

LISTE DES ABREVIATIONS

CCU	Cancer du col de l'utérus
DREES	Direction des Recherches, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
DTPC	Diphtérie Tétanos Poliomyélite Coqueluche
FCV	Frottis Cervico Vaginal
HAS	Haute Autorité de Santé
HCSP	Haut Conseil de Santé Publique
HPV	Papillomavirus Humain (Human Papillomavirus)
InCa	Institut National du Cancer
InVS	Institut de Veille Sanitaire
IRDES	Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé
IST	Infection Sexuellement Transmissible
OMS	Organisation Mondiale de la Santé

PLAN

LISTE DES ABREVIATIONS

RESUME

INTRODUCTION

MATERIEL ET MÉTHODES

- 1. Population**
- 2. Guide d'entretien et données**
- 3. Analyse**

RESULTATS

- 1. Population**
 - 1.1. Difficultés de recrutement**
 - 1.2. Caractéristiques de la population d'étude**
- 2. Données**
 - 2.1. Les raisons de la décision de vaccination**
 - 2.2. La parentalité**
 - 2.3. Aborder la sexualité et la féminité via la vaccination anti-HPV**

DISCUSSION

- 1. Principaux résultats**
- 2. Forces et faiblesses**
 - 2.1. Biais de l'étude**
 - 2.2. Réalisation des entretiens**
- 3. La confiance dans le soignant : implications et limites**
- 4. Légitimité et peur**
- 5. Information sur le vaccin, éducation et sexualité**
 - 5.1. Information sur la vaccination anti-HPV**
 - 5.2. Adolescence et éducation à la sexualité**

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

RESUME

Introduction : Le cancer du col de l'utérus représente le second cancer le plus fréquent dans le monde et le quatrième plus fréquent chez la femme. Depuis 2007, en France, une vaccination efficace et remboursée permet de lutter contre l'apparition de ces lésions. Pourtant, cette couverture vaccinale est faible. L'objectif de cette étude est de cibler ce qui décide les parents désireux de faire cette vaccination afin de mieux comprendre leurs attentes et interrogations et d'améliorer la couverture vaccinale.

Matériel et Méthode : Une étude qualitative a été menée, par entretiens semi-dirigés auprès de douze parents. L'analyse a été réalisée manuellement, par codage extrait du verbatim, catégorisation et création d'une carte conceptuelle d'analyse des résultats.

Résultats : Trois grands thèmes ont été identifiés. Tout d'abord, les raisons de la décision de vaccination avec l'influence de l'histoire personnelle et familiale, le rôle du soignant lors de la consultation et la volonté d'éviter la maladie. Ensuite, la parentalité regroupant les notions de responsabilité parentale et la peur de prendre une décision regrettable. Enfin, l'abord de la sexualité et de la féminité via la vaccination anti-HPV, regroupant la difficulté liée à l'âge de l'adolescente au moment de la vaccination et la volonté de préserver son corps, sa féminité, et la possibilité d'une maternité.

Discussion : La confiance dans le soignant pour aider à la décision de vaccination anti-HPV rend son rôle prépondérant. De plus, l'âge de cette vaccination et la pathologie concernée placent le soignant et le parent dans une situation particulière en ce qui concerne la décision parentale et l'abord de la sexualité. La décision parentale sera donc guidée par des considérations bien plus étendues que la prévention vaccinale.

Conclusion : Des notions déjà identifiées pour l'acceptation de la vaccination ont été corroborées. L'apport de certaines dimensions socio-anthropologiques permet leur analyse

sous un angle différent, pour une compréhension plus approfondie des tenants et aboutissants de la décision parentale de vaccination anti-HPV.

INTRODUCTION

Le cancer du col de l'utérus (CCU) représente le second cancer le plus fréquent dans le monde, le quatrième plus fréquent chez la femme. Avec 2835 nouveaux cas en 2017 en France métropolitaine et 1084 décès, c'est la douzième cause de cancer en France (1).

L'infection génitale à HPV est l'IST virale la plus fréquente dans le monde. Environ 200 types de virus HPV ont été répertoriés, dont une quarantaine avec un tropisme pour les régions anales et génitales. Sur cette quarantaine, une douzaine est considérée comme à haut risque oncogène (2), surtout pour les CCU. On considère que 80% des femmes sexuellement actives seront en contact avec le HPV au cours de leur vie : la plupart des infections à HPV est asymptomatique et éliminée spontanément dans les deux ans. Certaines persistent et s'il s'agit d'un HPV à haut risque, elles peuvent aboutir à l'apparition de lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus.

