté par les patients français avec un taux d'opinion défavorable particulièrement élevé. Avec lui, le vaccin contre l'hépatite B réunit également depuis plus de 20 ans un nombre particulièrement élevé d'avis négatifs. Arrive juste ensuite le vaccin contre les HPV, qui reste parmi les vaccins les moins populaires comme le montre le tableau 4, classant statistiquement les vaccins les plus remis en question par les patients. (7) (41)

Tableau 4. Opinions défavorables à certaines vaccinations parmi les 18-75 ans en France, 2010-2016 (41)

Source Baromètres santé 2010, 2014, 2016, SPF.

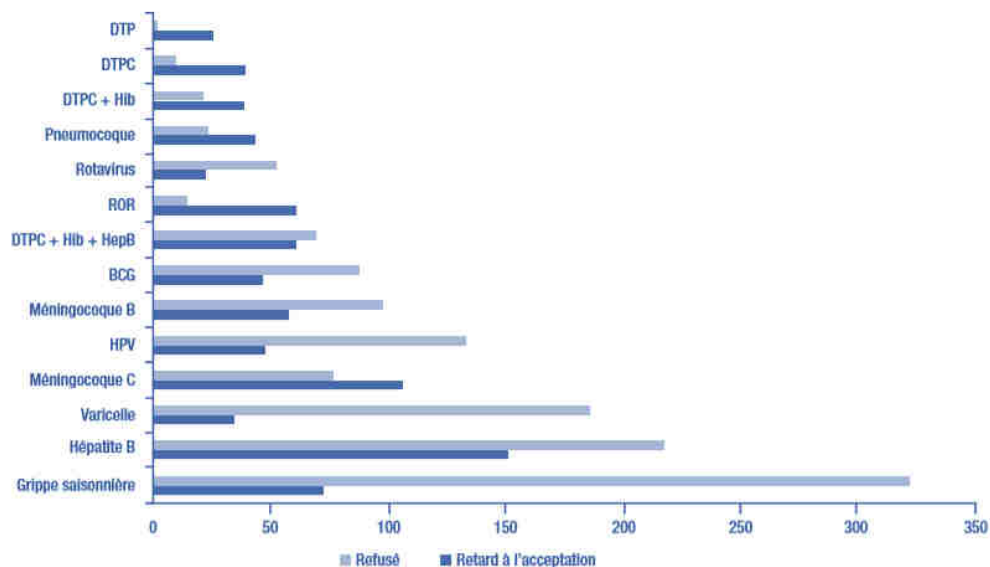
	2010	2014	2016
Opinions défavorables à certaines vaccinations	53,2%	44,9%	41,5%***
À quelle(s) vaccination(s) êtes-vous défavorable ?			
Grippe saisonnière	11,2%	19,0%	15,4%***
Hépatite B	10,7%	13,0%	13,0%
HPV	0,5%	7,7%	5,8%***
ROR	1,0%	1,2%	1,7%***
BCG	1,2%	1,5%	1,6%
DTP	0,7%	1,1%	1,5%**
Toutes les vaccinations	2,0%	2,4%	2,4%

Significativité indiquée dans la colonne 2016, calculée entre 2016 et 2014 : ** p<0,01 ; *** p<0,001.

Ces chiffres sont corroborés à la figure 7, issue d'une étude réalisée en 2018 dans le Sud-Est de la France sur l'hésitation vaccinale et ses déterminants, qui permet de visualiser graphiquement quels sont les vaccins pour lesquels les parents sont les moins assidus. Il est à noter que c'est dans cette région que les taux de vaccination sont les moins satisfaisants.

Figure 7. Nombre de parents ayant refusé ou tardé à accepter un vaccin pour leur enfant selon chaque vaccin présent dans le calendrier vaccinal 2016. (49)

Source Bonfiglio DLM, L'hésitation vaccinale et ses déterminants : étude observationnelle descriptive menée auprès de 1173 parents des Alpes-Maritimes.



C : coqueluche ; D : diphtérie ; HepB : Hépatite B ; Hb : Haemophilus Influenzae ; HPV : human papillomavirus ; P : polyomyélite ; ROR : rougeole, oreillons, rubéole ; T : tétanos.

Cette même étude a permis de mettre en évidence certaines caractéristiques socio-démographiques de « parents hésitants » que sont : d'avoir un enfant âgé de moins de 2 ans, le fait d'avoir peu

d'enfants, le fait d'être une femme. De cette étude était soulevé un paradoxe : 63% des parents étaient hésitants vaccinaux alors que 90% d'entre eux considéraient que les vaccins permettent de protéger les enfants des maladies graves.

Les politiques sanitaires et la communication actuelle autour des risques infectieux ont changé au fil de temps. Actuellement, les politiques de santé font reposer la responsabilité aux patients de manière individuelle. La réaction des gens est alors plus autocentrée, et la population a dès lors plus tendance à se focaliser sur le risque individuel que sur les bénéfices obtenus à l'échelle collective grâce à l'immunité de groupe. (50)

III. MATERIEL ET METHODES

A. TYPE D'ETUDE

Il s'agit d'une étude qualitative par entretiens semi-dirigés individuels auprès de parents volontaires ayant un ou des enfants vaccinés contre les papillomavirus humains. Le mode de recueil qualitatif permet d'identifier toutes les réponses possibles jusqu'à saturation des données. Ce travail s'est voulu tout au long de sa conception respectueux des critères COREQ (Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research), critères anglo-saxons de validité d'une étude qualitative. (51)

Cette étude entre dans le cadre d'une analyse en Théorie Ancrée -qui est une démarche développée en 1967 par deux sociologues américains, Glaser et Strauss (52)- selon laquelle la théorie est construite de façon inductive à partir des données recueillies. Les questions sont adaptées au fur et à mesure que des personnes partagent des expériences et des problématiques communes, et s'ancrent donc dans les données.(53) (54) Pour ce travail, le thème choisi initialement était la vaccination HPV, avec un centrage progressif sur la question de la prise de décision parentale dans cette vaccination. Les données étaient analysées au fur et à mesure de leur recueil, permettant d'adapter le questionnaire et de souligner l'émergence de thèmes de réponses.

B. POPULATION ET CRITERES D'INCLUSION

La population est composée de parents (mères) d'enfants vaccinés contre les papillomavirus humains, d'abord réticents à la vaccination mais ayant changé d'avis. Ils ont été recrutés auprès de médecins généralistes alsaciens, mais aussi par effet boule de neige en identifiant des sujets d'intérêt à partir de personnes qui connaissent d'autres personnes susceptibles d'être de bons participants à cette étude. Des affichettes explicatives ont été placées dans les salles d'attentes et un mail type expliquant les objectifs de la thèse a été envoyé aux praticiens afin qu'ils puissent eux-mêmes proposer à certains patients qu'ils pensent adaptés d'intégrer l'étude. Pour être inclus, il fallait qu'ils soient volontaires, et

qu'ils aient présenté une période de refus ou de franche hésitation vis-à-vis de ce vaccin pour finalement changer d'avis et avoir fait vacciner leur(s) enfant(s).

C. ELABORATION DU GUIDE D'ENTRETIEN

Le modèle d'entretien retenu pour cette étude a été les entretiens semi-dirigés. Une copie du guide d'entretien test utilisé pour mener à bien ce travail est consultable en annexe 3. Il est composé d'un premier paragraphe de présentation et de mise en contexte avec explication des raisons de l'entretien et du choix du public cible. Les participants ont été prévenus de l'enregistrement des entretiens et du caractère anonyme de ceux-ci. Six questions générales sur les caractéristiques socio-professionnelles de l'interrogée ouvrent l'interrogatoire, suivies de 8 autres questions centrées sur les objectifs primaire puis secondaires de l'étude. Les questions posées se sont voulues les plus ouvertes possibles afin de laisser la parole à l'interrogé. Le chercheur s'est inspiré à la fois d'articles scientifiques dont la méthodologie est semblable à celle de ce travail (45), mais également de travaux de thèse français semblables dans leur structure (55) pour l'élaboration du guide d'entretien.

Le guide a été testé une première fois avec une patiente connue de l'investigatrice et cet entretien n'a donc pas été intégré dans l'analyse. Il a été légèrement modifié au fur et à mesure des entretiens et de l'expérience acquise par l'investigateur. La trame est néanmoins restée relativement similaire tout au long du travail de recherche, avec des questions ne variant que peu d'un patient à l'autre mais s'adaptant à leurs interrogations plus larges, tantôt sur la vaccination, tantôt sur le virus. Un des entretiens complets est consultable en annexe 4 de ce travail. Tout le Verbatim n'est cependant pas retranscrit afin d'en faire un travail clair et lisible, mais il sera remis au jury à sa demande s'il le sollicite.

D. DEROULEMENT DES ENTRETIENS

Les entretiens se sont déroulés de février à mai 2021. Ils étaient individuels et se sont principalement tenus par téléphone. Il a toujours été laissé le choix au patient que l'investigateur se déplace à l'endroit

de son choix pour l'interrogatoire mais l'alternative téléphonique a été préférée dans la majorité des cas (deux en présentiel contre dix par téléphone).

Tout a été mis en œuvre pour mettre les patients interrogés en confiance en les rassurant sur l'absence de jugement et la neutralité du point de vue de l'investigateur. Des questions ouvertes ont été posées et des techniques d'écoute active employées via des méthodes de relance ou de reformulation. L'investigateur a réalisé un travail de recherche afin de se former à l'interrogatoire en recherche qualitative. (56)

Les entretiens ont été enregistrés à la fois via le logiciel informatique AUDACITY®, mais également via le dictaphone du téléphone portable du chercheur, après accord de l'interrogé. Ils ont duré en moyenne 13,28 minutes ; 7 minutes 30 pour le plus court et 16,58 minutes pour le plus long.

E. METHODE DE CODAGE ET D'ANALYSE DES DONNEES

Une retranscription Verbatim des données a été réalisée par écoute et retranscription manuelle des entretiens sur le logiciel Word®. Le codage des données a été manuel également, avec analyse continue des résultats jusqu'à saturation des données -qui se définit par l'absence de nouvelles idées émergeant des entretiens pour un échantillon donné-. (57)

Une relecture des entretiens a été réalisée par le directeur de thèse, avec analyse des données, reproductible à celle du chercheur. Les données ont été traitées dans la continuité de la Théorie Ancrée, selon laquelle le texte est codé, réarrangé et regroupé en catégories faisant émerger des thèmes principaux, permettant une cartographie des résultats.

IV. RESULTATS

A. DESCRIPTION DES PARTICIPANTS

Un tableau récapitulatif des caractéristiques des participants est consultable en annexe 5. Au total et sans compter l'entretien test, 12 personnes ont participé à l'étude, uniquement des femmes. Leur nombre a été déterminé par l'obtention de la saturation des données à l'interrogatoire (soit une redondance des éléments évoqués et l'absence de nouvel argument). L'un des entretiens a été ininterprétable car la patiente avait mal compris les critères d'inclusions.

L'âge moyen des participantes est de 46 ans.

Les catégories socio-professionnelles des interrogées sont la 4 (Professions intermédiaires) pour sept patientes, la 5 (Employés) pour trois patientes et la 2 (Artisans, Commerçants et chefs d'entreprise) pour une patiente. Les pères des enfants quant à eux représentent les catégories 6 (Ouvriers) pour quatre d'entre eux, deux pères font partie de la CSP numéro 2, 3 (Cadres et professions intellectuelles supérieures) et 4. L'une des mères ne connaît pas le métier du père de sa fille. Un tableau résumé des caractéristiques socio-professionnelles selon l'Insee est consultable en annexe 6.

La moyenne du nombre d'enfant par femmes est de 2,27 dans cette étude, contre une moyenne nationale de 1,87 en France en 2019. (58) L'une d'entre elle a six enfants, une autre en a trois, sept d'entre elles en ont deux et deux n'en ont qu'un.

Au sein de cette étude, 81,25% des filles en âge d'être vaccinées l'ont été (treize filles sur seize) contre 0% chez les garçons (aucun garçon sur quatre en âge d'être vaccinés). Deux des garçons sont trop âgés pour permettre un rattrapage de vaccination chez eux.

B. OBJECTIF PRINCIPAL : FACTEURS AYANT PERMIS LE CHANGEMENT DE DECISION ET L'ACCEPTATION DU VACCIN

1. Intervention d'un professionnel de santé

Le facteur le plus cité comme ayant permis la prise de décision en cas d'hésitation concernant le vaccin HPV est l'intervention et les encouragements d'un professionnel de santé. Tous les participants de

l'épreuve citent au moins une fois un médecin en qui ils ont confiance comme ayant permis de leur faire changer d'avis. L'une des interrogées a même été encouragée par plusieurs médecins.

E2 « [Vous aviez plusieurs avis médicaux qui étaient plutôt en faveur de la vaccination.] -*C'est exactement ça.* »

a. Le médecin traitant

Il s'agit du professionnel de santé le plus cité par les parents étudiés. Il est évoqué 18 fois, par huit mères interrogées. Le simple fait que **l'avis du médecin généraliste soit favorable** à la vaccination suffit parfois à convaincre le parent de vacciner ses enfants malgré ses réticences.

E5 « *c'est par rapport à ce que mon médecin traitant m'avait dit qu'on avait décidé de faire la vaccination.* »

E9 « *après on en parle avec son médecin et puis on se laisse convaincre après voilà* »

E11 « *à partir du moment où j'avais un petit peu aussi le, l'aval de ma généraliste, ça m'a totalement libérée.* ».

La **confiance en son généraliste**, qui est censé **œuvrer pour le bien-être de son patient** est un élément décisif pour les participants.

E3 « *c'est mon médecin traitant (...) pour moi elle va pas me conseiller quelque chose qu'elle va trouver totalement enfin que j'en ai pas besoin ou inutile ou quelque chose ou elle adhère pas.*»

E9 « *à un moment donné il faut faire confiance* ».

Certains interviewés posent des **questions personnelles à leur généraliste, les invitant à se mettre à leur place**, leur réponse conditionnant la décision du patient.

E5 « *je lui ai dit « Si vous aviez une fille du même âge que la mienne est-ce que vous la feriez vacciner ? », alors il m'a dit « Oui sans problème il ne faut pas hésiter à la vacciner ». Du coup j'ai pris la décision.* »

E7 « *j'en ai parlé encore à ma généraliste qui soigne plus par homéopathie, et qui a aussi une fille apparemment... Elle était pour aussi, je crois que c'est elle qui a vraiment fait pencher la balance pour que je la vaccine quoi* »

E9 « *Mon médecin il a également des filles, qu'il a fait vacciner, c'est ça qui après a fait que j'ai dit bon ben on la fait vacciner quoi* »

Ce même médecin traitant permet également de **rassurer face aux polémiques** ayant pu entacher le vaccin.

E5 « [Concernant les polémiques] *Alors il m'a dit « Oh mais ne vous en faites pas c'est euh, toutes façons il y aura toujours euh il y aura toujours des gens qui porteront plainte pour n'importe quoi et qui euh et sans que ce soit justifié ».*

Des **explications scientifiques claires** du médecin permettent parfois de convaincre.

E10 « *elle a été super claire, elle m'a très bien expliqué la chose et c'est là où je me suis dit bah oui, on va on va le faire quoi parce que ça me paraissait important.* »

E10 « *la généraliste a été vraiment très très claire, à expliquer bah l'avantage enfin les avantages, et du coup c'est vrai que c'est forcément enfin la décision se prend forcément plus facilement quand euh quand on a des éléments comme ça* ».

Pour une des interviewées, le fait que son **médecin généraliste a expliqué devant elle à sa fille les intérêts de la vaccination** a permis son changement de décision.

E2 « *Il lui a expliqué exactement, en quoi ça consiste, qu'est-ce que ça implique, et je trouvais que c'était bien aussi qu'elle sache exactement* », « *c'est la discussion qu'elle a eu avec notre médecin généraliste [qui a motivé le changement de décision]* ».

b. Le gynécologue

Il est le deuxième médecin le plus cité par les interrogés, ayant été évoqué par cinq mamans. Souvent comme pour le généraliste, **le simple fait qu'il soit en faveur du vaccin aide à la décision vaccinale.**

E1 « *le gynéco était pour* »

E2 « *j'en ai parlé à mon gynécologue, (...) et lui m'a dit que c'était bien, enfin il m'a expliqué* »

E4 « *je m'en suis référé voilà à ma gynéco* »

E7 « *j'étais à la même période chez le gynécologue et je lui en avais parlé et lui il a aussi tout de suite [dit oui]* ».

c. Le pédiatre

Pour trois patientes, le pédiatre a participé à la prise de décision, avec comme pour le généraliste, une patiente rassurée par le fait que le médecin a vacciné ses propres enfants.

E1 « *le pédiatre était pour* »

E7 « *la pédiatre était totalement pour hein, elle a elle-même deux filles donc elle elle m'a tout de suite dit que ses filles étaient vaccinées, (...) qu'il fallait vraiment le faire, que Z. en plus avait l'âge.* »

E12 « *la pédiatre m'en avait déjà parlé assez longuement concernant ma première fille* ».

d. Le médecin remplaçant

La prise de décision d'une des patientes a été influée par la remplaçante de son généraliste, qui a tenu un discours moralisateur mais efficace selon l'interrogée, lui permettant de se décider.

E6 « *une remplaçante à l'époque et elle a vu un peu ma tête réticente et elle m'a dit « Eh oh en Australie ça fait 20 ans qu'ils vaccinent tout le monde garçons et filles, faut arrêter avec ces histoires »* - Elle a eu un discours un petit peu euh, voilà elle a essayé de vous (...) *Moralisateur un peu ouais!*».

2. Discussion du parent avec l'entourage

Afin d'éclairer leur choix et du fait de leur hésitation, la majorité des parents interrogés ont discuté avec leur entourage avant de prendre leur décision. Cela a souvent permis d'orienter leur choix vers la vaccination.

E9 « *on interroge un peu autour de soi* ».

a. Avec l'adolescent

Certains parents **intègrent l'adolescent dans la décision** de vaccination, ou du moins en **discutent** avec lui, estimant qu'il/elle est en âge de comprendre. 9 parents sur les 11 interrogés ont investi l'adolescent dans la discussion.

E2 « j'en ai parlé à L. parce que j'estimais qu'elle était assez grande aussi pour prendre la décision »

E7 « On en a aussi parlé à Z. hein on lui a demandé « Est-ce que toi tu es plutôt pour, contre ? »

E12 « j'en ai parlé plus précisément à ma fille, qui était vraiment en âge de le faire ».

La décision a été plus facile à prendre pour les parents **connaissant le point de vue de leur enfant**, notamment quand ce dernier est d'accord avec la vaccination.

E1 « de toutes façons C. ne m'a pas laissé le choix, elle a décidé toute seule »

E3 « ma fille m'a dit qu'elle le prenait plus pour de la prévention, donc du coup elle l'a fait sans aucun souci »

E4 « Ouais j'en ai parlé avec elle euh je lui ai expliqué et elle était d'accord »

E11 « finalement c'est ma fille qui a souhaité se faire vacciner. C'est venu d'elle. ».

Certains parents évoquent leur **réassurance devant leur enfant convaincu** par la vaccination.

E3 « ça m'a rassurée puis je me suis dit qu'elle comprenait le but de ce vaccin, donc du coup oui j'étais rassurée et confiante pour faire le vaccin ».

b. Avec des ami(e)s

Trois parents interrogés en ont parlé avec des amis afin de **chercher des appuis** dans leur prise de décision.