Les HPV à haut risque sont impliqués dans tous les cas de CCU, les génotypes d'HPV 16 et 18 dans 50 à 60% des cas de lésions précancéreuses de haut grade. Cependant, on sait aussi que le papillomavirus est souvent impliqué dans d'autres cancers des muqueuses : oropharyngée, laryngée, vulvaire, vaginale, pénienne ou anale (3).

Depuis 2007, il existe en France deux vaccins anti-HPV remboursés : le Gardasil® et le Cervarix®. Actuellement, il est recommandé de débiter la vaccination chez les filles de 11 ans à 14 ans, sur un schéma à deux doses, et en rattrapage jusqu'à l'âge de 19 ans révolus, sur un schéma à trois doses vaccinales. Depuis 2016, elle est recommandée chez les hommes jusqu'à 26 ans en cas de relations sexuelles avec des hommes (4,5,6).

Depuis septembre 2018, le Gardasil 9® est disponible : il contient 5 génotypes d'HPV additionnels (génotypes 31-33-45-52-58), responsables de 30 à 40 % des lésions de haut grade du col de l'utérus et de 15 à 20% des CCU. Ce vaccin contient donc les 9 génotypes

d'HPV responsables de 90% des CCU, 80% des lésions du col utérin, 70% des cancers du vagin, 40% des cancers de la vulve, 85% des cancers de l'anus et 60% des cancers du pénis. En 2016, une étude randomisée en double aveugle du Lancet comparant le Gardasil® au Gardasil 9® a été menée sur plus de 14 000 jeunes femmes entre 16 et 26 ans. Elle a conclu à une immunogénicité similaire des deux vaccins sur les lésions cancéreuses et précancéreuses de la vulve, du vagin, du col de l'utérus liées aux quatre types d'HPV qu'ils ont en commun (génotypes 6-11-16-18). L'efficacité du Gardasil 9® était bien supérieure concernant l'incidence des lésions cervicales, vulvaires et vaginales liées aux cinq autres types d'HPV qu'il contient (7). Ce vaccin est maintenant recommandé par le Haut Comité de Santé Publique (HSCP) pour l'initiation de la vaccination anti-HPV, sans modification du schéma vaccinal (8).

La couverture vaccinale par le vaccin anti-HPV est faible en France, malgré son efficacité (9). Selon l'InVS, pour des jeunes filles nées en 2001 en France, la couverture vaccinale à 16 ans, pour un schéma à 3 doses, était de 21.4%. Dans d'autres pays (Royaume Uni, Australie), elle est supérieure, notamment grâce à des campagnes de vaccination en milieu scolaire (10).

Une thèse angevine récente (11) a étudié les facteurs influençant les parents concernant la réalisation de la vaccination anti-HPV. Des facteurs facilitateurs avaient été relevés : l'information délivrée par le médecin généraliste, la protection du cancer et la responsabilité parentale de protection de l'enfant.

Il semblait alors intéressant de dialoguer avec les parents qui souhaitaient faire vacciner leurs filles ou qui l'avaient déjà fait afin de comprendre ce qui avait déclenché leur décision et les éléments qui les ont amenés à faire ce choix.

L'objectif de cette étude est de comprendre le mécanisme décisionnel des parents pour la vaccination anti-HPV, en analysant leur discours et en l'intégrant dans des réflexions qui

dépassent la santé publique seule. L'objectif secondaire serait d'améliorer l'adhésion à la vaccination anti-HPV au cabinet médical, en intégrant les subtilités que revêt cette décision.

Rapport-Gratuit.com

MATERIEL ET MÉTHODES

1. Population

Il s'agit d'une étude qualitative en entretiens semi-dirigés.

La population cible était des parents d'adolescentes, dont le critère d'inclusion était d'avoir au moins une fille, si possible non vaccinée ou en cours de vaccination ou ayant déjà réalisé le vaccin anti-HPV.

Le recrutement était fait par message affiché dans les salles d'attente (Annexe I) des cabinets de médecine générale où le premier chercheur travaillait, ainsi qu'en consultation si la situation le permettait. Afin d'élargir la zone géographique de recherche et l'échantillon de parents volontaires, certains confrères médecins généralistes avaient été sollicités. Dans ce cas, le confrère demandait si le parent était intéressé pour participer à un entretien de thèse sur la vaccination anti-HPV et l'autorisation de transmettre ses coordonnées au chercheur.