E2 « j'en ai aussi parlé avec des amies qui ont aussi des enfants de l'âge de L. qui étaient déjà vaccinés, qui l'avaient déjà fait »

E4 « je m'en suis référée (...) à des amis qui s'étaient un peu renseignés sur le sujet et en qui j'ai confiance ».

Les **amis en faveur de la vaccination et ayant fait vacciner leurs enfants** sont un facteur permettant de favoriser la prise de décision de vaccination.

E4 « j'ai pas eu trop de mal à me laisser convaincre par d'autres qui avaient des filles de l'âge de ma fille »

E7 « à force (...) d'en parler avec mes amis aussi qui ont aussi des filles euh bah voilà c'est ce qui m'a convaincue après je pense ».

c. Avec de la famille

Deux patientes ont discuté de la vaccination avec leur famille et dans les deux **cas l'avis positif d'un membre de cette dernière a basculé la décision** en faveur de la vaccination.

E7 « ma belle-sœur qui a vacciné euh sa fille, elle a trois ans de plus que Z., elle avait vacciné P. juste un petit peu avant, donc c'est aussi ça qui m'avait convaincue puisque ça s'était bien passé pour P. (ma nièce donc) ».

Un **membre de la famille d'une des interrogées est médecin**. Le fait qu'il ait lui-même fait vacciner sa fille a rassuré la patiente.

E6 « mon beau-frère qui est médecin qui a fait vacciner sa fille ».

Il a également donné des explications à l'interrogée en lui donnant des données épidémiologiques sur les pathologies liées aux HPV.

E6 « en discutant avec mon beau-frère médecin et en entendant qu'il y avait une recrudescence de toutes ces maladies-là elle a fini par être vaccinée quand même ».

Le **changement d'avis du père** d'une des adolescentes, initialement réticent puis finalement convaincu par les arguments des médecins, a aidé une des mères à faire basculer sa décision en faveur de la vaccination.

E7 « il m'a dit « Ecoute si finalement les médecins sont plutôt pour je pense que les effets sont moindres, enfin les effets secondaires sont moindres, par rapport aux bénéfices quoi » »

d. Avec des collègues

Deux interrogées ont évoqué leurs collègues de travail avec qui elles ont discuté de la vaccination de leurs enfants. Leur **enthousiasme à la vaccination a influé sur la décision** des patientes.

E11 « en fait j'ai des collègues donc qui « Ah bah oui moi le médecin m'a dit, je l'ai fait vacciner ! ». J'ai notamment une collègue (...) elle a pas hésité une seconde ! ».

e. Autres parents

Les **parents des amis de l'adolescent** sont également des interlocuteurs pouvant favoriser le choix de la vaccination en cas de doute.

E7 « moi j'en avais parlé, moi je connais bien les mamans de ses copines donc on en avait parlé entre nous avec les mamans et oui elle en avait parlé parce qu'il y en avait quelques-unes qui se sont fait vacciner au même moment ».

3. Discussion de l'adolescent avec l'entourage

a. Avec des ami(e)s

Les parents sont rassurés par le fait que leur enfant a pu discuter du vaccin avec leurs amis. Quatre patientes interrogées l'évoquent et certaines ont été **encouragées par le fait que leur fille ne soit pas seule** dans ce cas.

E2 « je lui ai demandé même si elle en parle avec ses copines, si elle a déjà eu l'occasion. Et elle m'a dit « Oui unetelle a déjà été vaccinée aussi », donc je pense que ça lui a permis aussi de mieux comprendre. »

E3 « ma fille m'a dit qu'elle a pas mal de copines au collège qui l'ont fait ».

b. Sur le temps scolaire

Les parents ne sont pas toujours au courant si des explications ou **des informations ont été données à leur enfant dans le cadre scolaire**, mais une mère l'évoque.

E7 «Euh je sais plus si c'était l'infirmière ou si c'était mais il me semble qu'au collège ils en avaient parlé. ».

4. Préoccupations en lien avec l'histoire familiale

Certains facteurs familiaux ou personnels entrent en compte dans la décision des parents de faire vacciner leur enfant à un moment donné.

E11 *« C'est des tranches de vie un petit peu par rapport à ce qu'on entend, c'est un petit peu par périodes comme ça ».*

a. Antécédents familiaux de lésions du col de l'utérus

L'argument de l'antécédent familial de lésion du col de l'utérus (sans forcément qu'il s'agisse d'un cancer avéré), suffit en général à inquiéter suffisamment le parent qui **crain**t que son enfant ne passe par les mêmes épreuves. Quatre patientes ont été concernées, soit directement soit via un membre proche de leur famille par des lésions liées à HPV. Elles évoquent cet argument comme important dans leur changement de décision.

E3 *« dans ma famille j'ai quand même ma sœur qui a eu des gros soucis au niveau du col. Ils lui ont même enlevé une partie du col alors qu'elle était jeune quand même, (...). Et puis moi je sais qu'après que j'ai accouché de ma fille, pendant les contrôles on m'a trouvé des cellules (...) Mais du coup je me suis dit si je peux éviter que ma fille ai ça, ben je le fais. »*

E4 *« puis j'ai une amie qui a mon âge (...) et elle à 20 ans elle a contracté un papillomavirus »*

E11 *« mais il se trouve que ma maman a le papillomavirus »*

E12 *« lors d'un rendez-vous gynécologique me concernant il y a eu une petite alerte sur mon frottis (...) du coup j'ai commencé à réfléchir autrement et je me suis dit ben pourquoi pas en parler à mes enfants et, et leur montrer que euh on peut attraper un cancer assez tôt quoi ».*

b. Antécédent familial autre que gynécologique

Constater dans sa famille proche des parents inquiets **vacciner leur enfant atteint d'une pathologie non liée à HPV** a été un des éléments pris en compte par une interrogée dans sa décision de vacciner sa fille.

E7 « [sa belle-sœur] elle était plutôt assez vite pour parce que ma nièce a un problème de rein euh elle a qu'un rein depuis la naissance et elle était plutôt favorable, donc ça m'avait aussi un petit peu convaincue ».

5. Facteurs émotionnels

a. Culpabilité en cas d'apparition de cancer lié à HPV

La crainte de l'apparition d'un cancer lié à HPV chez leur fille et la culpabilité de ne pas avoir pris la décision vaccinale dans ce cas a été évoquée par trois patientes.

E1 « je me suis dit que si un jour il lui arrivait quelque chose eh bah je m'en voudrais »

E8 « la culpabilité qui dit ben oui mais si après euh voilà ma fille peut très bien ne rien avoir, mais elle peut effectivement avoir et puis regretter de ne pas l'avoir fait vacciner ».

b. Souci d'un traitement égalitaire entre les enfants

Une des mères interrogées était toujours réticente à la vaccination pour sa deuxième fille, mais son aînée ayant insisté pour être vaccinée, elle s'est sentie obligée, par **souci d'égalité entre ses deux enfants**, de faire vacciner la deuxième.

E1 « il y aurait eu différence de traitement entre les deux, donc finalement ça simplifiait un peu euh ben de se dire « Bon ben voilà comme ça elles l'auront fait toutes les deux » ».

c. Réflexion par rapport à d'autres vaccins

Deux patientes expriment leur réflexion par rapport aux autres vaccins que l'on réalise parfois sans réfléchir autant. L'une d'elle notamment évoque les vaccins obligatoires à faire afin de pouvoir voyager dans certains pays, et donc **à visée de loisir**.

E6 « on hésite sur ce genre de choses alors qu'en même temps quand on part à l'étranger on se pose pas de question pour [le vaccin] contre la fièvre jaune et tout ça, on le fait sans trop réfléchir juste pour un voyage donc... ».

Pour une autre, la réflexion portait sur le fait qu'elle **ne s'interrogeait pas pour les vaccins obligatoires**.

E11 « après pff voilà pour tétanos tout ça je me pose même pas la question, je ne sais pas comment vous expliquer ».

Cette même patiente expliquait qu'elle avait **déjà fait vacciner un enfant pour protéger un membre de sa famille, sans se poser de question** sur les risques vaccinaux.

E11 « mon papa était gravement malade il a eu de la chimio. Un de mes enfants avait déjà eu la varicelle, l'autre pas encore, j'ai pas hésité une seconde à vacciner l'enfant qui n'avait pas encore eu la varicelle. ».

d. Confiance en la science

Deux patientes évoquent leur **confiance en la science** malgré tout, qui a permis de passer outre les inquiétudes et les craintes.

E9 « même il faut quand même à un moment donné avoir confiance quand même en la science quoi »

E11 « surtout avec tout ce qu'il se passe en ce moment j'ai quand même tendance à faire confiance aux gens qui, qui sont du métier on va dire ».

L'une d'elle s'est confessée sur ses difficultés à accorder sa confiance spontanément, mais reconnaît que la **confiance est déterminante dans la relation soignant-soigné**.

E9 « à un moment donné il faut faire confiance [rires]. C'est sûr que son médecin traitant on a tendance quand même à lui faire confiance sinon on va chez un autre quoi ».

6. Prise de recul face à la vaccination anti-HPV

a. Rassurée par le temps depuis la mise sur le marché

Cinq patientes ont expliqué être **rassurées par le temps écoulé depuis la mise sur le marché**. Cet argument de durée a permis de modifier leur perception initiale négative du vaccin en faveur de la vaccination.

E3 « ce n'est pas un vaccin qui est sorti il y a 6 mois, je veux dire où là je me serais dit non là c'est plus du test, une étude expérimentale, je veux dire il y a quand même du recul sur ce vaccin ça fait je crois plus de 10 ans qu'il existe ».

Le mot recul est fréquemment évoqué et ce même sans que des chiffres plus précis soient connus des interrogées.

E4 « *ma gynéco m'a dit -elle pro-vaccination- m'a dit qu'aux Etats-Unis ça faisait 10 ans qu'ils le faisaient et qu'ils avaient pu avoir du recul* »

E6 « *C'est vrai qu'on a suffisamment de recul* »

E12 « *dix ans entre ma première fille et ma deuxième fille euh il y a un peu plus de recul sur ce vaccin aussi* ».

b. Rapport bénéfice-risque favorable

Trois patientes évoquent en différents terme **le rapport bénéfice-risque** du vaccin, de manière plus ou moins directe.

E9 « *ce rapport bénéfice/risque qui reste quand même favorable quand même en bénéfice du vaccin* »

E11 « *mais le rapport euh bénéfice etc. là il est quand même favorable on va dire* ».

c. Compréhension de l'enjeu de prévention

Malgré leur réticence, les patientes **comprennent l'enjeu de prévention** et l'évoquent dans leur choix d'avoir finalement fait vacciner leur enfant.

E3 « *si on fait ce vaccin si tôt, c'est un peu ben pour euh prévenir.* ».

7. Recherche de renseignements

a. Auto-information

Quatre patientes rapportent **s'être renseignées sur la vaccination contre les HPV** de leur côté afin de s'aider dans leur prise de décision.

E3 « *j'ai fait deux trois recherches* »

E4 « en me renseignant un petit peu je me suis rendu compte que ben il y avait, voilà, il y avait eu des retours et que ben ils étaient bons »

E9 « bon ben après c'est sûr on se renseigne un peu de son côté forcément ».

L'une d'elle a poussé ses investigations jusqu'à lire un **article scientifique** suisse.

E7 « j'avais même regardé une étude en Suisse euh, parce qu'il y avait eu quelques cas de sclérose, et puis il y avait une Professeur femme qui avait vraiment démenti en disant que c'était, qu'en Suisse ils avaient pu prouver que c'était pas le vaccin qui avait, voilà, juste à l'époque où je vaccinais Z. j'étais tombée sur cette interview de cette grande Professeur ».

b. Absence de polémique médiatique

Deux patientes ont rapporté avoir été **rassurées par le fait de ne pas avoir eu vent de polémique médiatisée** concernant la vaccination HPV.

E3 « quand on cherche en fait sur internet j'ai pas lu hum ouais de chose négative oui j'en ai pas lu »

E12 « j'ai plus entendu parler d'autres controverses euh à la télé ou dans les journaux » ».

c. Comparaison à d'autres pays

Cinq patientes **comparent le programme vaccinal français avec celui d'autres pays, notamment quand la vaccination y est un succès**. Les pays scandinaves sont cités, ainsi que les Etats-Unis ou encore l'Australie.

E6 « ils ne sont pas idiots les Australiens non plus. »

E11 « Oui oui j'ai vu qu'aux Etats-Unis ils vaccinaient filles et garçons et tout petits ! Très bébés quoi ! ».

La **durée depuis la mise sur le marché** dans ces pays et l'absence d'apparition d'effets indésirables notables est un facteur important pour les patientes interrogées.

E3 « je sais plus si c'était au Pays Bas enfin un pays ouais je sais plus où, où ils ont quand même fait ce vaccin depuis pas mal de temps et je crois que j'avais vu qu'ils avaient de bons retours »

E4 « aux Etats-Unis ça faisait 10 ans qu'ils le faisaient et qu'ils avaient pu avoir du recul »

E12 «notamment dans les pays scandinaves où eux ils ont, ils ont une autre campagne de vaccination, et les résultats qu'ils en ont déjà tiré ».

C. OBJECTIF SECONDAIRE : FREINS A LA VACCINATION CONTRE LES PAPILLOMAVIRUS HUMAINS

1. Scepticisme face à la vaccination en général

a. Patientes vaccinosceptiques

Cinq patientes rapportent être **réticentes à la vaccination**, le vaccin contre les papillomavirus humains ne faisant pas exception.

E5 « je suis un peu contre les vaccins »

E6 « une réticence (...)un petit peu aux vaccins en général quoi »

E7 « la vaccination en général nous faisait un petit peu peur ».

b. Caractère recommandé du vaccin

Cinq patientes estiment que le fait que le vaccin ne soit pas obligatoire le rend moins légitime, quitte à **remettre en question sa nécessité**.

E6 « uniquement les obligatoires et voilà (...) si c'est pas obligatoire, c'est que c'est pas obligatoire donc en a-t-on vraiment besoin ? »

E9 « le fait que ce soit un vaccin déjà non obligatoire, donc ça ça joue, parce que les vaccins obligatoires ben bien évidemment on les fait hein on se pose moins de questions »

E12 « *essayer de voir vraiment la nécessité de chaque vaccin qui n'était pas obligatoire* ».

c. Nombre de vaccins trop important

Trois parents disent avoir été freinés par le **nombre trop importants de vaccins au calendrier** vaccinal pour leur enfant.

E2 « *je me dis « encore un vaccin »* »

E4 « *j'avais peur d'en rajouter un [un vaccin]* »

E7 « *je trouvais que ça faisait beaucoup sur les enfants quoi* ».

d. Les idées des mouvements anti-vaccinaux

Certaines patientes évoquent des **idées émanant de courants allant à l'encontre de la vaccination**, parfois de manière un peu floue.

E6 « *les discours qu'on tient : pas assez de recul, et l'utilité...* »

Parfois cependant le discours est plus construit avec l'utilisation d'arguments comme les **défenses immunitaires**.

E11 « *bon c'est vrai que le corps il faut aussi qu'il apprenne à se défendre tout seul* »

E12 « *mais il y a certaines maladies euh, je pense que de les faire c'est peut-être pas plus mal, plutôt que de prémunir tout le monde, et au final l'immunité naturelle euh, est constamment euh freinée* ».

L'une d'entre elle rapporte même directement avoir des idées apparentées aux **mouvements complotistes**, en utilisant ce terme.

E11 « *un petit peu tout ce qui est de l'ordre du complotiste.*».

e. Inquiétude concernant les adjuvants

Les composants vaccinaux ralentissaient la prise de décision chez trois patientes, **inquiètes de leur potentiel toxique.**

E11 « *les vaccins contiennent pas que des produits euh [rires] enfin ils contiennent certains produits toxiques (...)* »

E12 « *on a entendu des choses euh, selon les adjuvants euh que ça pouvait entraîner des [hésitation] des réactions diverses* ».

f. Méfiance envers l'industrie pharmaceutique

Deux patientes ont une mauvaise perception de l'industrie pharmaceutique avec des **considérations économiques instillant chez elles la méfiance.**

E9 « *moi ce qui me gêne aussi c'est un peu ce facteur on va dire, euh financier des labos aussi, parce qu'on sait jamais je veux dire d'un seul coup on met ça en place parce que derrière il y a des gros intérêts financiers* »

E11 « *un peu les théories euh « les labos s'en mettent plein les poches »* ».

2. Influence médiatique

a. Lien avec des polémiques vaccinales concernant d'autres vaccins

Cinq patientes ont été réticentes à la vaccination du fait de polémiques vaccinales concernant d'autres vaccins que celui contre les HPV, **l'Hépatite B** principalement.

E1 « *j'avais le souvenir aussi de ce vaccin là, contre l'hépatite B* ».

Des mères interrogées racontent des histoires personnelles concernant des membres de leur cercle **proche ayant développé des pathologies qu'ils associent à la vaccination contre l'hépatite B.** Cela a eu des répercussions sur leur crainte envers le vaccin contre les HPV.

E9 « *j'ai une sœur qui a une maladie auto-immune, euh après on sait pas du tout d'où c'est venu, voir si c'était le vaccin de l'Hépatite B à l'époque par exemple* »

E11 « quand mes enfants étaient petits, au moment du vaccin de l'hépatite B je ne l'ai pas fait faire, je ne les ai pas vaccinés, parce que ma belle-mère a deux sœurs qui ont eu la sclérose en plaques euh et j'ai totalement psychoté »

E11 « un couple d'amis frères et sœurs très jeunes comme moi entre 20 et 30 ans, qui avaient eu le vaccin de l'hépatite B. Les deux ont eu la sclérose en plaque dans les deux trois ans, alors on a pas pu s'empêcher... Eux ils mettaient ça sur le compte de la vaccination Hépatite B (...) forcément ça m'a refroidie ».

b. Lien avec des polémiques vaccinales concernant les vaccins anti-HPV

Cinq patientes ont évoqué les **controverses** auxquelles les vaccins anti HPV ont été confrontées. Certaines patientes évoquent des cas de sclérose en plaque, d'autres sont moins précises mais ont simplement le souvenir que ces vaccins ont défrayé la chronique.

E5 « Même si en 2013 ben il y a eu des articles, ben des personnes qui avaient euh porté plainte contre X parce que ça avait donné de la sclérose en plaques et des choses comme ça hein il y avait eu quand même des cas par rapport au GARDASIL® »

E7 « j'avais entendu des articles dans la presse et tout ça donc c'est pour ça que ça faisait un petit peu douter quoi forcément... »

E12 « le GARDASIL® bon on était pas hyper convaincus. Il y avait des, il y avait beaucoup de controverses ».

Trois patientes ont directement été confrontées à **des articles ou à des émissions** (soit directement, soit par l'intermédiaire de connaissances) remettant directement le vaccin en cause.

E1 « une émission édifiante qui avait été diffusée sur ARTE® et voilà, c'était assez apocalyptique apparemment le truc qui avait été fait »

E7 « j'avais entendu des articles dans la presse et tout ça donc c'est pour ça que ça faisait un petit peu douter ».

c. Comparaison avec les politiques vaccinales étrangères

Deux patientes évoquent avoir entendu **des pays suspendre la vaccination** à l'époque où se présentait à elles la décision vaccinale.