Après recrutement, les modalités d'entretien étaient réexpliquées aux parents, une date et une heure étaient fixées pour réaliser l'entretien. Selon les possibilités, l'entretien était réalisé soit physiquement à leur domicile, soit par téléphone.

2. Guide d'entretien et données

Les entretiens ont été réalisés entre mai 2017 et mars 2018.

Le guide d'entretien a été réalisé avec l'appui d'une recherche bibliographique sur le sujet. Il comprenait quatre grands items : la vaccination en général, le vaccin anti-HPV, la vaccination et leur(s) fille(s), et la décision finale de réaliser la vaccination anti-HPV.

Les données étaient récoltées par entretien semi-dirigé (Annexe II), tous conduits par le même chercheur. Le choix entre un entretien en face à face ou par téléphone était laissé aux parents volontaires : sur douze entretiens, six ont été réalisés en face à face et six par téléphone.

Certaines questions ont été reformulées ou annulées en fonction du déroulement de l'entretien, mais aussi avec l'expérience des entretiens précédents.

L'enregistrement des entretiens s'est fait sur dictaphone : ils étaient ensuite directement transférés sur disque dur.

Chaque interviewé(e) a signé une déclaration de consentement à l'enregistrement et à l'utilisation des données à des fins de recherche (Annexe III).

La retranscription avec anonymisation avait lieu rapidement après l'entretien, par le chercheur sur Word®, sans aide de logiciel de retranscription, afin de rapporter au mieux les termes du discours oral.

3. Analyse

L'analyse a été réalisée manuellement, par les deux chercheurs.

Le premier chercheur a extrait du verbatim un codage, en accord avec le principe de théorisation enracinée ou ancrée (12), a ensuite catégorisé puis discuté avec le deuxième chercheur pour dégager les principaux thèmes.

Une carte conceptuelle (Annexe IV) a été réalisée pour permettre une vision globale des résultats. Elle a été discutée et retravaillée avec le deuxième chercheur avant de déterminer ensemble les points de discussion.

RESULTATS

1. Population

1.1. Difficultés de recrutement

La population cible était idéalement des parents voulant faire faire le vaccin à leur(s) fille(s) mais ne l'ayant pas encore réalisé. Il était très difficile de trouver ces volontaires : il a donc été décidé d'inclure également les parents ayant déjà réalisé ce vaccin, pour élargir le champ de recherches.

1.2. Caractéristiques de la population d'étude

Douze entretiens ont été menés, en entretien physique au domicile des interviewés et par téléphone. Un seul homme a été interviewé en tant que parent. Une des interviewées (entretien 12) a été recommandée par une autre (entretien 9). La majorité des interviewés appartenaient aux catégories socioprofessionnelles 4 et 5.

I. Tableau des caractéristiques de la population d'étude

Numéro d'entretien	Mode de recrutement	Information sur l'interviewé(e)s					Lieu de l'entretien	Durée de l'entretien (mn)
		Age	Sexe	Catégorie socio-professionnelle	Nombre d'enfants			
					Fille	Garçon		
#1	Par l'annonce au cabinet médical	50	Féminin	Catégorie 4	2	0	Domicile	58
#2	Par l'annonce au cabinet médical	52	Féminin	Catégorie 4	2	1	Domicile	48
#3	Par l'annonce au cabinet médical	42	Féminin	Catégorie 5	2	0	Domicile	30
#4	Par un confrère	39	Féminin	Catégorie 5	2	0	Domicile	32
#5	Par l'annonce au cabinet médical	38	Féminin	Catégorie 5	2	0	Domicile	20
#6	Par l'annonce au cabinet médical	48	Féminin	Catégorie 4	2	1	Domicile	31
#7	Par un confrère	51	Féminin	Catégorie 4	1	2	Téléphone	35
#8	Par un intervenant extérieur	42	Féminin	Catégorie 4	1	1	Téléphone	24
#9	Par un confrère	48	Masculin	Catégorie 3	2	0	Téléphone	21
#10	Par un confrère	45	Féminin	Catégorie 5	2	0	Téléphone	23
#11	Par un confrère	41	Féminin	Catégorie 4	2	0	Téléphone	36
#12	Par un confrère	49	Féminin	Catégorie 4	1	0	Téléphone	26

mn : minutes

Catégories socio professionnelles

1 : agriculteur exploitant, 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

2. Données

2.1. Les raisons de la décision de vaccination

2.1.1. Interférences entre l'histoire personnelle et familiale et la décision

a) Maladie, culture et mœurs

Plusieurs interviewés rapportent d'emblée que la vaccination est une histoire de mœurs et d'habitudes familiales : « *J'ai toujours été élevée dans cette idée-là, ma maman (...) a toujours (...) fait ce qu'il fallait faire pour la vaccination donc (...) je suis sur le même mode* » E1. Ces habitudes rendent le principe de vaccination quasiment automatique : « *Je me pose même pas*

la question, ça a toujours été dans notre nature ; même à la maison, même étant petite, il fallait faire les vaccins, on faisait les vaccins » E4.