E7 « *il y a quand même un pays qui a arrêté de vacciner hein, maintenant je peux plus vous dire si c'est la Chine ou le Japon* »

E11 « *Et il y avait aussi beaucoup de sujets par rapport à certains pays hein qui avaient arrêté de vacciner à cette période-là quand je voulais vacciner ma fille, et notamment des pays européens (...) et asiatiques aussi* ».

3. Connaissances imprécises

a. Concernant les pathologies liées à HPV

Cinq patientes font part de leurs lacunes en termes de connaissances mais aussi d'informations concernant les pathologies induites par les HPV ainsi que les vaccins censés les prévenir. **L'absence d'explications scientifiques claires** les a bloquées dans leur décision vaccinale.

E2 « *Peut-être pas assez de connaissances* »

E3 « *je n'ai pas été spécialement informée avant* »

E4 « *moi je savais pas, je savais rien au sujet de la maladie* » .

b. Concernant le mode de fonctionnement de la vaccination

Une patiente exprime son incompréhension concernant **l'âge** de primovaccination.

E2 « *j'arrivais pas trop à m'expliquer pourquoi si jeune* ».

Pour cette même patiente, réaliser des **frottis rapprochés permettait de se dispenser de la vaccination**.

E2 « *si plus tard elle est bien suivie, elle fait régulièrement ses frottis, voilà* ».

Une patiente remettait en question **l'utilité** du vaccin tandis qu'une autre doutait de son **efficacité**.

E10 « *c'était surtout par rapport ouais effectivement à l'efficacité du vaccin* ».

Le vaccin était perçu comme « spécial », voire « sortant du courant » pour une patiente.

E5 « *justement comme ça sortait un petit peu du euh, d'un truc un peu spécial je ne savais pas trop et j'étais vraiment indécise* ».

c. Peur d'effets indésirables graves

La **crainte d'effets indésirables graves** est un argument fréquemment cité par les patientes dans les facteurs entraînant leur hésitation.

E1 « *plutôt peur des effets secondaires* »

E4 « *(...) si on savait voilà s'il y avait eu des effets secondaires ou quoi* ».

Les complications les plus citées sont les **pathologies auto-immunes**.

E7 « *j'avais surtout peur des effets secondaires puisqu'il y a quand même quelques cas euh avec des maladies auto-immunes* »

E9 « *Oui des effets voilà par exemple sur les maladies auto-immunes* ».

Une mère évoque cependant la peur que son enfant développe des **troubles autistiques** dans les suites de la vaccination.

E12 « *on a entendu parler d'autisme* ».

d. « Manque de recul »

Cet argument a été cité comme frein par quatre patientes, sans plus de précisions de leur part.

E1 « *le manque de recul par rapport au vaccin* »

E2 « *j'avais pas trop de recul* »

E6 « *pas assez de recul* ».

4. Entourage sceptique

a. Professionnel de santé réticent

Trois patientes ont été freinées par la **réticence envers le vaccin d'un professionnel de santé** de leur entourage en qui elles avaient confiance. Des patientes ont cité leur **médecin traitant**, mais également une **sage-femme**.

E6 « on était quand elle était toute petite chez un médecin qui était anti-vaccin »

E12 « J'avais même demandé à l'époque à mon médecin généraliste s'il le ferait pour ses filles, il m'avait dit que lui à l'heure actuelle non »

E11 « mais la sage-femme qui s'est occupée de moi quand j'en ai parlé elle était pas du tout pour ».

b. Bouche-à-oreille d'informations péjoratives

Trois patientes expliquent avoir entendu des **rumeurs et des informations négatives** concernant le vaccin, de source plus ou moins sûre. Souvent des on-dit, mais parfois des émissions visionnées par des connaissances sans même que la mère en question ne l'ai regardée elle-même.

E1 « quelqu'un m'avait parlé d'une émission édifiante qui avait été diffusée sur ARTE® »

E11 « il y avait différents sons de cloches » ; « C'est-à-dire que euh à l'époque voilà avec tout ce qui circulait »

E12 « J'ai entendu à droite à gauche différentes choses à l'époque ».

c. Réticence de l'autre parent

Dans deux situations, le **père de l'adolescent était ouvertement contre** la vaccination de leur enfant.

E7 « même mon mari hein -puisqu'on en a parlé en famille bien évidemment- »

E12 « Lui il est contre » [son mari].

d. L'éducation du parent

Deux mères rapportent **avoir grandi et avoir été éduquées dans un milieu hostile à la vaccination** de manière générale. Cela les a rendue méfiantes et hésitantes dans leur rapport aux vaccins.

E6 « *j'ai un peu grandi dans « il faut vacciner au minimum » »*

E11 « *J'ai déjà (...) une maman qui est assez médecines alternatives etc., qui m'envoyait beaucoup de documents euh sur des façons aussi (...) de naturellement de fortifier son corps pour pas être, pour être moins réceptif à ce virus s'y on s'y trouve confronté ».*

5. Motifs d'anxiété plus personnels

a. Sensation de culpabilisation de devoir prendre la décision

Cinq patientes rapportent avoir ressenti un **sentiment important de culpabilité lors du choix** présenté à elle.

E1 « *me laisser le choix euh, je n'aime pas, je n'aime pas choisir »*

E5 « *est-ce que je fais bien, est-ce que je fais pas bien ?* »

E9 « *un choix à faire, là ça devient plus compliqué quoi. ».*

L'une d'elle explique qu'elle **aurait préféré que la décision leur soit imposée** par une vaccination obligatoire.

E1 « *[vous auriez préféré qu'on vous l'impose plutôt (...) ?] - Oui ! ».*

La culpabilité est basée sur la **Crainte du développement d'effets secondaires graves** mais les interrogées précisent que ne pas prendre la décision de vacciner leur enfant les auraient fait culpabiliser en cas d'apparition de pathologie liée à HPV.

E1 « *Ben dans les deux sens la culpabilisation de toutes façons ! Dans les deux sens ! (...)d'effets secondaires et d'un cancer euh d'un papillomavirus quoi voilà ! Donc dans les deux sens de toutes façons je culpabilise ».*

b. Peur irrationnelle

Trois patientes partagent **leurs craintes**, sans savoir précisément en dégager la cause précise.

E1 « *j'ai peur et puis la peur m'empêche de chercher plus loin* »

E4 « *c'était vraiment comment dire une appréhension* »

E7 « *Oui par inquiétude* ».

Le **manque de confiance** semble pourtant être une piste d'inquiétude.

E1 « *J'étais pas confiante, ça c'est sûr.* ».

c. Crainte du geste

Une mère rapporte avoir été **freinée par la crainte des aiguilles ressentie par sa fille**.

E12 « *ma fille elle a peur des aiguilles donc j'ai pas trop insisté* ».

D. OBJECTIF SECONDAIRE : ETAT DES CONNAISSANCES

Ce travail a permis de faire le point sur l'état des connaissances des patientes interrogées concernant la vaccination d'une part mais aussi sur les HPV d'autre part.

L'une des mères explique se complaire dans son ignorance par crainte de ce qu'elle pourrait apprendre sur le vaccin.

E1 « *Dans le fond, je ne m'informe pas pour ne pas savoir, je crois que c'est plutôt ça, c'est de la lâcheté... Pour ne pas [rires] pour ne pas savoir* ».

D'autres en revanche rapportent s'être renseignées après ou en cours de vaccination.

E7 « *Après je me suis un petit peu plus informée* »

E9 « *oui forcément on s'informe forcément toujours quoi je veux dire, avec maintenant internet il y a tout hein.*

Après il y a à boire et à manger bien évidemment mais bon voilà, surtout dans le cadre de la santé quoi ».

1. Sur la vaccination

Une patiente rapporte s'être renseignée en consultant des études scientifiques sur le vaccin.

E7 « j'avais lu un petit peu des études par rapport au GARDASIL® enfin le vaccin contre le papillovirus, enfin le papillomavirus ».

a. Fonctionnement du vaccin

L'une des patientes a de bonnes connaissances concernant la **couverture vaccinale**.

E11 « le vaccin qu'elle a fait en couvre une certaine partie [des valences virales] mais je crois même pas tous si je me trompe pas ».

b. Prévention des cancers du col de l'utérus

Deux patientes ont exprimé leur connaissance de l'**enjeu de prévention** du vaccin.

E2 « moi la première chose que je lis et que j'ai lu c'est quand même pour éviter tout ce qui est cancers du col de l'utérus, et donc c'était quand même la chose principale qui ressortait. »

E5 « que c'était pour éviter le cancer du col de l'utérus, euh voilà et qu'il fallait le faire, que c'était plutôt positif et voilà c'est tout, j'ai pas cherché à en savoir davantage ».

c. Manque de connaissances sur les autres pathologies pouvant être prévenues par la vaccination

Deux patientes ont des **connaissances très imprécises sur les autres pathologies** provoquées par les HPV.

E2 « ça réduit aussi le risque d'autres virus. Enfin virus je sais pas si on dit comme ça hein mais voilà il y a d'autres choses du coup. »

E3 « qu'il peut y avoir en fait d'autres pathologies derrière, pas forcément le cancer, mais je me suis dit c'est en fait peut-être plus sensible et attraper plus facilement des IST ».

2. Sur les papillomavirus humains

Les patientes expriment leur manque de connaissance sur le virus en lui-même.

E3 « *Oula elles sont rudimentaires [rires]* ».

a. Connaissances sur le mode de transmission

Deux patientes sont bien au fait du mode de transmission des HPV et sur le fait qu'il s'agisse d'une infection sexuellement transmissible.

E4 « *Voilà c'est un virus qui se contracte lors d'un rapport sexuel je suis euh ben ça peut provoquer euh enfin une infection j'imagine et puis plus gravement un cancer* »

E3 « *En fait je sais plus je crois les garçons qui étaient porteurs enfin ou on était porteurs et ça s'échangeait pendant les rapports hum sexuels.* » .

b. Connaissances imprécises sur les pathologies causées par les HPV

Trois patientes **ne savaient pas que les HPV pouvaient causer d'autres pathologies** que les cancers du col de l'utérus.

E1 « *On entendait parler de cancer de l'utérus, enfin nous concernant bon voilà, mais on parlait pas enfin le mot papillomavirus est apparu avec euh avec ce vaccin-là quoi* »

E6 « *Ben le cancer du col de l'utérus et c'est tout quoi* »

E9 « *Non non vraiment pas trop. [Entendu parler des pathologies induites par les HPV] Non je trouve que ça ne communique pas spécialement par rapport à ça* ».

c. Ignorance totale sur les HPV

Trois patientes rapportent n'avoir quasi jamais entendu parler des HPV avant qu'on ne leur propose la vaccination.

E6 « [que saviez-vous sur les papillomavirus humains d'une manière générale ?] - *Pas grand-chose !* »

E9 « *je n'en ai jamais trop entendu parler quoi non* »

E10 [En a-t-elle entendu parler ?] «*Pas plus que ça !* ».

V. DISCUSSION

A. CONCERNANT L'ETUDE

1. Forces de l'étude

a. Points positifs de la méthode

L'objectif de cette étude était de mettre en évidence les mécanismes de réflexion des parents hésitants ou réticents à la vaccination afin de permettre aux médecins généralistes de comprendre les modes de pensée de leurs patients et de savoir par conséquent quels propos tenir pour leur faire prendre la décision de vacciner leurs enfants. Le choix de l'étude **qualitative** était en cela parfaitement adapté, car cela permet une discussion ouverte, laissant place aux explications plus longues et complexes. Cela permettait de soulever les motifs d'hésitation et de laisser libre court aux pensées des interrogés afin de comprendre le cheminement de leur raisonnement en influençant le moins possible leurs réponses. Il ne s'agit pas de notions chiffrables ou quantifiables mais cette méthode est particulièrement adaptée dans le cadre de la recherche en soins primaires car elle permet d'identifier des besoins et des solutions adéquates à un problème spécifique, ici l'hésitation vaccinale. (57)

Le choix du caractère **individuel** des entretiens a été influencé par le fait qu'il laissait une meilleure place à la libre expression de l'interrogé, en permettant de lui laisser plus de temps de parole et de répondre à chacune des questions posées, comparativement aux Focus Groups. Cela permettait aussi d'introduire une atmosphère de confiance rapide via une communication privilégiée et de s'affranchir de la peur du jugement des autres qui peut parfois exister lorsque l'on aborde en groupe des sujets tels que l'hésitation vaccinale. Le caractère individuel permet aussi de limiter l'influence que pourraient avoir entre elles les mères interrogées dans un focus group et de répondre à chacune des questions posées.

La méthode des **entretiens semi-dirigés** permet d'aborder les thèmes spécifiés à l'avance en laissant libre choix de la séquence et de la formulation des questions à l'interrogateur grâce au guide élaboré. Ce type de structure permet comparativement aux entretiens ouverts ou dirigés une systématisation plus facile des interrogatoires car les questions restent les mêmes d'une interview à l'autre et il est plus simple de réorienter l'interrogé vers le sujet qui nous concerne que dans des études ouvertes. Cela rend aussi les interviews plus courtes, permettant une meilleure adhésion et donc une motivation plus grande à participer.

Les entretiens ont pour la majorité été **téléphoniques**, ce qui a permis un recrutement plus facile que lorsqu'il faut se libérer du temps en tête-à-tête. De plus les patientes étaient réticentes aux rencontres en lieux clos dans le contexte de crise sanitaire liée au SARS-CoV-2.

b. Recrutement et population

La population recrutée dans le cadre d'une étude qualitative n'a pas à être représentative de la population générale. Elle doit cependant être **variée** afin de recueillir tous les champs de réponses possibles. Les avantages de ce travail ont été que des mères d'âges différents et issues de plusieurs types de catégories socio-professionnelles ont été interrogées, avec des configurations familiales variées (familles allant de 1 à 6 enfants, mères mariées ou célibataires) et des histoires personnelles différentes. La saturation a cependant été rapidement obtenue aux alentours de 9 entretiens, confirmée par deux entretiens supplémentaires (un autre entretien n'ayant pu être exploité du fait d'une erreur de recrutement).

Les médecins généralistes côtoyés durant la formation de l'investigateur de l'étude et des médecins inconnus de ce dernier ont participé au recrutement des patientes en placardant les affiches concernant l'étude dans leurs salles d'attente et en donnant les coordonnées de l'investigateur aux patients qu'ils pensaient être concernés. Cela implique une dizaine de médecins généralistes en centre-alsace. Le recrutement a aussi été facilité par le bouche-à-oreille des mères interrogées entre

elles, qui ont dans trois situations communiqué les coordonnées de l'enquêteur à des collègues ou amies dans la même situation qu'elle.

c. Caractéristiques de l'enquêteur

Tous les entretiens ont été menés par le *même enquêteur*, ce qui a permis une bonne reproductibilité, et dans le cadre de la théorie ancrée une bonne adaptation des questions et une évolution cohérente du questionnaire selon les réponses précédemment données par les patientes interrogées. Les discussions ont parfois pu être facilitées par le fait que l'investigatrice du projet était une femme jeune, avec qui les mamans parlaient aisément de leurs filles. Une *deuxième lecture* des entretiens a été réalisée par le directeur de thèse afin de confirmer et compléter les résultats déjà extraits.

2. Limites de l'étude

a. Points négatifs de la méthode

Les mêmes caractéristiques pouvant être à la fois des avantages ou des inconvénients, le fait qu'il s'agisse d'une *étude qualitative* ne la rend pas extrapolable à la population générale. Il s'agit du ressenti de parents et d'une analyse de leur mode de réflexion ne permettant de refléter la pensée que des patientes interrogées. Il n'est pas possible d'extraire des statistiques des résultats obtenus.

Le fait qu'il s'agisse *d'entretiens semi-dirigés* peut parfois mener à des oublis de certains thèmes ou questions comparativement aux entretiens dirigés. Leur caractère moins structuré et moins fermé rend la discussion moins organisée et certaines questions n'ont parfois pas été posées à des patientes alors qu'il aurait été intéressant d'avoir leur point de vue.

Le fait qu'il s'agisse surtout d'entretiens *téléphoniques* est un inconvénient important dans le cadre d'une étude qualitative puisqu'on ne voit pas l'interrogée. Or la mimique et les expressions corporelles font partie intégrante de l'analyse qualitative puisqu'elles permettent une autre forme de communication.

b. Recrutement et population

Le **recrutement** de cette étude était compliqué par nature puisque les critères d'inclusion étaient relativement restreints. Pour pouvoir participer il fallait avoir des enfants en âge d'être vaccinés contre les HPV, d'avoir été réticent ou hésitant et d'avoir finalement changé d'avis pour les faire vacciner quand même. L'investigateur de l'étude était bien conscient dès le début de la limitation potentielle à la participation du fait de la nécessité d'intrication de ces trois facteurs.

Le **mode de recrutement** n'a pas été optimal puisque les affichettes dans les salles d'attentes des généralistes ne permettent pas de convaincre tous les parents concernés de participer. Cela peut mener à une fuite de participants car elles peuvent être ignorées, intimider le patient ou simplement ne pas être vues ou lues. Les médecins généralistes ont été les principaux relayeurs de l'information puisque quand ils étaient confrontés à un patient compatible, ils lui donnaient les coordonnées de l'investigateur. Cela impliquait cependant qu'ils pensent à l'étude, mais aussi qu'ils prennent le temps d'en parler au patient, ce qui n'était pas toujours le cas pour chaque patient incluible. Une perte de patients a forcément eu lieu par ce biais-là également. Une fois les coordonnées remises au patient, une fuite était toujours possible puisqu'un certain nombre de personnes n'ont finalement pas contacté l'investigateur. Parfois, des rendez-vous étaient fixés pour des entretiens et les patientes n'ont plus jamais donné de nouvelles, n'étant plus joignables. Le bouche-à-oreille a bien fonctionné puisqu'il a permis de recruter quelques patientes via des mères satisfaites du déroulement de l'étude en ayant parlé à leurs amies ou leurs collègues mais il limite la diversité des patientes interrogées car il permet souvent de recruter des patientes de catégories socio-professionnelles similaires. De plus elles sont probablement informées en avance du type de questions posées et peuvent y réfléchir ce qui peut influencer sur leurs réponses.

La population recrutée pour cet entretien est exclusivement **féminine**, ce qui limite la variété de réponses possibles. Aucun homme n'a pu être recruté pour ce travail et ce malgré de potentiels candidats. Cela semble être lié au fait que les pères semblent nettement moins investis dans la procédure de vaccination que les mères. Sept des onze mères interrogées expliquent que leur mari ne

s'occupe pas de la santé des enfants et pour certaines d'entre elles, le père n'est même pas au courant que l'enfant a été vacciné ou l'apprennent après coup. Il aurait été tout à fait intéressant d'avoir l'avis de pères hésitants ou réticents pour savoir ce qui leur a fait changer d'avis.

Tableau 5. Participation de l'autre parent dans la décision vaccinale

	Participation de l'autre parent dans la décision vaccinale
1	NON
2	OUI
3	NON
4	OUI
5	NON
6	NON
7	OUI
8	NON EXPLOITABLE
9	NON
10	NON
11	NON
12	OUI

Le manque d'investissement des pères dans la décision vaccinale mis en évidence dans notre travail a déjà été souligné par d'autres études. (59)

De même les parents interrogés ne sont que des **parents de filles vaccinées**. Un certain nombre d'entre elles sont mamans de garçons mais aucun d'eux n'a été vacciné pour l'instant. La vaccination des garçons contre les HPV est effective depuis le premier janvier 2021 et est donc apparue en cours de déroulement de cette étude. Trois garçons des mères interrogées sont en âge d'être vaccinés ne l'ont pas encore été, soit parce que leur mère n'a pas encore pris sa décision quant à leur vaccination (alors qu'elles ont fait vacciner leur fille), soit parce qu'elles n'étaient pas au courant de l'ouverture de la vaccination aux garçons. Deux garçons ont dépassé l'âge du rattrapage de vaccination. Il manque à ce travail des parents de garçons ayant été hésitants mais ayant changé d'avis. Aucun patient entrant dans ces critères n'a été trouvé. L'intime conviction de l'investigateur est que les réponses auraient été différentes concernant la prise de décision de vaccination des garçons, et cela aurait été un enrichissement indéniable que d'avoir ces avis.

c. Modifications du guide d'entretien et interrogatoire

La *grille d'entretien* a été légèrement modifiée entre les différentes interviews. Ce n'est pas un biais car cela entre dans le cadre de la théorie ancrée (puisqu'elle consiste à adapter les questions en fonction de ce qui est ressorti des entretiens précédents). Cependant, une des questions ajoutées au cours du cinquième entretien a poussé l'interrogateur à recontacter les quatre patientes précédemment interrogées par SMS afin de poser la question à toutes les patientes incluses. La question concernait l'autre parent de l'adolescent et était : « A-t-il participé à la prise de décision de vaccination ? ». Il s'agissait d'une question fermée donc il était possible de la poser par message car la réponse était courte, mais il semblait intéressant d'en tirer des chiffres. Les réponses des quatre premières patientes n'apparaissent donc pas dans leur entretien mais dans le tableau 6 concernant l'investissement de l'autre parent dans la décision vaccinale.

L'investigatrice de l'étude était inexpérimentée dans la gestion d'entretiens d'études qualitatives, et ce malgré le travail de bibliographie réalisé en amont des interrogatoires. Cela se ressent à la lecture des premiers interrogatoires, dans lesquels le chercheur interrompt régulièrement l'interrogé, jusqu'à parfois involontairement orienter les réponses. Deux entretiens - le quatrième notamment- sont presque des exposés sur les HPV et la vaccination. Les patientes interrogées posent des questions concernant le vaccin et les virus ou encore la vaccination des garçons, ce qui mène l'enquêtrice à répondre parfois de manière très longue, parasitant un peu les entretiens. On constate au fur et à mesure de la lecture des entretiens que ceux-ci deviennent plus riches en réponses des interrogés avec de meilleures relances et une liberté de parole accrue.

d. Retranscription des données

Les données ont été enregistrées simultanément sur le dictaphone du téléphone de l'enquêteur mais également sur le logiciel AUDACITY® qui permet l'enregistrement sur ordinateur et l'exploitation des données. Après plusieurs écoutes, celles-ci ont été retranscrites à l'écrit sur le logiciel WORD® et relues à plusieurs reprises. Ce mode de retranscription et notamment le caractère distanciel et téléphonique

a mené à la perte d'un certain nombre de données. Seuls les mots et certains comportements tels que les rires ou l'hésitation, certaines onomatopées ou des sons tels que des souffles ont été retranscrits. La plupart du caractère non verbal et gestuel des entretiens a été perdu.

3. Validité de l'étude

La validité d'une recherche est l'indice de la valeur ou de la qualité scientifique de cette recherche. Plus une recherche est valide, plus les conclusions que le chercheur pourra en tirer seront fiables, vraies ou valables. (60)

La validité d'une étude s'évalue à différents niveaux. La validité interne est un indicateur de qualité qui permet au chercheur d'évaluer la fiabilité ou la certitude de ses conclusions internes. La validité externe permet d'évaluer la valeur des conclusions tirées de l'analyse de l'échantillon, que le chercheur souhaite généraliser à l'ensemble de la population à l'étude. On parle aussi de validité écologique, qui renvoie aux conditions de vie des individus qui forment la population à l'étude et à la validité des conclusions généralisées aux individus dans leur environnement.

Les facteurs qui vont permettre d'améliorer la validité interne d'une étude sont la crédibilité de la méthode employée, la plausibilité par rapport à l'état des connaissances, la fiabilité des données, ou encore une triangulation des données. (61)

Selon certains articles concernant les recherches qualitatives, elles peuvent être perçues comme un travail « d'anthropologue » nécessitant de mettre de côté tous ses préjugés et ses idées préconçues concernant l'objet de recherche. Il faut partir de zéro en ne se projetant pas dans les résultats pouvant émaner de l'étude. Pour citer une étude de 2019 réalisée par l'Association pour la recherche qualitative québécoise, « l'anthropologue ne doit pas tenter d'obtenir une meilleure compréhension des idées d'une tribu en la reliant aux idées qu'il connaît déjà ou qu'il considère plus intelligibles ou plus précises : il ne doit pas tenter une reconstruction « logique ». Une telle procédure, le lie au connu ou à ce qui

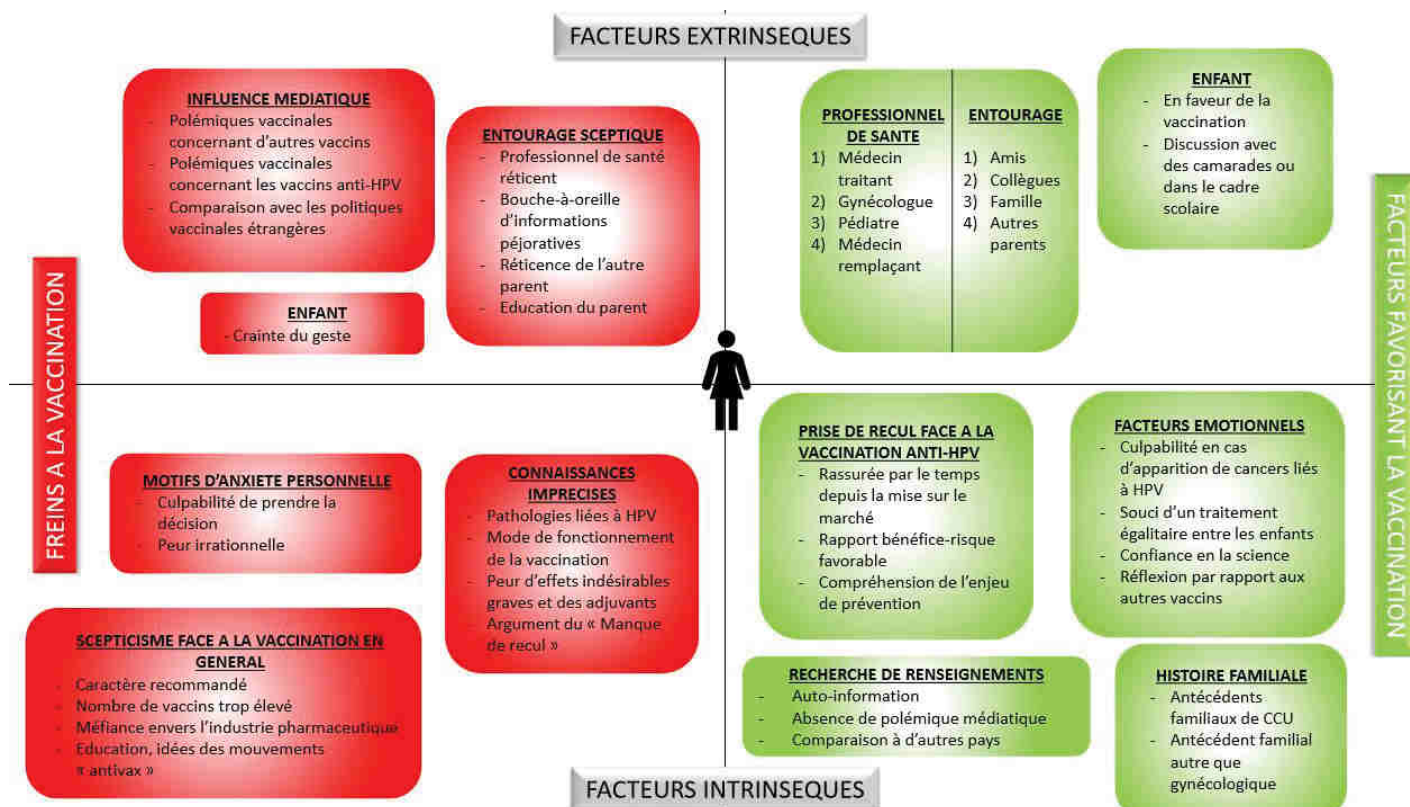
est préféré par un certain groupe et l'empêche d'obtenir ou de développer des compréhensions de la culture nouvelle qu'il investigue. » (62)

Comme précisé précédemment, il n'est pas possible d'extrapoler des résultats d'études qualitatives à la population générale. En cela on ne peut parler de validité externe pour ce travail. Une triangulation des chercheurs a cependant été réalisée, car le codage des résultats a été contrôlé par un tiers qui est le directeur de thèse. Le recueil lui, n'a été réalisé que par l'investigatrice de l'étude, qui a manuellement retranscrit les entretiens sur ordinateur. La triangulation des chercheurs a permis d'apporter un œil neutre sur les entretiens, d'en faire une deuxième lecture et d'en extraire de potentiels éléments oubliés. Triangler les sources aurait été compliqué du fait de l'objectif, car il semble difficile d'interroger d'autres personnes que les parents concernant leur prise de décision vaccinale. Il n'y a pas eu de triangulation des techniques de recueils non plus puisque seul un enregistrement audio a été réalisé. Le caractère distanciel de la majorité des entretiens ne permettait malheureusement que difficilement les enregistrements vidéo en plus de l'audio.

B. INTERPRETATION DES RESULTATS

Un schéma interprétatif a été réalisé à partir des éléments extraits des entretiens avec les parents interrogés. Il est pensé autour du parent (la mère), qui en est le point de départ et autour d'elle gravitent et s'articulent les facteurs permettant la prise de décision vaccinale ainsi que les freins à cette dernière. Pour comprendre la décision de vaccination, il faut comprendre les freins initiaux et les motifs d'hésitation. Ceux-ci ont été représentés en rouge sur le schéma et sont intrinsèques ou extrinsèques à la patiente. Les facteurs permettant de faire pencher la balance pour la vaccination sont eux représentés en vert. Ils sont également propres ou extérieurs à la patiente et dans les cas étudiés ont permis aux parents de faire vacciner leurs enfants contre les HPV.

Figure 10. Schéma interprétatif des facteurs permettant la décision de vaccination anti-HPV et les freins.



1. Facteurs ayant permis la prise de décision de vaccination

L'objectif principal de ce travail était de mettre en évidence les facteurs permettant à des parents réticents à la vaccination contre les HPV de changer d'avis et de faire vacciner leurs enfants. Le postulat a donc été d'enquêter sur les discussions ou des entretiens qu'ils auraient pu avoir concernant ce vaccin qui les auraient mis en confiance, de les mettre face à leurs réflexions et leurs projections afin de comprendre leur processus décisionnel. Il a été difficile de ne pas débiter les entretiens avec des idées préconçues et il a fallu essayer d'orienter le moins possible les questions et les réponses. La prise de décision est complexe et les enregistrements ont permis de mettre en évidence que le processus de réflexion est en réalité une balance entre les freins et les facteurs facilitateurs et que des circonstances particulières, des événements de vie ou tout simplement le temps, permettaient à cette balance de pencher en faveur du vaccin.

La manière la plus simple d'analyser les résultats a été de diviser les éléments rapportés par les patientes comme émanant d'elles-mêmes ou comme provenant de l'extérieur. Ainsi les facteurs décisifs dans la prise de décision vaccinale ont également été répartis en ces deux catégories. Les résultats ont été comparés avec des études similaires ayant été réalisées. L'une a été réalisée à Hong-Kong en 2018 et l'autre est une revue de la littérature d'études qualitatives sur les facteurs majeurs impactant l'hésitation vaccinale, datant également de 2018.

a. Facteurs extérieurs permettant la prise de décision

Professionnels de santé

L'intervention d'un (ou plusieurs) professionnel(s) de santé est l'élément majoritairement cité comme ayant fait changer d'avis des mères réticentes. 100% des femmes interrogées ont vu leur décision facilitée par une discussion qu'elles ont eu avec un professionnel de santé en qui elles ont confiance. Pour huit d'entre elles, cette intervention a même été déterminante et est décrite comme l'élément décisif à la vaccination. Le professionnel le plus fréquemment cité est le médecin traitant (72,7%), suivi par le gynécologue (36,4%), le pédiatre (27,3%) et le médecin remplaçant (9,1%).

Les interventions rapportées comme ayant aidé à la décision sont :

- **les encouragements** : 72,7% des mères interrogées ont été encouragées par un de leurs médecins à faire vacciner leurs enfants. Parfois le simple fait le médecin conseille de réaliser un acte pour lequel les patients doutent permet de lever rapidement l'hésitation (**E11** « A partir du moment où j'avais un petit peu aussi le, l'aval de ma généraliste, ça m'a totalement libérée »). Selon une étude récente, les médecins généralistes seraient majoritairement favorables à la vaccination HPV (94% d'entre eux) et 97% des parents déclareraient suivre les recommandations de leur médecin concernant la vaccination. (63) C'est en accord avec ce que nous avons mis en évidence.

- **les confidences et le partage d'expérience personnelle** : le fait de connaître l'avis de leur médecin concernant cette vaccination et notamment d'avoir accès à des informations personnelles sur le statut vaccinal de ses enfants par exemple est très rassurant pour les mères. 36,4% des patientes ont posé la question à leur médecin de savoir si ses filles étaient vaccinées. Elles rapportent toutes avoir été rassurées par la réponse positive et pour ces patientes, cette confiance est une preuve de confiance et un élément déculpabilisant dans leur choix. (E9 « *Mon médecin il a également des filles, qu'il a fait vacciner, c'est ça qui après a fait que j'ai dit bon ben on la fait vacciner quoi !* »).
- **les explications scientifiques simplifiées** : 18,2% des patientes rapportent avoir eu des explications très claires de la part d'un de leur médecin, leur permettant de comprendre le fonctionnement du vaccin et l'enjeu de prévention (E10 « *J'ai posé la question et alors là elle a été super claire, elle m'a très bien expliqué la chose et c'est là où je me suis dit bah oui, on va le faire quoi parce que ça me paraissait important* »). L'une des mères a été particulièrement touchée par le fait que le médecin ai pris le temps d'expliquer les choses à sa fille devant elle (E2 « *Il lui a expliqué exactement, en quoi ça consiste, qu'est-ce que ça implique, et je trouvais que c'était bien aussi qu'elle sache exactement.* »).
- **un discours moralisateur** : l'une des patientes explique en ses termes qu'une remplaçante a un jour « *remis les choses à leur place* » (E6) en tenant un discours un peu moralisateur sur l'hésitation concernant la vaccination HPV. Ses propos teintés de lassitude ont permis à la patiente de se remettre en question, sans pour autant faire preuve d'une réelle pédagogie selon elle.

Ce travail permet de mettre en évidence l'importance de la confiance que portent les patients en leurs médecins et cela permet d'envisager le rôle indispensable du médecin (traitant notamment) dans les actions de prévention, comme la vaccination. Pour deux patientes, leur médecin traitant est censé œuvrer pour leur bien-être, E3 « *c'est mon médecin traitant (...)elle va pas me conseiller quelque chose qu'elle va trouver totalement enfin que j'en ai pas besoin ou inutile ou quelque chose ou elle adhère pas.*»

Bien que les chiffres ne soient pas extrapolables à l'échelle de la population, le fait qu'un médecin soit un facteur cité par 100% des mères interrogées permet de concevoir le travail de fond de discussions et d'explications qu'il doit effectuer auprès de ses patients réticents. Ces résultats sont semblables à ceux retrouvés dans une étude qualitative chinoise de 2018 portant sur le processus décisionnel dans la vaccination contre les papillomavirus humains, méthodologiquement semblable à ce travail (entretiens semi-dirigés avec analyse en théorie ancrée). La confiance en leur médecin traitant et en ses explications était un élément clé de la décision vaccinale maternelle. (64) Cela est également mis en évidence dans une revue de la littérature de 2018 concernant les facteurs permettant de limiter l'hésitation vaccinale. (59)

Les techniques des médecins généralistes afin de contrer les arguments des patients opposés à la vaccination sont variées. Certains vont choisir d'éduquer les patients -ce qui semble indubitablement nécessaire peu importe l'acte de soin ou de prévention entrepris- quand d'autres vont essayer de les faire se remettre en question, parfois même utiliser certains arguments pouvant mener à la culpabilisation de l'individu. Cependant, deux études québécoises *Promovac* et *Promovaq*, ont montré une augmentation de l'intention de vacciner et une diminution de l'hésitation vaccinale grâce à l'entretien motivationnel plutôt qu'à l'éducation classique. (65) Cette approche d'intervention dirigée, centrée sur le patient, permet de travailler avec lui sur ses connaissances, ses représentations, ses ambivalences. Ce type d'intervention, en créant des conflits sociocognitifs, amène le patient à explorer lui-même ses propres hésitations. Cependant, des habiletés communicationnelles sont requises, et la majorité des personnels de santé n'est pas formée à ce genre de discussions.

Entourage

81,8% des mères interrogées expliquent avoir naturellement discuté de leurs hésitations avec des membres de leur entourage plus ou moins proche.

Les **amis des parents** sont des interlocuteurs privilégiés en cas d'hésitation car ces derniers cherchent des appuis dans leur décision. Trois d'entre eux ont questionné des amis ayant déjà fait vacciner leurs

enfants, et leur argumentaire a participé à les convaincre de faire de même (E7 « à force (...) d'en parler avec mes amis aussi qui ont aussi des filles euh bah voilà c'est ce qui m'a convaincue après je pense »).

Les **membres de la famille** sont également consultés lorsqu'une décision médicale discutée est à prendre, surtout quand l'un d'eux est professionnel de santé. Son avis est sollicité afin d'avoir son point de vue personnel ainsi que des explications, notamment épidémiologique. L'avis positif de son beau-frère, médecin, sur la vaccination anti-HPV et le fait que sa fille soit vaccinée a permis de convaincre une des mères interrogées de faire vacciner la sienne. La famille hors milieu médical est évidemment sollicitée elle-aussi, surtout quand des membres proches se retrouvent dans la même situation de devoir faire vacciner leur enfant. Le fait d'avoir dans son entourage des adolescents déjà vaccinés sans effets indésirables constatés est un facteur favorisant la vaccination. Cela a également été mis en évidence dans des études déjà réalisées sur le sujet. (64)

Les **collègues femmes** du même âge avec des enfants à vacciner ont également été consultées par deux des mères interrogées. Les patientes sont mises en confiance par l'avis positif de leurs collègues.

Le **mari** d'une des patientes a participé au changement d'avis de sa femme, ayant été lui-même initialement réticent puis ayant changé d'avis. Sa confiance en la médecine a permis de le rassurer quant bénéfices de la vaccination anti-HPV.

L'avis des **parents d'amies de l'adolescente** a aussi été sollicité car la proposition de vaccination leur a été faite au même moment et l'expérience était ainsi partagée.