L'expérience d'un proche (famille, ami) malade ou décédé suite à une maladie, notamment s'il s'agit d'une maladie cancéreuse, est aussi souvent corrélée à la décision et à la position sur la vaccination : *« ...ma maman a eu un cancer (...) elle est décédée au mois de mars, (...) et le fait que ce soit un vaccin qui lutte contre le cancer, même si c'est pas le même, je suis sans doute plus sensibilisée que quelqu'un qui n'a jamais subi ça dans sa vie privée » E3, « pour moi la plus grosse influence ça a été mon amie, qui est décédée d'un cancer du sein développé dans l'utérus ... » E9.*

b) Les avis contraires

Plusieurs interviewé(e)s mentionnent aussi l'influence de collègues, de connaissances, ou de la famille ayant des opinions différentes sur cette vaccination anti-HPV. La plupart du temps, les arguments « opposants » ne sont pas décrits comme convaincants : *« Quand j'ai vacciné mes filles, j'en ai parlé autour de moi parce que j'ai des nièces du même âge (...). On n'était pas d'accord avec ma belle-sœur, qui ne veut vraiment pas vacciner ses filles (...) justement elle, elle ne me parle que des effets secondaires. Donc après c'est un peu stérile comme conversation, parce que du coup, il n'y a pas d'arguments quoi » E11.* Une interviewée décrit quand même qu'elle aurait pu changer d'avis sur la vaccination : *« J'ai pas eu l'occasion de rencontrer quelqu'un qui aurait eu des effets secondaires ou négatifs (...). Mais ça aurait pu m'influencer, ça c'est sûr, et je pense que c'est ce qui aurait pu le plus m'influencer » E12.*

Cependant, même si la décision n'a pas forcément été influencée, ces oppositions peuvent provoquer des réactions assez fortes : *« ça me met en colère en fait qu'on veuille pas vacciner ses enfants » E11.* Un interviewé décrit que la confrontation des opinions d'autres parents sur la vaccination anti-HPV a été une aide à la décision : *« On en a discuté avec des amis autour*

de nous, il y avait du pour et du contre, et en majorité on s'est retrouvés avec des parents pour, ce qui fait qu'à partir de ce moment-là, nos craintes descendent. On a des avis de parents ; le jour où on est retournés voir le médecin pour lui dire « on le fait », il n'y a plus eu de doute dans la prise de décision quoi » E10.

c) Sur le plan personnel

Plusieurs interviewé(e)s expriment aussi l'influence qu'a pu avoir leur propre maladie sur leur rapport à la prévention et à la vaccination : « J'ai eu une tumeur ovarienne borderline (...), c'est pas la même chose mais (...) ça a changé tout le cours de ma vie... » E1, « ça s'explique par le fait qu'enfant, j'ai eu une leucémie (...) c'est suffisamment ancré dans mon esprit pour que j'évite le gros pépin » E2, « moi j'ai eu une conisation assez jeune, j'ai eu très peur. » E4, « C'est lié à mon vécu, moi j'ai été malade, c'est un cancer du sein d'origine génétique (...). Moi quand on me parle de prévention du cancer, bah ça me touche encore plus » E12.

2.1.2. Le rôle de la consultation et du soignant

Le rôle primordial du soignant est souvent évoqué, notamment par le biais de la confiance qui lui est accordée. Lorsque l'enquêteur pose la question : « Par qui et par quels moyens auriez-vous voulu être informée sur ce vaccin ? », les réponses sont univoques : les personnels médicaux ou paramédicaux sont cités dans tous les entretiens : « Les vaccins...Je faisais confiance donc on a fait tout le protocole des vaccins. » E7.

a) Le corps médical et paramédical

- Pour aider à la décision

Le médecin est là pour aider, mais aussi parce que les interviewé(e)s lui accordent leur confiance, nécessaire à leur prise de décision : « j'étais un peu perdue donc j'ai préféré me fier au médecin », « le médecin m'a dit : on fait ça, j'ai fait ça, et c'est tout », « tout ce qui

était en dehors du médecin, j'ai pas pris » E1. « Mais en fait, j'ai une grande confiance dans le corps médical, mon médecin, c'est celui à qui j'accorde ma confiance (...) Le médecin pour moi c'est vraiment l'interlocuteur privilégié », « j'aime avoir l'avis du médecin pour me faire mon avis » E2, « Pour l'hépatite B, le médecin a dit : « moi à votre place, je le ferais », bon bah voilà c'est quelque chose qu'on pouvait valider. » E6.