L'adolescent

63,6% des mères interrogées connaissaient le point de vue de leur adolescente concernant la vaccination ou savaient au moins qu'elle en avait discuté autour d'elle. Les mamans de quatre adolescentes savaient que leur fille en avait parlé avec leurs amies. Certaines d'entre elles avaient déjà été vaccinées et cela a motivé les adolescentes à faire de même ou du moins à se renseigner et à mieux comprendre les choses selon l'interprétation de certaines mères. L'une d'elle en avait également parlé

sur le temps scolaire, bien qu'il soit probable que d'autres aient également eu des interventions de prévention dans le cadre scolaire mais que les mères n'en aient simplement pas été informées.

45,5% des jeunes filles ont clairement exprimé leur avis en faveur de la vaccination à leur mère. Cela a été un net facteur de déculpabilisation pour elles de ne pas être seules dans la décision. Paradoxalement deux d'entre elles n'ont pas demandé leur avis à leurs filles, les estimant trop jeunes pour participer à la décision.

b. Facteurs intrinsèques à la mère dans la prise de décision

La plupart des facteurs décisionnels de vaccination contre les papillomavirus humains émanent du parent lui-même et de ses réflexions. Ils peuvent être liés à son éducation, à sa culture ou à son passé, mais aussi être le fruit de renseignements ou de travail sur soi.

Histoire familiale

Le **passif familial** -notamment sur le plan **médical**- quand il y en a un, impacte la décision de vaccination car malgré leur réticence, il reste à l'esprit des patientes interrogées. Quatre des mères questionnées avaient dans leur famille des proches atteintes de lésions cervicales. Il s'agit de proches au premier degré (mère pour **E11**), au second degré (sœur pour **E3**) ou d'amie (pour **E4**). Certaines d'entre elles ont été confrontées à leur proches faisant face à des prises en charge délabrantes avec des répercussions telles que des douleurs chroniques ou balistiques. Deux patientes avaient elles-mêmes eu des frottis retrouvant des cellules suspectes, ce qui leur avait causé une importante anxiété jusqu'à ce qu'un contrôle soit réalisé. Cela a changé leur façon de voir les choses « *Du coup j'ai commencé à réfléchir autrement et je me suis dit « ben pourquoi pas en parler à mes enfants »* » (**E12**). Malgré leur hésitation à vacciner leur enfant, cet historique et ces antécédents pèsent dans l'esprit des mères questionnées et elles évoquent directement la peur que leur fille doive affronter les mêmes épreuves « *Mais du coup je me suis dit que si je peux éviter que ma fille ai ça, ben je le fais* » (**E3**).

Les antécédents autres que gynécologiques vont parfois entrer dans le mécanisme de réflexion. Une des nièces d'une patiente interrogée est greffée rénale. Constatant sa belle-sœur s'empresser de faire vacciner sa fille contre les HPV a convaincu une des mères de faire de même pour sa fille (E7).

Prise de recul face à la vaccination anti-HPV

Les patientes interrogées rapportent toutes avoir eu une première période de franche réticence à la proposition de leur médecin de vacciner leur fille et avoir ressenti le besoin de se laisser une période de réflexion. C'est durant ce laps de temps qu'interviennent des réflexions et des pensées, avec notamment une prise de recul par rapport à la vaccination. En balance avec l'argument du « manque de recul » très fréquemment cité dans les freins initiaux à la vaccination, l'argument du « **recul suffisant** » et du « temps depuis la mise sur le marché » est sorti cinq fois. Paradoxalement, deux des patientes fournissant l'argument du recul suffisant comme rassurant pour vacciner leur fille avaient d'abord été freinées par le « manque de recul » ressenti. Au cours du 6^{ème} entretien, la mère interrogée expliquait qu'on avait « *pas assez de recul* » pour finalement revenir sur ses propos sans plus d'explications en rapportant « *c'est vrai qu'on a suffisamment de recul* ». Ce retournement de situation au sein d'une même discussion reflète la réflexion menée entre le moment de la proposition de son médecin et celui de prendre la décision. E3 explique « *ce n'est pas un vaccin qui est sorti il y a six mois, je veux dire où là je me serais dit non là c'est plus un test, une étude expérimentale, je veux dire il y a quand même du recul sur ce vaccin ça fait je crois plus de 10 ans qu'il existe* ». Le temps depuis l'AMM (plutôt que la qualité des essais réalisés en amont) semble être un marqueur de confiance pour les parents. L'une d'elle avait beaucoup hésité pour sa première fille, mais les dix ans la séparant de sa deuxième ont permis selon elle d'apporter le recul nécessaire. Ces résultats sont en accord avec ceux mis en évidence dans l'étude chinoise précédemment citée. Elle a permis de montrer que certains parents initialement réticents à la vaccination anti-HPV ont reconsidéré leur décision plusieurs années après, ayant le ressenti d'un recul plus important sur le médicament. (64)

Après réflexion, 27,3% des mères questionnées en ont conclu que le **rapport bénéfice/risque était en faveur de la vaccination** (E7 « *bon il faut quand même l'avouer mais c'est quand même une avancée* »). La

crainte que leur enfant développe un cancer du col de l'utérus l'emporte sur la peur d'effets indésirables graves.

Dans le même esprit, l'une des mères questionnées exprime ouvertement sa **compréhension de l'enjeu de prévention** du vaccin ce qui lui a permis de prendre du recul et de revenir sur son point de vue négatif.

Facteurs émotionnels

Une part importante d'investissement émotionnel vient s'intégrer à la décision de vaccination. Une revue de la littérature publiée en 2018 sur les facteurs sous-jacents impactant l'hésitation vaccinale dans les pays développés (analyse d'études qualitatives) met l'accent sur le fait que la décision vaccinale est propre à chaque parent pour chaque vaccin en fonction du contexte socio-culturel, sanitaire et de leur expérience personnelle. (59)

Comme dans l'étude qualitative précédemment citée (64), la **peur de voir leur fille atteinte d'un cancer du col de l'utérus** a pris le dessus chez quatre patientes interrogées. Elles expliquent ressentir de la culpabilité et craindre de regretter à l'avenir de ne pas l'avoir fait vacciner.

La première patiente interrogée a fait fi de sa crainte de vacciner sa deuxième fille par **souci d'égalité entre ses enfants**. Elle explique ne pas vouloir faire de différence de traitement entre eux et sa première fille ayant souhaité se faire vacciner, son souci de justice l'a poussée à faire de même avec la deuxième.

Deux patientes expriment la nécessité selon elle de faire **confiance en la science** (E9 « *il faut aussi apprendre à faire confiance aussi sinon on a confiance en rien* »).

Enfin, deux patientes **comparent la décision de vaccination HPV à la décision pour d'autres vaccins**. E6 fait le parallèle entre le vaccin qui nous intéresse et les vaccins requis pour voyager à l'étranger. Elle ressent l'incohérence entre l'empressement de se faire vacciner pour des motifs de « loisir » et la réticence à vacciner ses enfants contre des virus pouvant faire développer des cancers. Cela l'a aidée à relativiser et à prendre sa décision plus sereinement « *on hésite sur ce genre de choses alors qu'en même temps quand on part à l'étranger on se pose pas de questions pour [le vaccin] contre la fièvre jaune et tout ça, on*

le fait sans trop réfléchir juste pour un voyage donc... ». **E11** quant à elle ne s'explique pas l'absence d'hésitation pour des vaccins plus anciens et obligatoires au calendrier vaccinal et son hésitation pour celui-ci. Elle explique « *pour tétanos tout ça je ne me pose même pas la question* ». De même elle a réalisé en renvoyant cette situation à son histoire personnelle, qu'elle n'avait par le passé pas hésité à faire des vaccins supplémentaires non obligatoires à ses enfants quand son propre père était sous chimiothérapie et donc immunodéprimé et vulnérable. Elle n'avait, selon ses dires « *pas hésité une seconde à vacciner [...] Pour éviter que s'il l'attrape il le contamine...* ».

Recherche de renseignements

Pour finir, les patientes ont parfois décidé de leur propre initiative d'**effectuer des recherches** sur la vaccination afin de compléter leur avis. 36,4% d'entre elles expliquent avoir cherché des informations, parfois en restant très vagues quant à leur façon de faire : les termes « *j'ai lu deux trois trucs* », « *j'ai fait deux trois recherches* » sont ressortis. Le fait de n'avoir pas au cours de ces recherches entendu de retours péjoratifs sur le vaccin est rassurant pour l'une des patientes et cela l'a motivée à faire vacciner sa fille. **E7** évoque une étude Suisse qui aurait démontré que des cas de sclérose (la patiente ne précise pas si elle pense à de la sclérose en plaque ou à une autre pathologie) développés après la vaccination ne lui seraient pas imputables. Elle rapporte être tombée sur l'interview de cette « *grande professeure* » qui expliquait les résultats de cette étude, à l'époque où elle devait prendre sa décision pour sa fille et que l'intervention de cette scientifique l'avait rassurée. Les travaux du chercheur n'ont pas permis de retrouver l'article ou l'interview en question, si ce n'est peut-être un article issu de la Société Suisse de la Sclérose en Plaques datant de 2014 qui explique « *qu'il n'a pas pu être établi que le nombre de maladies auto-immunes est nettement plus élevé suite au vaccin contre le VPH* ». (66)

45,5% des mères questionnées **comparent la France à d'autres pays**. Comme pour les sources de leurs recherches, les informations restent assez vagues avec des imprécisions sur le pays lui-même (**E3** « *c'était au Pays-Bas enfin un pays ouais je ne sais plus où* ») ou sur les chiffres. Les pays cités sont les Etats-Unis (par deux mères), l'Australie, les pays scandinaves et le Pays-Bas (des pays à haut niveau de

développement). Il est rassurant pour elles de réaliser que le vaccin est sur le marché depuis plus longtemps à l'étranger et que les résultats y sont bons.

c. Facteurs non cités

D'autres facteurs connus pour influencer la décision vaccinale mis en évidence dans d'autres études n'ont jamais été cités par les mères interrogées au cours de ce travail :

- l'inquiétude maternelle quant aux pratiques sexuelles de sa fille notamment en matière de contraception mécanique -absence de contrôle sur ces pratiques- (64)
- la perception du caractère recommandé par le gouvernement (en lien avec les caractéristiques socio-politiques du lieu de l'étude qui est Hong-Kong) (64)
- l'influence des réseaux sociaux (59) : le fait que les réseaux sociaux n'aient pas été cités par les mères interrogées est probablement lié au fait que l'âge moyen des mères questionnées est de 46 ans et qu'au moment de prendre leur décision, l'influence des réseaux sociaux était moindre et leur usage moins répandu
- les normes sociales (le fait que de faire vacciner ses enfants reste la norme sociétale) (59)
- la connaissance de l'origine des vaccins. (59)

2. Freins à la vaccination

Afin de comprendre les facteurs permettant la décision de vaccination, il semblait important au chercheur de connaître les motifs de réticence des parents à la vaccination de leurs enfants. Les freins à la vaccination étaient un des objectifs secondaires, afin de comprendre le cheminement psychologique des parents. Comme pour les facteurs favorisant la vaccination, les freins ont été divisés comme émanant de la mère ou comme étant extérieurs à elle. Les résultats ont été confrontés aux recherches déjà effectuées sur les freins à la vaccination anti-HPV.

a. Freins extérieurs influençant le parent

Certains freins à la vaccination ne sont pas directement liés au parent lui-même mais font suite à des interventions extérieures, des propos entendus par le parent ou des informations recueillies par lui.

Entourage sceptique

Parmi les freins extérieurs, un entourage sceptique est plus prompt à semer le doute dans l'esprit du parent. 45,5% des interrogées rapportent avoir eu une influence négative émanant de leur entourage.

Cela peut émaner de **professionnels de santé** côtoyés, comme pour trois patientes interrogées. La fille de l'une d'elles (**E6**) était suivie dans son enfance par un médecin ouvertement anti-vaccins. **E12** avait demandé l'avis de son médecin à savoir s'il vaccinerait ses filles et sa réponse négative l'avait inquiétée et avait repoussé sa décision de vaccination. **E11** a été confrontée à une sage-femme réticente à la vaccination anti-HPV, ce qui l'a nettement freinée dans son choix (« *Je me suis dit « Oh la la » quand elle était dubitative...* »). Une étude a permis de démontrer que bien que la majorité des médecins généralistes français recommandaient la vaccination contre les HPV à leurs patients, un pourcentage important d'entre eux restait hésitant face à ce vaccin concernant son efficacité et sa sûreté, ce qui influe leurs recommandations auprès des patients. (70)

Ce scepticisme peut aussi émaner de l'**entourage familial proche**. Deux d'entre elles avaient des maris réticents à cette vaccination. L'un d'eux a changé d'avis comme sa femme, quand l'autre reste sur ses positions et « *est contre le carnet de vaccination euh imposé* » (**E12**). L'une d'elle a une maman qui lui a conseillé de ne pas faire vacciner sa fille (**E11**).

Trois patientes se rappellent avoir eu dans leur entourage un retour **d'informations péjoratives par bouche-à-oreille** sans vraiment se souvenir de l'origine précise de ces propos. Les mots employés sont « *différents sons de cloche* » (**E11**), « *avec tout ce qui circulait* » (**E11**), « *entendu à droite et à gauche différentes choses* » (**E12**). Ces idées toutes faites planent en arrière-fond dans leur esprit.

L'éducation de la mère peut aussi être un frein à la vaccination contre les HPV. Deux d'entre elles ont grandi dans des milieux défiants envers la vaccination en général.

Les retours médiatiques négatifs

Les **médias** exercent une influence sur la décision parentale à vacciner leurs enfants. Une des patientes cite directement un média télévisuel (**E1** « *émission édifiante qui avait été diffusée sur ARTE®* ») sans même avoir assisté elle-même à l'émission. Deux autres patientes évoquent des articles, globalement de manière assez vague (**E12** « *il y a eu beaucoup d'articles* »). La diffusion d'informations négatives dans les médias était un frein connu dans la littérature, mais les patientes interrogées n'ont pas parlé des nouveaux médias tels que les réseaux sociaux, qui dernièrement participent grandement au climat d'hésitation vaccinale. (49)(68)

Certaines **polémiques** sont largement ancrées dans les mémoires, concernant notamment d'**autres vaccins** mais influant tout de même sur la réticence vaccinale des mères interrogées. 54,5% des mères interrogées ont fait le rapprochement avec le vaccin contre l'Hépatite B. Deux patientes évoquent ce dernier comme cause potentielle de la sclérose en plaque de plusieurs de leurs proches (sa sœur pour **E9**, les sœurs de sa belle-mère et un couple d'amis frère et sœur pour **E11**).

Quatre patientes ont eu vent de **polémiques concernant les vaccins anti-HPV** courant des années 2010. L'une d'elle évoque de manière précise les plaintes portées par des familles « *contre X* » selon elle (**E5**), à la suite de l'apparition de cas de sclérose en plaques chez leurs enfants, d'autres se souviennent simplement de controverses et d'articles de presse. Ces controverses les ont « *fait douter* » (**E7**). Cette même patiente avait conscience que les risques d'effets indésirables graves étaient faibles, mais elle ne voulait pas prendre le risque pour sa fille « *j'ai regardé un peu les chiffres, c'est pas énorme quoi par rapport aux jeunes filles qui se sont fait vacciner, mais quand même on a toujours peur que voilà que son enfant fasse partie de cette tranche-là quoi* ».

Parmi les retours médiatiques négatifs, deux mères évoquent les **politiques vaccinales étrangères**, « *la Chine ou le Japon* » auraient arrêté de vacciner pour **E7**, et « *des pays européens (...) et asiatiques aussi* » pour **E11**.

Crainte de l'enfant du geste de vaccination

Enfin, le dernier frein mis en évidence a été pour l'une des patientes le fait que **sa fille exprime sa crainte du geste** en lui-même et sa peur des aiguilles (**E12**). Elle ne souhaitait pas imposer à sa fille une expérience déplaisante ou traumatisante pour elle.

b. Freins émanant du parent

Certains freins sont propres à la mère elle-même et sont inhérents à sa culture, son mode de pensée et son éducation.

Scepticisme face à la vaccination en général

45,5% des mères interrogées rapportent ouvertement être sceptiques face à la vaccination en général, sans forcément développer plus leurs arguments, mais 81,9% d'entre elles ont parmi leurs arguments au moins l'un d'eux pouvant refléter leur scepticisme.

Deux d'entre elles expliquent avoir ressenti des **doutes quant à l'utilité voire l'efficacité** du vaccin, ce qui participait à leur hésitation initiale.

Les résultats de notre étude montrent que certaines des mères préfèrent se contenter de ne faire que les vaccins obligatoires car il y a trop de vaccins à leur goût et semblent associer le nombre élevé de vaccins à un risque pour leur enfant qui est fragile à leurs yeux du fait de leur jeune âge (27,3%). Le **caractère recommandé** de ce vaccin remet en doute sa légitimité pour cinq mamans, chez qui la question « *en a-t-on vraiment besoin ?* » (**E6**) se pose. Dans la documentation réalisée pour ce travail, on constate effectivement que le statut obligatoire ou recommandé du vaccin met le trouble. Le caractère recommandé d'un vaccin lui confère pour certains une dimension facultative, avec une remise en question en termes d'utilité, d'efficacité et d'innocuité (d'autant plus si le vaccin est récent, que la maladie couverte est jugée peu grave ou peu fréquente, si le corps médical n'y semble pas unanimement favorable ou si un lien à l'industrie pharmaceutique est directement établi). Le caractère obligatoire d'une vaccination semble dans certaines études avoir un effet positif sur sa perception.

(69) Cela n'est pas toujours vrai car le caractère obligatoire peut chez certaines personnes susciter la défiance, par l'absence d'autonomie et de liberté décisionnelle, mais dans notre cas, les mères auraient majoritairement préféré qu'on ne leur laisse pas le choix (« *quand on nous l'impose, ben on nous l'impose c'est ainsi* » **E9**).

L'**âge jeune de vaccination** a été un frein pour une des patientes. Les recherches bibliographiques ont permis de mettre en évidence que pour certains parents, la vaccination inciterait à avoir des rapports sexuels précoces. (63) Les patientes interrogées sur le sujet ne l'ont cependant pas perçu de cette manière et le lien avec la sexualité n'a pas été un facteur limitant à leurs yeux.

E2 trouvait au départ le **frottis cervico-utérin suffisant dans la stratégie de dépistage** des cancers du col de l'utérus et n'avait pas compris l'intérêt du couple vaccin-frottis pour une prévention optimale.

Trois mères expliquent se retrouver dans certaines idées des **mouvements vaccinosceptiques** sans pour autant en faire partie. Dans leur imaginaire, le corps doit « *se défendre seul* » (**E11**) et l'immunité doit se construire en se confrontant aux maladies. Une mère explique même être sensible « *un petit peu à tout ce qui est de l'ordre du complotiste* » (**E11**) sans pour autant considérer faire partie d'un quelconque mouvement idéologique. Certaines d'entre elles expliquent avoir été éduquées selon ces préceptes, avec des parents qui continuent parfois d'exprimer ce genre d'idées.

A cela vient s'ajouter pour deux mères une **méfiance à l'encontre de l'industrie pharmaceutique**, portant essentiellement sur des considérations économiques, avec des termes tels que « *facteur financier* » (**E9**) ou encore « *les labos s'en mettent plein les poches* » (**E11**).