Le pharmacien et le gynécologue sont également cités quelques fois comme conseillers ou référents : *« Je vais à la pharmacie aussi, (...) je suis assez pharmacien, j'aime avoir un pharmacien qui vous conseille (...) je trouve que le pharmacien explique bien, c'est une autre relation.» E2, « J'ai posé la question à mon gynéco (...), qui m'a dit oui, ça m'a suffi comme réponse. » E6.*

- En recours s'il y a débat autour de la vaccination

A la question : *« Auriez-vous accepté que votre fille refuse de se faire vacciner ? », plusieurs interviewé(e)s demanderaient le support du médecin généraliste pour gérer une telle situation, une sorte d'arbitrage : « Ah ça m'aurait embêtée finalement. Mais qu'est-ce qu'elle aurait pu faire pour refuser ? (...) Si ça avait été quelque chose de très important pour elle, je lui aurais dit « on en parle avec le médecin, tu t'exprimes avec le médecin, tu te justifies auprès du médecin » E1.*

b) Les difficultés en consultation quand parle de vaccination anti-HPV

Plusieurs interviewés ont pointé des difficultés quand il s'agit d'aborder le sujet de la vaccination en consultation. Il existe des difficultés liées à la conduite et au contenu de la consultation, comme le manque d'intelligibilité lié à la barrière du langage : *« le problème, c'est qu'en fait, vous employez parfois des termes qu'on ne comprend pas, donc moi, si on m'explique les grandes lignes, ça me suffit » E2.* Un temps de consultation insuffisant est aussi évoqué : *« Je pense qu'on ne m'a pas expliqué. En fait quand on va chez le médecin on nous*

dit « ce serait bien, il y a ce vaccin-là qui existe, ce serait bien que vous le fassiez pour vos enfants ». Mais après je comprends bien aussi, il y a du monde qui attend derrière, on n'a pas beaucoup de temps, il y a qu'un quart d'heure, vingt minutes par patient, après ça s'enchaîne, et c'est vrai qu'on prend moins le temps, même nous de poser les questions (...). Je pense que c'est le temps qui manque à tous les médecins (...). Il y a du monde, et pas beaucoup de temps. Après quand il y a vraiment besoin, il va le prendre pour faire ce qu'il faut (...). Il n'y a pas le détail. Mais du coup ça prendrait beaucoup de temps. » E3.

De même, il apparaît que l'absence d'orientation précise du médecin avec qui le vaccin est discuté pose problème : *« Et moi, ce que j'avais trouvé bizarre, enfin il me dit « bon bah vous y réfléchissez, parce que vous avez deux jeunes filles, vous y réfléchissez (...) allez voir sur Internet, allez lire un petit peu, moi je le conseille, mais il faut... ». Enfin il me demandait à moi mon avis. C'est un peu dur de nous dire « c'est vous qui prenez la responsabilité » (...), je ne suis pas médecin quoi, voilà » E12.*

Internet est le plus souvent pris pour exemple de la difficulté de recherche d'information médicale : *« C'est la solution magique Internet (...). Après c'est un petit peu compliqué parce que c'est magique mais quand on a un petit bobo et qu'on regarde Internet : tout de suite c'est la catastrophe et on va mourir demain » E3.* L'information y est facile à trouver, mais sa fiabilité est incertaine : *« Le problème d'Internet c'est qu'il y a les pour et les contres (...) y'a toujours des polémiques, des professeurs, des ceci, des celas, et donc quand on est lambda, quand on ne connaît pas, c'est vrai qu'on ne sait plus » E4.* Les interviewés sont par conséquent en demande d'accompagnement pour identifier les informations sûres : *« Parce qu'Internet c'est une mine d'informations, mais il y a de tout. Il faut tomber sur la bonne vidéo, c'est beaucoup trop aléatoire, tout dépend en plus de l'avis du média. » E6.* *« En plus les articles sur Internet, on ne les lit pas, on survole : on lit les titres et les commentaires » E11.*

c) L'opinion du soignant en question

Pour certains interviewés, le médecin est forcément convaincu de l'utilité de la vaccination : « *Le médecin lui-même doit être au courant, et tout dépend aussi de ce que lui... Je pense que la plupart des médecins sont pro-vaccins, dans ceux que j'ai vus, enfin je pense hein !* » E9, « *C'était aussi je pense dans leur mission, dans leur rôle, et après on en a parlé avec le généraliste aussi, qui était du même avis. Bon après je pense qu'effectivement les médecins leur rôle, c'est de conseiller la vaccination, donc ils sont convaincus du bien-fondé de la vaccination* » E12.

Les doutes ou les réticences des médecins sur la vaccination sont surtout évoqués comme une potentielle source de malaise : « *Mon médecin me dirait « non, ne faites pas ce vaccin » là, j'aurais un vrai dilemme.* » E2, ou comme une perte de chance pour les patients : « *Mais il y a peut-être des médecins qui sont contre, je ne me suis même pas posé la question, mais s'il y en a qui sont contre, ils ne vont pas spécialement apporter l'information aux utilisatrices et je trouve que c'est un petit peu dommage* » E10.

2.1.3. Eviter la maladie

a) Progrès médical et avancées

En plus d'une protection contre la maladie, la vaccination est citée comme un progrès scientifique important dont il faut profiter : « *C'est quand même une chance dans notre société actuelle, c'est de vaincre les maladies pour lesquelles avant on mourrait (...) donc je me dis que la vaccination est un bienfait, et que c'est une offre qui est quand même assez extraordinaire, pour nous ! (...) Je ne vois pas pourquoi on refuse le progrès, dans ma façon de fonctionner, je ne peux pas comprendre qu'on ne puisse pas profiter des avancées de la médecine* » E2. Louis Pasteur et la France comme pays « pionnier » de la vaccination sont cités

plusieurs fois pour renforcer cet argument : *« C'est plutôt bien, ça a permis d'éliminer, d'éradiquer des maladies, Pasteur a quand même fait une belle innovation, une belle invention par rapport à ça ! »* E6, *« Pour moi c'est une évidence, surtout dans un pays où on a inventé la vaccination. »* E11.

b) La peur de la maladie elle-même, ou de l'effet secondaire du vaccin...

Dans les raisons de la décision de faire ce vaccin anti-HPV, la peur de la maladie cancéreuse tient une place fondamentale : *« Alors c'est vrai que le risque zéro n'existe pas, mais au même titre que n'importe quelle maladie bénigne, on peut en mourir ! »* E2, *« Bah moi déjà quand on m'annonce « cancer », c'est gyrophare pour moi, je vais tout faire pour que ça ne se passe pas. »* E2, *« Ah oui, c'est alerte générale dès qu'on parle de ça oui »* E5.

Il existe toujours la peur d'un effet indésirable : *« Et je ne sais pas si dans le temps, on ne va pas découvrir, à cause de cette vaccination, que ça amène telle ou elle chose, c'est un peu ce qui me faisait peur... »* E4, *« Mais il y a toujours quand même un doute : est-ce que c'est vraiment les vaccins qui ont provoqué ça ? »* E7. Cette appréhension vient parfois contrebalancer la peur d'être malade : *« Ça nous avait fait peur, car il nous semblait qu'il y avait possibilité de décès, et c'est là où, effectivement, on se dit : on ne vaccine pas nos enfants pour qu'ils meurent, on les vaccine pour les protéger »* E10.

c) ...compensée par une balance bénéfice/risque et un souhait de prévention

Les interviewé(e)s ont recours assez systématiquement à la balance bénéfice/risque qu'ils utilisent comme réflexion ou explication autour de leur décision. La prévention vaccinale est considérée comme un atout rassurant : *« Il y a des populations qui feraient tout pour être vaccinées et nous, on fait la fine bouche (...). Il faut que les gens soient responsables de leurs actes ! Sinon c'est trop facile, après ça coûte des centaines de milliers d'euros pour soigner*

une personne qui aurait pu se faire vacciner » E2, « Et puis après c'est comme on dit, la balance bénéfice/risque (...). Voilà, j'ai choisi plutôt la sclérose que le cancer, c'est un peu ça, si on veut résumer » E9. Une référence à l'actualité concernant la recrudescence de la rougeole en Europe est citée en exemple pour illustrer des propos : « Je pense qu'il y a moins de risques d'avoir les effets secondaires que d'attraper le cancer quoi ! (...) Parce que là, on parle de rougeole aussi, enfin il y a eu des cas qui sont revenus un petit peu, (...) alors du coup c'est ce que je dis, plus il y aura de gens vaccinés, forcément moins il y aura de cas qui vont ressortir » E11.