Connaissances imprécises concernant les vaccins contre les HPV

Les connaissances approximatives concernant les vaccins contre les papillomavirus humains participent au doute maternel sur la conduite à tenir. Cinq mères évoquent directement leurs lacunes et leur manque d'informations. Cela porte directement sur le **mécanisme du vaccin** avec pour l'une d'elle l'incompréhension concernant l'âge jeune de vaccination, mais aussi sur la **peur d'effets indésirables graves** largement exprimée par cinq mamans, plutôt « *à long terme* » (**E4**) avec peu de

précisions sur ce à quoi elles pensent, bien que la vaste catégorie de « *maladies auto-immunes* » ai été citée trois fois (E7, E9) et le terme « *d'autisme* » (E12) une fois. Cette peur d'effets indésirables potentiels semble plutôt intégrer l'imaginaire de la mère concernant le vaccin qu'émaner de réelles recherches concernant des effets secondaires réels possibles. En cela elle a été classée parmi les freins émanant du parent. La crainte d'effets secondaires et les doutes sur la sécurité du produit est un élément déjà connue dans la bibliographie sur les freins à la vaccination anti-HPV. (63)

L'expression « **manque de recul** » a été citée quatre fois, sans pour autant expliquer quel serait à leurs yeux un recul suffisant. Souvent, ce manque de recul est plus le reflet de l'absence d'informations et d'explications sur le temps écoulé depuis la mise sur le marché. Le caractère récent du vaccin est un frein déjà connu dans la littérature et selon les patients, les vaccins les plus anciens ont davantage « fait leur preuves » par rapport aux plus récents. (67)

Trois mères expriment leur **peur concernant les adjuvants** et les composantes du vaccin pouvant selon l'une d'elle « *entraîner des réactions diverses* » (E12), ou encore « *contenir certains produits toxiques* » (E11).

Motifs d'anxiété plus personnels

Parmi les freins intrinsèques aux parents viennent s'ajouter des motifs d'anxiété plus personnels dictés par des facteurs émotionnels. La **culpabilité** est un élément qui ressort de cinq entretiens, dans lesquels la décision à prendre est un poids pour la mère, qui aurait préféré qu'aucun choix ne lui soit laissé. Cette culpabilité est essentiellement provoquée par la peur que leur enfant développe des effets indésirables en lien avec le vaccin.

Trois des interrogées rapportent avoir ressenti une **peur qu'elles n'expliquent pas** à faire vacciner leur enfant, qui les a paralysées dans leur prise de décision, additionné pour l'une d'elles à un « *manque de confiance* » (E1).

3. ETAT DES CONNAISSANCES

Ce travail a permis de réaliser un point sur l'état des connaissances des mères interrogées concernant les papillomavirus humains eux-mêmes ou sur le vaccin.

a. Concernant les HPV

Comme le décrit **E3** pour elle-même, les connaissances des patientes interrogées concernant ces virus sont globalement « *rudimentaires* ». Elles sont imprécises concernant le mode de transmission mais la plupart savent tout de même qu'il s'agit d'un virus pouvant se contracter par contact sexuel, l'une d'elle précisant que « *je crois les garçons qui étaient porteurs* » (**E3**), de manière assez hésitante.

Les pathologies causées par les HPV sont méconnues des patientes interrogées, comme le laisse percevoir la réponse de **E6** « *Ben le cancer du col de l'utérus et c'est tout quoi* ». Deux patientes font une remarque sur le fait que peu de communication est réalisée sur les autres pathologies induites par les HPV, et qu'avant la mise sur le marché du vaccin, elles ne connaissaient même pas l'existence des papillomavirus humain voire du cancer du col de l'utérus.

b. Concernant les vaccins anti-HPV

E7 rapporte s'être renseignée et avoir lu des études par rapport au GARDASIL® « *enfin le vaccin contre le papillovirus* ». Cette erreur orthographique est assez représentative des connaissances réelles des patientes concernant ce vaccin. Certaines informations recueillies sont assez justes « *le vaccin qu'elle a en fait couvre une certaine partie [des valences virales] mais je crois même pas tous si je me trompe pas* » (**E11**). Elles ont intégré le rôle du vaccin dans la prévention des cancers du col de l'utérus mais la plupart expliquent « *n'en avoir pas cherché d'avantage* » (**E5**). Les connaissances restent cependant très imprécises concernant la prévention par le vaccin d'autres pathologies : « *ça réduit aussi le risque d'autres virus. Enfin virus je sais pas si on dit comme ça hein mais voilà il y a d'autres choses du coup.* » (**E2**). L'une d'elle pense que les HPV peuvent sensibiliser la personne atteinte et faciliter la contamination à d'autres infections sexuellement transmissibles (**E3**).

4. Autres éléments extraits des entretiens

a. Perception de regrets ?

Aucune des femmes interrogées ne regrette son choix d'avoir fait vacciner sa fille. **E1** ne regrette pas mais semble toujours peu convaincue « *tant qu'il ne s'est rien passé je ne regrette pas* ». Quatre d'entre elles expliquent « *au contraire* » être très heureuses d'avoir pris cette décision et l'une d'elle rapporte même « *je vais insister auprès de S.[son autre fille] pour qu'elle aille prendre RDV avec le médecin au plus vite hein pour qu'elle puisse se faire vacciner.* » (**E5**). Deux d'entre elles disent ne pas ressentir de regrets du fait qu'il y a encore plus de recul depuis que leur fille a été vaccinée et qu'elles n'ont pas été confrontées à de cas de complications dues au vaccin. **E11** est témoin des débuts de la vie amoureuse (et probablement sexuelle) de son adolescente et est finalement rassurée d'avoir fait ce choix à temps.

b. La vaccination des garçons

Beaucoup de patientes interrogées ont eu des questions concernant la vaccination des garçons. Ce sujet a été abordé au cours de huit entretiens. Parfois simplement pour les informer de l'ouverture de la vaccination aux garçons au 01^{er} janvier 2021, parfois à l'occasion d'argumentations plus développées.

E2 semble initialement peu encline à faire vacciner son fils, mais au fur et à mesure de ses explications on est témoin de l'évolution de sa pensée et du fait qu'elle réalise qu'ayant fait vacciner sa fille, elle n'a pas de raisons de ne pas faire vacciner son fils (« *Donc là c'est encore un peu frais mais pourquoi pas hein ! Après il a 14 hein donc lui aussi ce serait... Après c'est sûr que c'est nous au final, je ne pense pas qu'il soit contre non plus... (...) Je ne vois pas pourquoi maintenant on l'a fait pour L. et alors que les garçons sont aussi concernés, voilà il n'y a pas comme vous dites que le cancer du col de l'utérus.* »).

E4 est complètement convaincue par la vaccination des garçons et est en train de faire les démarches pour faire vacciner son aîné car c'est selon elle « *tellement logique* ».

E10 ressentait le besoin d'avoir des explications plus claires concernant les garçons « *Bah là je me pose la question puis à la limite vous vous pouvez peut-être m'éclairer ! Est-ce que c'est tout aussi important pour un garçon ?* ». L'objectif de ce travail n'était pas de convaincre des mères réticentes, mais quand les interrogées avaient des questionnements il semblait légitime d'y répondre.

Pour finir, **E12** en a parlé à son fils avant notre entretien puisqu'elle avait « *appris que la sécurité sociale commençait à préconiser pour les garçons* », mais devant la réticence de ce dernier elle préfère reporter la décision.

c. Situation où il y a plusieurs filles dans la famille

Les schémas familiaux varient ainsi que le fonctionnement au sein de ceux-ci. Les mères de plusieurs filles ont des réflexions différentes concernant la vaccination de leurs adolescentes. **E1** par exemple était tout aussi hésitante pour sa première fille que pour sa deuxième, mais le fait que la première ait insisté pour se faire vacciner l'a poussée à faire vacciner sa deuxième par souci d'équité. **E6** au contraire a été hésitante pour sa première et souhaite absolument et sans hésitation faire vacciner sa deuxième. Pour **E12**, l'hésitation n'est apparue qu'au moment de prendre la décision pour sa deuxième fille, ne s'étant pas posée de question pour la première. Elle n'est cependant toujours pas sûre de faire vacciner ses autres filles « *les petites quand elles seront concernées on verra. On verra à ce moment-là. A priori oui, maintenant d'ici-là on verra ce qui se passe.* ».

E5 enfin a une première fille vaccinée pour laquelle elle avait hésité, et une deuxième de 19 ans, l'âge limite du rattrapage, non encore vaccinée. Elle a retardé la vaccination de la deuxième du fait des polémiques de 2013 concernant les vaccins anti-HPV. Elle souhaite à présent faire vacciner sa deuxième.

d. Réflexions concernant le SARS-CoV-2

Trois patientes établissent un lien entre la vaccination contre les HPV et le contexte sanitaire dans lequel ce travail est réalisé. **E9** fait référence à la vaccination contre la COVID en disant « *c'est en plein*

dedans en ce moment. », tout comme E11 « surtout avec tout ce qu'il se passe en ce moment j'ai quand même tendance à faire confiance aux gens qui, sont du métier on va dire ».

VI. CONCLUSION

Cette étude a pu mettre en évidence de nombreux facteurs ayant engendré un changement d'avis concernant la vaccination contre les papillomavirus humains chez des parents initialement opposés ou hésitants.

Le principal facteur semble être les professionnels de santé, notamment le médecin traitant. Il semble avoir un rôle essentiel à jouer. En effet, on peut penser que sa capacité à communiquer avec ses patients est primordiale, surtout quand il ressent que ceux-ci sont hésitants. Les autres professionnels de santé, comme le pédiatre ou le gynécologue, ont eux aussi une influence sur la prise de décision.

L'entourage des parents a également souvent permis aux mères de prendre la décision de vacciner leurs filles, en se rassurant auprès d'autres parents ayant été confrontés à la même situation qu'elles. Il semblerait qu'inciter les parents et les adolescents à questionner des personnes dans la même situation qu'eux puisse permettre la prise de décision.

L'adolescent peut aussi faire pencher la balance en faveur de la vaccination quand celui-ci exprime son point de vue positif et que la décision a été prise en concertation. Il semble aussi important de recueillir son avis.

Les mères questionnées citent également des facteurs émanant de leur réflexion et de leurs questionnements. Lors de la prise de décision, certaines mères ont fait le choix de s'informer et de rechercher des renseignements concernant le vaccin. L'absence de polémique entendue ou la comparaison à des politiques vaccinales efficaces à l'étranger permettent aux mères de faciliter la décision de vaccination.

Le vaccin concerne leur enfant, une part émotionnelle entre donc en compte dans leur choix par crainte que leur fille développe un cancer de l'utérus, avec une sensation de culpabilité. Les mères ne

veulent pas faire de différence de traitement entre leurs enfants et le fait que l'un d'eux soit vacciné va pousser à ce que les autres le soient aussi. Il semble important de savoir les rassurer et de les faire déculpabiliser lors de la prise de décision.

Les mères questionnées ont conscience de leurs contradictions, notamment quand elles font d'autres vaccins à visée de loisir sans rechigner, pour voyager par exemple. Cet argument peut être utilisé afin de faire relativiser les parents.

L'histoire familiale influe également dans la décision lorsqu'il y a des antécédents de lésions dues aux HPV dans la famille ou d'autres antécédents familiaux graves.

Pour finir, les mères questionnées ont su prendre du recul entre le moment où la vaccination leur a été proposée et celui de la prise de décision. Elles avouent, pour certaines, être rassurées par le temps écoulé depuis la mise sur le marché et comprendre l'enjeu de prévention du vaccin. Il s'agit d'arguments importants à utiliser lors de la proposition de vaccination.

L'étude a également permis de mettre en évidence certains freins à la vaccination et de connaître le niveau de connaissances des mères questionnées. Ce travail confirme les résultats déjà publiés dans de nombreuses études à ce sujet.

Ce travail permet de comprendre les arguments décisionnels maternels en cas de réticence à la vaccination anti-HPV. Il permet aux médecins concernés par cette vaccination pour leurs patients de comprendre et de trouver les arguments susceptibles de les convaincre dans une approche centrée patient.

Il serait intéressant de compléter ces recherches par un questionnement de parents de garçons, afin d'étudier les facteurs facilitant la vaccination masculine. Cette étude a également mis en évidence la très faible participation paternelle dans la décision vaccinale. Cela ouvre le débat sur l'investissement du père dans la santé des enfants et son rôle à améliorer dans la vaccination.



Le président du jury de thèse

Professeur Yves HANSMANN

Vu et approuvé

Strasbourg, le **06 DEC. 2021**

Doyen de la Faculté de Médecine, Maïeutique et
Sciences de la Santé

Professeur Jean SIBILIA



VII. ANNEXES

1. EPIDEMIOLOGIE DES CANCERS DU COL DE L'UTERUS

Dans le monde :

Le cancer du col de l'utérus est le 4^{ème} cancer féminin en termes d'incidence. Le taux d'incidence est de 6,1/100 000 personnes-années avec environ 570 000 nouveaux cas par an en 2020. (21) (22) (23)

Incidence à l'échelle mondiale des cancers du col de l'utérus.

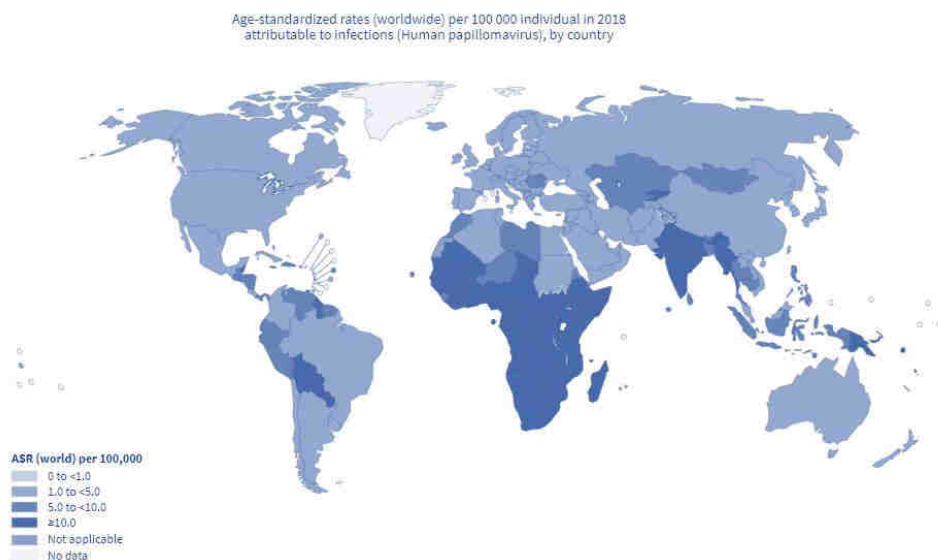
Source Global Cancer Observatory (GLOBOCAN) 2020, WHO (22)



Le cancer du col de l'utérus est le 2^{ème} cancer de la femme dans le monde en termes de prévalence, bien que premier dans beaucoup de pays en voie de développement où 80% des cas sont recensés. (13)(17) Les taux les plus importants sont en Afrique et en Amérique latine.

Prévalence à l'échelle mondiale des cancers du col de l'utérus

Source Global Cancer Observatory (GLOBOCAN) 2020, WHO (22)



Il est le cancer le plus meurtrier dans les pays en voie de développement. (21) On recense environ 311 000 décès par an dans le monde avec un taux de mortalité à 1,7/100 000 personnes-années. (23)

En France :

Le taux d'incidence du cancer du col de l'utérus est de 6,1/100 000 personnes-années actuellement en France, avec une baisse constante depuis 20 ans. On note cependant un ralentissement de la diminution d'incidence depuis 2005 avec un aplatissement des courbes, avec dans certaines études une hausse du risque de CCU dans certaines cohortes d'âge. Cela est associé au changement des comportements sexuels et à une exposition plus élevée à des HPV-HR. (23) On recense actuellement 2920 nouveaux cas de CCU par an en France et il se situe au 12^{ème} rang des cancers de la femme en termes d'incidence. (24)

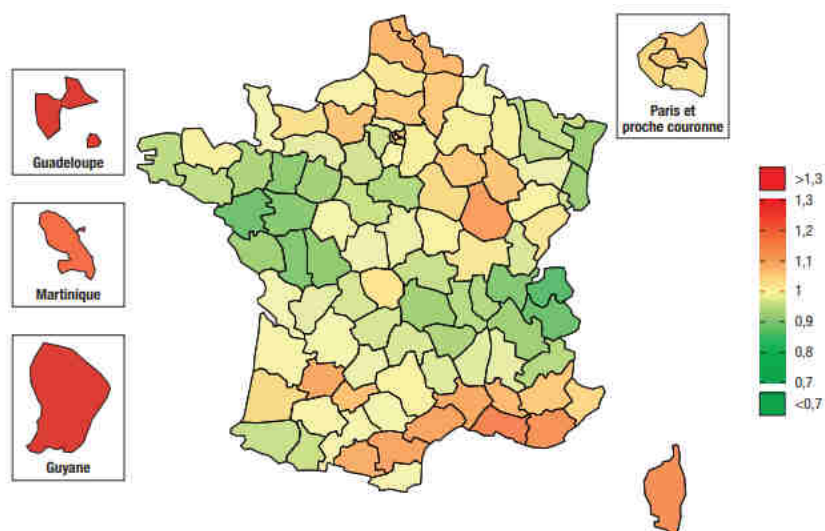
En 2018, 11 000 femmes de 15 ans et plus étaient en vie et avaient eu un CCU dans les 5 dernières années et 28 000 au cours des 15 dernières années. (24) En France, les CCU ont été responsables de 1 117 décès en 2018 avec un pic de mortalité à l'âge de 64 ans et un taux de mortalité à 1,7/100 000 personnes-années. (23) Le taux de mortalité avait entamé une diminution dans les années 1990, ralentie à partir de 2005, à l'image du taux d'incidence. Le CCU se place au 12^{ème} rang du taux de mortalité par cancer en France.

L'âge médian de diagnostic est de 53 ans (23) (24) et le pronostic est plutôt bon puisque l'on note une survie nette de 86 % à 5 ans et de 76 %, à 10 ans. (24)

En France, on note une importante disparité territoriale de la répartition des cancers du col de l'utérus. Les taux d'incidence de CCU sont particulièrement élevés sur le pourtour méditerranéen avec des sur-incidences par rapport à la moyenne nationale dans certains départements (Bouches-du-Rhône, Var, Hérault...).

Figure 5. Rapports standardisés d'incidence (SIR) du cancer du col de l'utérus lissés par département de France Métropolitaine (2007-2016), et d'incidence observée en Guadeloupe (2008-2014), Martinique (2007-2014) et Guyane (2010-2014) ; la référence est le taux pour la France métropolitaine (SIR = 1)

Source Hamers et Woronoff Cancer du Col de l'Utérus en France : tendances de l'incidence et de la mortalité jusqu'en 2018 (23)



2. CARACTERISTIQUES DES VACCINS SUR LE MARCHÉ

Il est recommandé d'initier toutes les nouvelles vaccinations par le GARDASIL 9®, les deux autres vaccins doivent toujours être utilisés quand il faut terminer une vaccination initialement débutée par l'un d'eux. Voici donc un résumé de leurs caractéristiques propres, inspiré du tableau « Caractéristiques des différents vaccins contre les HPV disponibles en France » proposé dans la recommandation vaccinale émise par la HAS en 2019 pour l'élargissement de la vaccination aux garçons, qui a été un peu simplifié.