La prévention collective et l'intérêt général a aussi été abordée : *« Et que les gens s'inquiètent uniquement pour leur cas personnel : c'est pas parce qu'on vaccine trois millions de personnes s'il n'y a que cent personnes qui développent un problème, on va pas arrêter la vaccination pour ça (...). Donc pour moi, il vaut mieux l'intérêt général et je dirais tant pis pour les trois-quatre personnes qui ont un problème. Pour moi, ça ne justifie pas le fait de suspendre une campagne de vaccination. » E8.*

Les risques sont considérés comme négligeables ou inférieurs au bénéfice apporté par la vaccination anti-HPV : *« Je pense qu'effectivement, le risque zéro pour tout n'existe pas, après en fait il faut peser le pour et le contre : effectivement ne prendre aucun risque et en même temps s'exposer à des maladies dangereuses, mortelles... » E6, « Oui la polémique existait. Maintenant, elle ne concernait qu'un très faible pourcentage de personnes vaccinées, tout le monde ne développait pas une maladie derrière : il n'y a pas de risque zéro, j'en retiens plutôt le bénéfice que ça peut apporter » E4, « Je me dis que ça représente une part infime et qu'avec la chance, on passe à côté, et qu'au moins, ça soigne mon enfant » E3.*

2.2. La parentalité

2.2.1. La responsabilité parentale

A plusieurs reprises, la responsabilité est citée : « S., qui n'aime pas les vaccins et les piqûres, elle était réfractaire à y aller, c'est quand même moi qui ai... Et c'est pour ça que la responsabilité n'est pas négligeable » E5, « Oui, je prends la responsabilité en tant que maman, mais du coup n'y connais rien » E12.

a) Prendre la responsabilité d'une décision pour l'autre

Au-delà du fait de décider de faire cette vaccination anti-HPV, il s'agit de prendre la décision pour l'adolescent. Cela peut impliquer de tenir compte son avis, en considérant que l'adolescent est en capacité de décider, ou apte à avoir une opinion sur cette vaccination. Les principales raisons évoquées à la prise de décision parentale sont le manque de maturité : « C'était géré par nous et je trouvais qu'à 12 ans, elle n'avait pas la maturité pour décider, c'est ça » E8. L'âge de l'enfant, considéré comme trop jeune au moment de la vaccination, est aussi un critère : « Non, parce qu'elle est trop jeune et que pour l'instant ce n'est pas de son âge de savoir ce qui est bon pour elle : ce qu'elle estime être bon pour elle, c'est Snapchat ® quoi ! » E4. C'est aussi le caractère inadapté d'une telle pression décisionnelle pour un adolescent qui est souvent relevé : « C'est très lourd à porter, de demander à un enfant de choisir, et après s'il y a un souci... Déjà en tant qu'adulte on a du mal à y voir clair enfin, souvent on responsabilise parfois trop les enfants quoi, à leur demander les avis sur tout et n'importe quoi... C'est plus anxiogène qu'autre chose me semble-t-il » E6.

b) Obtenir l'accord sans imposer

Il s'agit pour le parent de ne pas vouloir imposer à l'adolescent de se faire vacciner : l'interviewé(e) considère alors qu'on ne peut pas forcer un adolescent à faire quelque chose,

et qu'il faut en passer par le dialogue. Deux schémas se dessinent alors : les interviewé(e)s « sûr(e)s » de leur décision parentale de faire la vaccination et les « indécis ».

Les « sûr(e)s » ont tendance à laisser le dialogue ouvert avec l'adolescent : « *J'aurais entendu, mais je n'aurais pas accepté (un refus). Si elle avait eu les bons arguments, peut-être que ça aurait pu changer ma décision* » E4, « *Après si mes filles devaient me dire « Non je ne suis pas d'accord », comment je réagirais ? Franchement je ne sais pas, il faudrait que j'essaie à tout prix de les persuader que moi je suis persuadé que c'est bon, donc c'est pour son bien. Je tiendrais compte de son avis, donc je repousserais l'échéance, mais pour trouver les bons arguments* » E10, « *Je pense que je l'aurai influencée en disant qu'elle n'avait pas assez de recul pour ça. (...) C'est quand même compliqué dans l'adolescence, le parent c'est quand même celui qui est à abattre quelque part* » E6.