Tableau 4. Caractéristiques des différents vaccins contre les HPV disponibles en France

Source Haute Autorité de Santé, 2019 (8)

	GARDASIL® Quadrivalent (qHPV)	CERVARIX® Bivalent (bHPV)	GARDASIL 9® Nonavalent (9HPV)
Type de vaccin	Protéine L1 VLP	Protéine L1 VLP	Protéine L1 VLP
Vecteur eucaryote pour la production de protéine	Cellules de levure Saccharomyces cerevisiae	Cellules d'insectes Trichoplusia ni Hi-5	Cellules de levure Saccharomyces cerevisiae

Composition et quantité de protéine L1 pour chaque génotype	<p>HPV-6 20 µg</p> <p>HPV-11 40 µg</p> <p>HPV-16 40 µg</p> <p>HPV-18 20 µg</p>	<p>HPV-16 20 µg</p> <p>HPV-18 20 µg</p>	<p>HPV-6 30 µg</p> <p>HPV-11 40 µg</p> <p>HPV-16 60 µg</p> <p>HPV-18 40 µg</p> <p>HPV-31 20 µg</p> <p>HPV-33 20 µg</p> <p>HPV-45 20 µg</p> <p>HPV-52 20 µg</p> <p>HPV-58 20 µg</p>
Date de 1 ^{ère} AMM Européenne	20/09/2006	20/09/2007	10/06/2015
Indications (AMM)	<p><u>Prévention :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -des lésions génitales précancéreuses du CCU, de la vulve et du vagin, ; -des lésions anales précancéreuses ; -du CCU ; -du cancer anal ; <p>dus à certains types d'oncogènes HPV.</p> <ul style="list-style-type: none"> -des verrues génitales (condylomes acuminés) dus à des types d'HPV spécifiques. 	<p><u>Prévention :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -des lésions anogénitales précancéreuses (du CCU, de la vulve, du vagin et de l'anus) ; -des CCU ; -des cancers de l'anus ; <p>dus à certains types d'oncogènes HPV.</p>	<p><u>Prévention :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -des lésions génitales précancéreuses du CCU, de la vulve et du vagin ; -des lésions anales précancéreuses ; -du CCU ; -du cancer anal ; <p>dus à certains types d'oncogènes HPV.</p> <ul style="list-style-type: none"> -des verrues génitales (condylomes acuminés) dus à des types d'HPV spécifiques.
Remboursement	65%	65%	65%

La différence principale entre ces différents vaccins est le nombre de valences virales contre lesquelles il protège le receveur, et par conséquent leurs indications. Le CERVARIX® ne contient que deux valences virales, HPV-16 et 18, les deux valences d'HPV-HR les plus pourvoyeuses de cancers. Ce vaccin n'est donc pas indiqué dans la prévention des condylomes acuminés. Le GARDASIL 9® offre un champ de protection plus large, protégeant de deux valences d'HPV-LR mais surtout de 7 valences d'HPV-HR.

3. GUIDE D'ENTRETIEN TYPE

Merci de bien vouloir m'accorder cet entretien !

Je m'appelle Chiara STAMILE, je suis interne de médecine générale et suis en train de préparer ma thèse, c'est dans ce cadre que nous nous rencontrons aujourd'hui.

Mon travail consiste à réaliser des recherches sur la vaccination contre les papillomavirus humains chez les adolescents en âge d'être vaccinés.

Voici comment va se dérouler notre entretien : nous allons discuter ensemble autour du thème et je vais vous poser des questions. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse, je suis simplement là pour recueillir votre point de vue. Je ne porterai aucun jugement sur vos positions ni sur vos connaissances en la matière, cela doit rester un échange constructif.

Je vais enregistrer vos propos de manière anonyme avec un téléphone et sur mon ordinateur, et notre discussion restera entre nous et ne sera exploitée que pour mon travail.

Est-ce que vous avez des questions avant que l'on commence ?

Nous pouvons donc commencer :

Tout d'abord et afin de faire un peu connaissance, je vais vous poser des questions un peu générales :

- Quel âge avez-vous ? Quelle profession exercez-vous ? Et le père/(la mère) ? A-t'il (elle) participé à la prise de décision de vaccination ? Combien d'enfant(s) avez-vous ? Combien de garçons et combien de filles, et quel(s) âge(s) ont-ils actuellement ?
- S'il y en a plusieurs en âge d'être vaccinés : Combien d'entre eux ont été vaccinés contre les HPV ?
- A quel âge votre/vos enfant(s) a/ont été vacciné(s) ?
- Si vous participez à cette étude, c'est que vous étiez initialement plutôt voire totalement contre la vaccination contre les HPV : pour quels motifs ? (doute sur l'efficacité ? peur d'effets secondaires ? polémiques vaccinales ? caractère recommandé et non obligatoire ? thème sexualité ?)
- Vous avez finalement décidé de vacciner votre enfant quand même : qu'est ce qui a motivé ce changement de décision ?
- Faire un peu préciser en demandant : s'il y a eu discussions avec l'entourage, auto-information, discussion avec l'ado, rôle du médecin traitant, recherches persos ? ...)
- Avant de faire vacciner vos enfants, que saviez-vous sur les papillomavirus humains d'une manière générale ? (orienter sur les pathologies en question, leur gravité, les connaissances sur leur fréquence au besoin...).
- Et que saviez-vous sur le vaccin contre les HPV ?
- Connaissez-vous le point de vue de votre adolescent à ce moment-là ?
- Regrettez-vous votre choix ?

4. ENTRETIEN COMPLET NUMERO 9

Merci de bien vouloir m'accorder cet entretien ! Donc je m'appelle Chiara STAMILE je suis interne de médecine générale et donc je suis en train de préparer ma thèse. C'est dans ce cadre que nous discutons aujourd'hui. Mon travail consiste à réaliser des recherches sur la vaccination contre les papillomavirus humains chez les adolescents en âge d'être vaccinés. Et donc je vais vous expliquer comment ça va se dérouler: nous allons discuter ensemble autour du thème et puis je vais vous poser des questions. Il n'y a bien sûr pas de bonne ni de mauvaise réponse hein, je suis simplement là pour recueillir votre point de vue.

- *Oui bien sûr pour étayer la thèse bien sûr !*

- **Tout à fait, et je ne porterai bien sûr aucun jugement sur vos positions ni sur vos connaissances c'est un échange qui doit rester constructif. [D'accord oui !] Alors donc je vais enregistrer vos propos de manière anonyme avec un téléphone et sur mon ordinateur, et notre discussion restera entre nous et ne sera exploitée que dans le cadre de mon travail !**

- *Hum hum d'accord !*

- **Est-ce que vous avez des questions avant que l'on commence ?**

- *Non non, non non, non non, pas de soucis !*

- **Très bien ben alors c'est parti! Donc tout d'abord et afin de faire un peu connaissance je vais vous poser des questions générales plutôt. Donc quel âge avez-vous ?**

- *52!*

- **Et quelle profession exercez-vous ?**

- *Animatrice commerciale.*

- **D'accord et le père des enfants ?**

- *Alors il a 59, des enfin on a juste une fille [rires].*

- **D'accord pardon donc de votre fille !**

- *Donc 59 et il est comptable, enfin comptable, comptable bancaire on va dire, voilà.*

- **D'accord ! Est-ce qu'il a participé à la décision de vaccination de votre fille ou pas du tout ?**

- *Euh, ça date... Notre fille elle a 23 ans donc elle s'est fait vacciner à 15 ans... D'après mes souvenirs oui on en a discuté mais après euh, disons on va dire c'est plus moi qui étais dans la décision on va dire quoi.*

- **Oui, en général c'est souvent le cas c'est pour ça que je pose la question un peu par curiosité... Donc vous avez déjà bien répondu à mes questions d'après qui étaient le nombre d'enfants et leur âge, donc vous avez une fille de 23 ans qui a été vaccinée. Hum donc elle a été vaccinée à l'âge de 15 ans, et donc si vous participez à cette étude c'est que vous étiez initialement plutôt réticente voire contre cette vaccination. Quels étaient les motifs de vos hésitations ?**

- *Alors déjà, déjà c'est une réticence pas forcément à ce vaccin-là mais un petit peu aux vaccins en général quoi... Euh c'est en plein dedans en ce moment d'accord, et oui c'est un petit peu ça. En fait, le fait que ce soit un vaccin déjà non obligatoire, donc ça ça joue, parce que les vaccins obligatoires ben bien évidemment on les fait hein on se pose moins de questions bien que, il y a aussi il peut toujours y avoir des risques bien évidemment. Et le fait que ce soit un vaccin non obligatoire effectivement, un choix à faire, là ça devient plus compliqué quoi.*

- **En fait ça vous facilite la chose quand on vous l'impose plutôt que de devoir (...) ?**

- *Ben quand on nous l'impose, ben on nous l'impose c'est ainsi, et puis euh de toutes façons il faut le faire il n'y a pas le choix de toutes façons, comme tous les vaccins que l'on va faire quand les enfants sont petits etc. Et après, euh, et après ben celui-là n'étant pas obligatoire ben forcément on va se poser la question je veux dire. Et donc euh la question effectivement le vaccin, ben après on lit effectivement les effets, les effets euh, ben les effets néfastes de certaines personnes sur le vaccin, après donc voilà. Mais après il y a toujours ce facteur euh, ce rapport bénéfice/risque qui reste quand même favorable quand même en bénéfice du vaccin, et après il y a le, il y a la culpabilité qui dit ben oui mais si après euh voilà ma fille peut très bien ne rien avoir, mais elle peut effectivement avoir et puis regretter de ne pas l'avoir fait vacciner quoi. Donc il y a un petit peu ce cas de conscience et puis ben voilà, on s'interroge, on interroge un peu autour de soi. Alors bien sûr il y a plein de contres, il y a du pour il y a du contre, et puis après on en parle avec son médecin et puis on se laisse convaincre après voilà. Mon médecin il a également des filles, qu'il a fait vacciner, c'est ça qui après a fait que j'ai dit bon ben on la fait vacciner quoi. Voilà mais après oui c'est le fait que ce soit pas forcément obligatoire qui a fait qu'il y a cette question qui se pose.*

- **Vous aviez également des doutes sur l'efficacité du vaccin ou pas vraiment?**

- Ben l'efficacité euh je me dis quand même il faut quand même à un moment donné avoir confiance quand même en la science quoi je veux dire c'est sûr. Après, autour des vaccins, moi ce qui me gêne aussi c'est un peu ce facteur on va dire, euh financier des labos aussi, parce qu'on sait jamais je veux dire d'un seul coup on met ça en place parce que derrière il y a des gros intérêts financiers aussi. Après c'est plein de questions quoi quelque part. Après à un moment donné il faut aussi apprendre à faire confiance aussi sinon on a confiance en rien je veux dire c'est sûr mais bon voilà quoi.

- Vous aviez entendu parler d'effets secondaires hum de polémiques particulières ?

- Oui des effets voilà par exemple sur les maladies auto-immunes, ce genre de choses, je veux dire hum voilà quoi je veux dire actuellement j'ai une sœur qui a une maladie auto-immune, euh après on sait pas du tout d'où c'est venu, voir si c'était le vaccin de l'Hépatite B à l'époque par exemple voilà, c'est des questions qu'on peut se poser quoi je veux dire. On sait pas, je veux dire elle a été vaccinée enfin dans son métier elle a été vaccinée elle a dû faire un tas de vaccins dont l'Hépatite B après peut-être que ça a joué après ça dépend. Enfin ça dépend de plein de choses donc on sait pas... Après on entend effectivement bon ben voilà il y a un tas de femmes effectivement qui peuvent attraper enfin qui peuvent avoir ces problèmes effectivement qui entraînent un cancer du col de l'utérus, après il y a des décès, voilà après on veut pas que sa fille fasse partie de ça non plus je veux dire, voilà. Alors c'est plein de questions mais après voilà après une fois qu'on a pris la décision on a pris la décision quoi, voilà.

- Tout à fait ! Est-ce que le fait que ce soit un vaccin qui tourne un petit peu autour de la sphère intime, de la sexualité est-ce que ça vous a bloquée ou pas vraiment ?

- Oh pas du tout ! Non non, ça vraiment pas du tout !

- D'accord ! Et est-ce que vous en avez discuté avec votre fille ? Est-ce que vous lui avez demandé son point de vue ? Est-ce que vous l'avez incluse dans la décision ou pas tant que ça ?

- Alors euh je me souviens pas trop... On en a discuté alors oui oui mais maintenant de là à l'inclure dans la décision... Après c'est difficile, c'est difficile à 15 ans je veux dire, enfin 14-15 ans de lui demander de prendre une, non je pense pas non, qu'elle prenne position oui ou non etc. après c'est un peu compliqué quoi, ouais.

- Est-ce que vous savez si elle en avait à cet âge-là -bon c'était il y a un petit moment- mais déjà entendu parler, parlé avec ses copines euh (...)

- Ah pas du tout !!!

- (...) elle ne connaissait pas avant d'être vaccinée ?

- Ah pas du tout non non non ! Non non c'est vraiment quelque chose euh d'un seul coup, bon on en entend parler effectivement du, du vaccin, que ça existe etc. mais après c'est plus le médecin en fait hein qui a fait la démarche d'en parler. Ce n'est même pas moi qui ai dit « C. va voir bientôt 14 ou 15 ans, euh qu'est ce que vous en dites du vaccin ? », c'est lui qui est venu vers moi pour en parler quoi.

- C'est votre médecin traitant donc qui vous l'a proposé ?

- Oui oui tout à fait !

- Est-ce qu'il y a d'autres professionnels de santé qui en ont parlé avec vous ou à qui vous avez demandé leur avis ou que lui ?

- Non ! Du tout ! Non non que le médecin de famille !

- D'accord et donc lui il vous a donné ses arguments et il a participé à votre changement de décision en fait ?

- Oui oui oui ! Après bon ben après c'est sûr on se renseigne un peu de son côté forcément. Et puis après lui. Et puis lui il a dit « Voilà moi j'ai vacciné mes filles ! » voilà après on fait quoi, à un moment donné il faut faire confiance [rires]. C'est sûr que son médecin traitant on a tendance quand même à lui faire confiance sinon on va chez un autre quoi je veux dire hein, voilà !

- Oui bien sûr c'est vrai !

- Surtout si on le connaît depuis longtemps quoi, hum...

- Et donc vous vous étiez en plus informée de votre côté hein c'est ce que vous disiez vous aviez un peu regardé à gauche à droite ?

- Oui ben forcément hein oui forcément on s'informe forcément toujours quoi je veux dire, avec maintenant internet il y a tout hein. Après il y a à boire et à manger bien évidemment mais bon voilà, surtout dans le cadre de la santé quoi.

- Et dans votre entourage, est-ce qu'il y avait d'autres mamans qui étaient un peu dans votre situation, qui étaient aussi hésitantes, est-ce que vous en avez parlé ?

- Dans mon entourage euh proche, ben déjà non, j'ai une sœur qui a deux fils donc ça on en a pas vraiment parlé. Les autres frères sœurs ont des petits comme on a un décalage d'âge quoi je veux dire, donc non pas vraiment, et autour non pas trop, même pas avec euh, je me souviens même plus d'en avoir parlé avec la, par exemple la maman de la meilleure amie de ma fille. Non non non c'est quelque chose dont on a pas forcément trop discuté quoi en fait.

- **Ca marche, d'accord. Et avant de faire vacciner votre fille du coup vous aviez déjà entendu parler des papillomavirus humains ? Qu'est-ce que vous saviez sur ces virus en général ?**

- En fait j'avoue franchement que je n'en ai jamais trop entendu parler quoi non.

- **Hum hum c'était nouveau quoi c'était un thème qui (...)** ?

- Oui voila ! Le thème effectivement euh papillomavirus était quelque chose de nouveau oui franchement.

- **Hum hum et les pathologies euh qu'ils pouvaient entraîner aussi ça vous avait enfin vous n'en aviez pas entendu parler non plus du coup ?**

- Ben en fait pas trop quoi je veux dire pas trop quoi. Non non vraiment pas trop. Non je trouve que ça ne communique pas spécialement par rapport à ça hein.

- **Oui c'est assez récent en fait hein effectivement comme vaccination (...)**

- Oui parce que ma fille s'est faite vacciner du coup ben oui en 2013 quoi je veux dire mais c'est vrai qu'on en entend pas, il n'y a pas vraiment de campagne quoi...

- **Non là maintenant on commence tout doucement à se bouger par rapport à ça, on commence à vacciner les garçons depuis cette année aussi.**

- Oui oui oui ça j'ai entendu effectivement !

- **Donc maintenant tout le monde est logé à la même enseigne et il y a moins aussi cette question de culpabilité de faire vacciner sa fille et de laisser les garçons (...)**

- Oui et se dire « Pourquoi j'ai une fille et pas un garçon ? ! » [rires] Encore un truc en plus pour une fille...

- **Oui voilà donc maintenant c'est tout le monde et ça pose moins de questions. Mais hum oui c'est assez récent c'est vrai.**

- Oui c'est assez récent et franchement on en entend pas, comme dit il n'y a pas vraiment de campagne moi je trouve voilà par rapport à ce vaccin.

- **Et c'est vrai qu'on ne comprend pas forcément, enfin les caractères recommandé et obligatoire en France je pense que c'est aussi du fait que les, qu'il y a une hésitation et une réticence vaccinale générale qui est assez importante comparé à d'autres pays d'Europe.**

- Oui oui on le voit là actuellement, il y a une réticence et une grosse réticence par rapport à ça c'est sûr.

- **Et du coup c'est vrai que ça fait toujours beaucoup de bruit de rendre un vaccin obligatoire et hum bon ben je ne sais pas comment ils les sélectionnent mais c'est vrai que le caractère recommandé en général n'aide pas toujours c'est sûr.**

- Non non pas du tout, pas du tout.

- **Finalement du coup est-ce que vous regrettez votre choix d'avoir fait vacciner votre fille, avec du recul ?**

- Non, non je ne regrette pas ! Non non parce qu'après, c'est vrai que depuis, depuis qu'elle a été vaccinée on a pas vraiment entendu des cas euh, tellement importants ou graves je veux dire, dûs au fait de la vaccination. Maintenant, parce qu'il existe depuis combien de temps le vaccin je crois 2006 ou un truc comme ça ?

- **Tout à fait il a été mis sur le marché en 2006.**

- Bah on est en 2021 je veux dire hein maintenant on a quand même un peu de recul par rapport à ça quoi je veux dire donc euh.

- **Il y a eu des études hein effectivement de grosses études et ça a été infirmé ces histoires de pathologies auto-immunes, même les procès qui ont été ouverts en 2013 ont été conclus par des non-lieux donc euh c'est plus vraiment maintenant (...)**

- Oui voilà à un moment donné hein... Donc non non non non je ne regrette pas après à un moment donné quand c'est fait c'est fait quoi, voilà à un moment donné on prend une décision on fait un choix, et donc on assume son choix quoi je veux dire euh voilà quoi.

- **D'accord eh bien écoutez moi je crois que j'ai fait le tour de toutes les questions que je voulais vous poser de mon côté. Est-ce que vous vous en avez encore, euh est-ce que vous avez des questions à me poser ou des interrogations particulières ?**

- Euh ben non pas qui me vienne à l'esprit !

- **Merci en tous cas de m'avoir accordé de votre temps !**

5. CARACTERISTIQUES DES PARTICIPANTS

Entretien	Sexe	Âge	Catégorie socio-professionnelle (CSP)	CSP autre parent	Enfants (âges)		Âge de primo-vaccination	
					Filles	Garçons	Filles	Garçons
1	Femme	49	4	2	26, 19	24/	15, 14	/
2	Femme	47	4	6	17	14	16	/
3	Femme	37	5	Inconnue	14	/	14	/
4	Femme	42	4	4	13	14	11	/
5	Femme	52	5	6	29, 19	/	15, ∅	/
6	Femme	42	4	2	13, 11	/	13, ∅	/
7	Femme	48	2	6	20	26	14	/
8	NON EXPLOITABLE							
9	Femme	52	4	3	23	/	15	/
10	Femme	48	4	4	18	14	16	/
11	Femme	48	4	3	16	19	15	/
12	Femme	43	5	6	25, 16, 11, 8, 6	15	15, 15, ∅, ∅, ∅	/

6. CATEGORIES SOCIO-PROFESSIONNELLES SELON L'INSEE

Catégories socio-professionnelles selon l'Insee	
1	Agriculteurs exploitants
2	Artisans, Commerçants et chefs d'entreprise
3	Cadres et professions intellectuelles supérieures
4	Professions intermédiaires
5	Employés
6	Ouvriers
7	Retraités
8	Autres personnes sans activité professionnelle

BIBLIOGRAPHIE

1. GARDASIL - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. [cité 21 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.anism.sante.fr/Activites/Surveillance-des-medicaments/Medicaments-faisant-l-objet-d-un-plan-de-gestion-des-risques/Medicaments-faisant-l-objet-d-un-Plan-de-Gestion-des-Risques-PGR2/GARDASIL>
2. Prévention [Internet]. [cité 21 janv 2021]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/ressources/plan-cancer-2014-2019-rapports-aux-francais/prevention>
3. Données de couverture vaccinale papillomavirus humains (HPV) par groupe d'âge [Internet]. [cité 21 janv 2021]. Disponible sur: </determinants-de-sante/vaccination/donnees-de-couverture-vaccinale-papillomavirus-humains-hpv-par-groupe-d-age>
4. Données de couverture vaccinale papillomavirus humains (HPV) par groupe d'âge [Internet]. [cité 28 janv 2021]. Disponible sur: </determinants-de-sante/vaccination/donnees-de-couverture-vaccinale-papillomavirus-humains-hpv-par-groupe-d-age>
5. Hall MT, Simms KT, Lew J-B, Smith MA, Brotherton JM, Saville M, et al. The projected timeframe until cervical cancer elimination in Australia: a modelling study. *Lancet Public Health*. 1 janv 2019;4(1):e19-27.
6. Baromètre santé 2016 [Internet]. [cité 28 janv 2021]. Disponible sur: </etudes-et-enquetes/barometres-de-sante-publique-france/barometre-sante-2016>
7. RAPPORT_V7_final-erratum-version-comprimée.pdf [Internet]. [cité 21 janv 2021]. Disponible sur: https://www.iresp.net/wp-content/uploads/2019/02/RAPPORT_V7_final-erratum-version-compr%C3%A9ss%C3%A9e.pdf
8. Recommandation sur l'élargissement de la vaccination contre les papillomavirus aux garçons [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 1 mars 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3116022/fr/recommandation-sur-l-elargissement-de-la-vaccination-contre-les-papillomavirus-aux-garcons
9. IARC. Biological Agents [Internet]. [cité 7 févr 2021]. Disponible sur: <https://publications.iarc.fr/Book-And-Report-Series/Iarc-Monographs-On-The-Identification-Of-Carcinogenic-Hazards-To-Humans/Biological-Agents-2012>
10. Egawa N, Egawa K, Griffin H, Doorbar J. Human Papillomaviruses; Epithelial Tropisms, and the Development of Neoplasia. *Viruses*. juill 2015;7(7):3863-90.
11. Wallin K-L, Wiklund F, Ångström T, Bergman F, Stendahl U, Wadell G, et al. Type-Specific Persistence of Human Papillomavirus DNA before the Development of Invasive Cervical Cancer [Internet]. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJM199911253412201>. Massachusetts Medical Society; 2008 [cité 7 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJM199911253412201>
12. Ylitalo N, Josefsson A, Melbye M, Sørensen P, Frisch M, Andersen PK, et al. A Prospective Study Showing Long-Term Infection with Human Papillomavirus 16 before the Development of Cervical Carcinoma in Situ. *Cancer Res*. 1 nov 2000;60(21):6027-32.

13. Muñoz N, Bosch FX, de Sanjosé S, Herrero R, Castellsagué X, Shah KV, et al. Epidemiologic Classification of Human Papillomavirus Types Associated with Cervical Cancer [Internet]. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa021641>. Massachusetts Medical Society; 2009 [cité 1 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa021641>
14. Magalhães GM, Vieira ÉC, Garcia LC, De Carvalho-Leite M de LR, Guedes ACM, Araújo MG. Update on human papilloma virus - part I: epidemiology, pathogenesis, and clinical spectrum. *An Bras Dermatol*. janv 2021;96(1):1-16.
15. zur Hausen H. Papillomaviruses and cancer: from basic studies to clinical application. *Nat Rev Cancer*. mai 2002;2(5):342-50.
16. Yap T, Watkin N, Minhas S. Infections of the Genital Tract: Human Papillomavirus–Related Infections. *Eur Urol Suppl*. 1 avr 2017;16(4):149-62.
17. Trottier H, Franco EL. The epidemiology of genital human papillomavirus infection. *Vaccine*. mars 2006;24:S4-15.
18. Dunne EF, Nielson CM, Stone KM, Markowitz LE, Giuliano AR. Prevalence of HPV Infection among Men: A Systematic Review of the Literature. *J Infect Dis*. 15 oct 2006;194(8):1044-57.
19. Lees BF, Erickson BK, Huh WK. Cervical cancer screening: evidence behind the guidelines. *Am J Obstet Gynecol*. 1 avr 2016;214(4):438-43.
20. L'Institut publie L'essentiel des faits et chiffres des cancers en France (édition 2019) - Actualités [Internet]. [cité 26 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Actualites-et-evenements/Actualites/L-Institut-publie-L-essentiel-des-faits-et-chiffres-des-cancers-en-France-edition-2019>
21. Arbyn M, Weiderpass E, Bruni L, Sanjosé S de, Saraiya M, Ferlay J, et al. Estimates of incidence and mortality of cervical cancer in 2018: a worldwide analysis. *Lancet Glob Health*. 1 févr 2020;8(2):e191-203.
22. America N. 5-year prevalence, both sexes. :2.
23. Cancer du col de l'utérus en France : tendances de l'incidence et de la mortalité jusqu'en 2018 [Internet]. [cité 22 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-col-de-l-uterus/documents/cancer-du-col-de-l-uterus-en-france-tendances-de-l-incidence-et-de-la-mortalite-jusqu-en-2018>
24. InfoCancer - ARCAGY-GINECO - Cancer du col de l'utérus - Maladie - L'épidémiologie de la maladie [Internet]. [cité 26 janv 2021]. Disponible sur: <http://www.arcagy.org/infocancer/localisations/cancers-feminins/cancer-du-col-de-l-uterus/maladie/lepidemiologie-de-la-maladie.html/>
25. Le vaccin Gardasil® et la stratégie de prévention globale des cancers du col de l'utérus [Internet]. [cité 26 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/AvisRapportsDomaine?clefr=231>
26. SPF. Bulletin de santé publique vaccination. Avril 2019. [Internet]. [cité 25 févr 2021]. Disponible sur: </determinants-de-sante/vaccination/documents/bulletin-national/bulletin-de-sante-publique-vaccination.-avril-2019>

27. Sophie T. Haute Autorité de santé. :36.
28. clementroche. Institut National du Cancer - Dépistage organisé du cancer du col de l'utérus [Internet]. INCA. [cité 22 févr 2021]. Disponible sur: <https://depistagecoluterus.e-cancer.fr/>
29. Dépistage du cancer du col de l'utérus : le test HPV-HR recommandé chez les femmes de plus de 30 ans [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 22 févr 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3192618/fr/depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-le-test-hpv-hr-recommande-chez-les-femmes-de-plus-de-30-ans
30. La vaccination contre les infections liées aux papillomavirus humains (HPV) pour prévenir les cancers - Agents infectieux [Internet]. [cité 22 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Facteurs-de-risque-et-de-protection/Agents-infectieux/Prevenir-les-cancers-lies-aux-HPV>
31. 6. Cancer du canal anal | SNFGE.org - Société savante médicale française d'hépatogastroentérologie et d'oncologie digestive [Internet]. [cité 25 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.snfge.org/content/6-cancer-du-canal-anal>
32. Abramowitz L, Jacquard A-C, Jaroud F, Haesebaert J, Siproudhis L, Pradat P, et al. Human papillomavirus genotype distribution in anal cancer in France: The EDiTH V study. *Int J Cancer*. 2011;129(2):433-9.
33. Yete S, D'Souza W, Saranath D. High-Risk Human Papillomavirus in Oral Cancer: Clinical Implications. *Oncology*. 2018;94(3):133-41.
34. InfoCancer - ARCAGY-GINECO - Cancer de la gorge (larynx) - Maladie - Avant propos [Internet]. [cité 25 févr 2021]. Disponible sur: <http://www.arcagy.org/infocancer/localisations/voies-aeriennes/cancers-du-larynx/la-maladie/avant-propos.html/>
35. Pils S, Gensthaller L, Alemany L, Horvat R, de Sanjosé S, Joura EA. HPV prevalence in vulvar cancer in Austria. *Wien Klin Wochenschr*. 1 nov 2017;129(21):805-9.
36. TUMEURS MALIGNES DU PÉNIS - Anatomopathologie des tumeurs malignes du pénis [Internet]. 2018 [cité 18 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.urofrance.org/base-bibliographique/tumeurs-malignes-du-penis-anatomo-pathologie-des-tumeurs-malignes-du-penis>
37. DGS_Anne.M, DICOM_Jocelyne.M, DGS_Anne.M, DICOM_Jocelyne.M. Le calendrier des vaccinations [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 25 févr 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/vaccination/calendrier-vaccinal>
38. Un avocat de Bordeaux porte plainte contre le vaccin Gardasil [Internet]. France Bleu. 2013 [cité 4 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.francebleu.fr/infos/faits-divers-justice/un-avocat-de-bordeaux-porte-plainte-contre-le-vaccin-gardasil-1385318226>
39. L'affaire avait débuté en Aquitaine : la plainte sur le vaccin Gardasil classée sans suite [Internet]. France Bleu. 2015 [cité 4 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.francebleu.fr/infos/faits-divers-justice/l-affaire-avait-debute-en-aquitaine-la-plainte-sur-le-vaccin-gardasil-classee-sans-suite-1446656674>

40. Vaccins anti-HPV et risque de maladies auto-immunes : etude pharmacoepidemiologique. 2015;92.
41. SPF. Adhésion à la vaccination en France : résultats du Baromètre santé 2016. Vaccination des jeunes enfants : des données pour mieux comprendre l'action publique [Internet]. [cité 11 févr 2021]. Disponible sur: /determinants-de-sante/vaccination/adhesion-a-la-vaccination-en-france-resultats-du-barometre-sante-2016.-vaccination-des-jeunes-enfants-des-donnees-pour-mieux-comprendre-l-actio
42. Dubé E, Gagnon D, Nickels E, Jeram S, Schuster M. Mapping vaccine hesitancy—Country-specific characteristics of a global phenomenon. *Vaccine*. 20 nov 2014;32(49):6649-54.
43. Black S, Rappuoli R. A crisis of public confidence in vaccines. *Sci Transl Med*. 8 déc 2010;2(61):61mr1.
44. Larson HJ, Figueiredo A de, Xiahong Z, Schulz WS, Verger P, Johnston IG, et al. The State of Vaccine Confidence 2016: Global Insights Through a 67-Country Survey. *EBioMedicine*. 1 oct 2016;12:295-301.
45. Siu JY, Fung TKF, Leung LH. Social and cultural construction processes involved in HPV vaccine hesitancy among Chinese women: a qualitative study. *Int J Equity Health*. 18 sept 2019;18(1):147.
46. 1_Report_WORKING_GROUP_vaccine_hesitancy_final.pdf [Internet]. [cité 22 févr 2021]. Disponible sur: https://www.who.int/immunization/sage/meetings/2014/october/1_Report_WORKING_GROUP_vaccine_hesitancy_final.pdf
47. SPF. Epidémie de rougeole en France. Actualisation des données de surveillance au 20 février 2018. [Internet]. [cité 15 févr 2021]. Disponible sur: /maladies-et-traumatismes/maladies-a-prevention-vaccinale/rougeole/epidemie-de-rougeole-en-france.-actualisation-des-donnees-de-surveillance-au-20-fevrier-2018
48. Global vaccine action plan 2011-2020 [Internet]. [cité 18 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/global-vaccine-action-plan-2011-2020>
49. Bonfiglio DLM. L'hésitation vaccinale et ses déterminants : étude observationnelle descriptive menée auprès de 1173 parents des Alpes-Maritimes. 30 juin 2017;67.
50. Moulin A-M. Les particularités françaises de l'histoire de la vaccination. La fin d'une exception ? *Rev D'Épidémiologie Santé Publique*. 1 juill 2006;54:81-7.
51. critères-COREQ.pdf [Internet]. [cité 20 janv 2021]. Disponible sur: <http://mediamed.unistra.fr/dmg/wp-content/uploads/2015/06/crite%CC%80res-COREQ.pdf>
52. Glaser BG, Strauss AL, Strutzel E. The Discovery of Grounded Theory; Strategies for Qualitative Research. *Nurs Res*. août 1968;17(4):364.
53. guide_theorisation_ancree.pdf [Internet]. [cité 31 août 2021]. Disponible sur: https://cfrps.unistra.fr/fileadmin/uploads/websites/cfrps/Recherche/ressources_utles_pour_recherche/guide_theorisation_ancree.pdf
54. Noble H, Mitchell G. What is grounded theory? *Evid Based Nurs*. 1 avr 2016;19(2):34-5.

55. 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). :256.
56. Recueil de données en recherche qualitative - LEPCAM [Internet]. [cité 20 janv 2021]. Disponible sur: https://lepcam.fr/index.php/les-etapes/protocole_quali/
57. Recherche_qualitative_PT_Seminaire_de_these_2011.pdf [Internet]. [cité 27 juin 2021]. Disponible sur: https://nice.cnge.fr/IMG/pdf/Recherche_qualitative_PT_Seminaire_de_these_2011.pdf
58. Fécondité – Bilan démographique 2019 | Insee [Internet]. [cité 20 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1892259?sommaire=1912926>
59. Dubé E, Gagnon D, MacDonald N, Bocquier A, Peretti-Watel P, Verger P. Underlying factors impacting vaccine hesitancy in high income countries: a review of qualitative studies. *Expert Rev Vaccines*. 2 nov 2018;17(11):989-1004.
60. VALIDITÉ D'UNE RECHERCHE [Internet]. [cité 11 oct 2021]. Disponible sur: https://pagesped.cahuntsic.ca/sc_sociales/psy/methosite/consignes/validite.htm
61. 26.4 La validité dans une analyse qualitative [Internet]. [cité 11 oct 2021]. Disponible sur: <https://tecfa.unige.ch/guides/methodo/IDHEAP/slides/methodo-slides-111.html>
62. Proulx J. Recherches qualitatives et validités scientifiques. *Rech Qual*. 2019;38(1):53.
63. Vaccination contre les HPV : enquête de perception auprès des médecins généralistes et des parents - Actualités [Internet]. [cité 8 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Actualites-et-evenements/Actualites/Vaccination-contre-les-HPV-enquete-de-perception-aupres-des-medecins-generalistes-et-des-parents>
64. Fielding R, Wu J, Lam W, Wang L. Decision-making process of families about human papillomavirus vaccination of adolescent daughters: a qualitative study of Hong Kong Chinese families. 2018;24(5):4.
65. Gagneur A, Quach C, Boucher FD, Tapiero B, De Wals P, Farrands A, et al. Promoting vaccination in the province of Québec: the PromoVaQ randomized controlled trial protocol. *BMC Public Health* [Internet]. 6 févr 2019 [cité 15 févr 2021];19. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6364424/>
66. Aucun signe de SEP suite au vaccin contre le VPH [Internet]. [cité 13 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.multipleskierose.ch/fr/actualite/detail/aucun-signe-de-sep-suite-au-vaccin-contre-le-vph-1/>
67. Baromètre santé 2016 [Internet]. [cité 11 févr 2021]. Disponible sur: </etudes-et-enquetes/barometres-de-sante-publique-france/barometre-sante-2016>
68. Larson HJ, Cooper LZ, Eskola J, Katz SL, Ratzan S. Addressing the vaccine confidence gap. *The Lancet*. 6 août 2011;378(9790):526-35.
69. SPF. 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]. [cité 11 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

70. Collange F, Fressard L, Pulcini C, Sebbah R, Peretti-Watel P, Verger P. General practitioners' attitudes and behaviors toward HPV vaccination: A French national survey. *Vaccine*. 3 févr 2016;34(6):762-8.



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 : STANILE Prénom : Chiaia

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, mises entre guillemets et référencées 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'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

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

Signature originale :

A Ribeauvillé, le 03/12/2021

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

RÉSUMÉ :

Alors que de nombreuses études se concentrent sur les freins à la vaccination contre les papillomavirus humains, peu d'entre elles sont consacrées aux moyens permettant de faire changer d'avis les patients en cas de réticence. L'objectif de cette étude était de mettre en évidence les facteurs ayant permis à des parents réticents à la vaccination contre les papillomavirus humains de changer d'avis et de faire vacciner leur enfant. Il s'agit d'une étude qualitative par entretiens semi-dirigés individuels, ayant été menée auprès de 11 mères ayant présenté une période d'hésitation et de réticence concernant ces vaccins. Cela a pu mettre en évidence que les arguments permettant la prise de décision ont été nombreux et variés, mais que le rôle des professionnels de santé est prépondérant dans la décision parentale, tout comme l'intervention d'un proche en faveur du vaccin. D'autres éléments de réflexion plus personnels interviennent dans la décision comme des antécédents familiaux de cancers du col de l'utérus, la perception positive du vaccin (rapport bénéfice risque favorable, temps depuis la mise sur le marché) ou encore l'absence de polémique médiatique entendue. Aucun père n'a pu être recruté pour ce travail, ce qui met en évidence le manque d'investissement paternel dans la prise de décision. Ce travail a permis d'ouvrir les perspectives et de susciter des questionnements chez les mères interrogées concernant la vaccination de leurs fils.

Rubrique de classement : Médecine Générale

Mots-clés : Papillomavirus Humains, Décision vaccinale, Hésitation vaccinale

Président :

Professeur Yves HANSMANN, Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Asseseurs :

Docteur Sara MARESCAUX, Praticien Hospitalier

Docteur Jean-Luc GRIES, Professeur Associé des Universités de Médecine Générale

Docteur François BUCHLIN, Médecin Généraliste

Adresse de l'auteur : 2 route de Bergheim, 68970 Guémar