Les « indécis » pourraient accepter un refus de la vaccination, considérant que l'adolescent peut décider : « *J'en ai parlé à mes enfants, je leur ai demandé, expliqué pourquoi. A cet âge-là, ils sont en âge de faire le choix aussi hein, et elles ont été d'accord. (...) Si elle avait été de santé plus fragile et qu'elle m'avait dit « Non maman je ne veux pas le faire parce que j'ai peur d'attraper une saloperie » et tout ça, j'aurai écouté parce que c'est son choix et peut-être même de l'écrire dans le carnet de santé.* » E9. Une argumentation satisfaisante de l'adolescent, ou insuffisante des parents, pourrait faire accepter le refus : « *Si vraiment elle n'avait pas voulu de ce vaccin, elle m'aurait apporté pas mal d'argumentation. Et parfois son argumentation, oui bah je me plie car je ne peux pas aller à l'encontre. Mais ça n'a pas été le cas.* » E4, « *Si mes arguments n'aboutissaient pas, oui, je pense qu'on aurait accepté (...). Voilà je pense qu'à un moment donné, il faut quand même... On ne va pas non plus leur faire faire quelque chose contre leur volonté* » E10. Une interviewée évoque la difficulté de définir « l'âge de raison », à partir duquel on peut considérer qu'une personne est responsable : « *Parce qu'ils ne sont quand même pas idiots au point d'aller subir... Et puis je pense que*

maintenant les jeunes ont un sens suffisamment critique, vous les bernez pas, vous les emmenez pas là où ils veulent pas aller, donc du coup... (...) C'est vrai que s'il y avait eu un dilemme, on ne peut pas forcer quelqu'un. La question est : à partir de quand la personne est suffisamment responsable pour prendre la décision ? Il est là le problème » E2.

c) Quelle légitimité ?

Qu'ils soient sûrs ou non de leur décision de vaccination et de la conduite à tenir face à l'adolescent, la question de la légitimité à agir sur autrui se pose : *« J'me dis en même temps voilà, j'ai pris une décision pour elles, est-ce que j'ai pris la bonne ? (...) J'me dis mais, est-ce que j'ai bien fait ? Pourquoi je l'ai fait ? Qu'est ce qui m'a donné le droit là plus qu'autre chose ? » E1, « Oui, vous engagez quand même quelque chose sur une tierce personne (...) » E2.* Au-delà même du fait qu'il s'agisse de leur enfant, les parents ne remettent pas en question l'aspect « légal » de leur action, mais plutôt sa justification.

2.2.2. Avoir peur

a) De ne pas faire le bon choix

Qu'il ait été décidé de vacciner, ou même si c'est encore en question, il existe une appréhension du mauvais choix : *« S'il y a un problème, c'est trop tard. (...) J'ai hésité et je me pose toujours des questions : en fait, par rapport à mon histoire, j'ai plus envie qu'elles soient vaccinées, je n'ai pas envie qu'il y ait de souci après évidemment, mais oui. (...) J'espère - comme je vous le disais - que je n'aurai pas à le regretter. (...) J'en ai parlé avec mes collègues, dont une maman, qui a une fille du même âge que L., donc 15 ans, et pareil qui était dans un doute pas possible » E1.*

Et une réelle peur des conséquences de ce choix : *« Et je ne sais pas si dans le temps on ne va pas découvrir, à cause de cette vaccination, ça amène telle ou telle chose, c'est un peu ça*

qui me faisait peur (...) Vous voyez quand on est parents, injecter quelque chose, décider à la place de l'enfant, c'est ça qui m'a... Quand on ne connaît pas, un vaccin récent, quand dix ans après on ne connaît pas les effets néfastes, c'est ça qui m'a freiné (...). C'est le fait de la faire et que ça se passe mal, mais le fait de ne pas le faire et qu'il arrive quelque chose... (...) C'est le fait que s'il arrivait quelque chose, malgré tout, vaut mieux qu'il y ait un cancer moins virulent » E4.

b) Avoir peur des reproches ou des regrets

Prendre la responsabilité d'une décision implique aussi d'accepter qu'elle puisse être controversée : et c'est précisément ces éléments qui sont retrouvés chez les parents. Les reproches redoutés pourraient provenir des adolescents : « *S., si la vaccination se passait mal ou qu'il lui arrivait quelque chose, elle me le reprocherait tout le temps, bah oui, surtout à 14 ans, on a une mémoire !* » E4, « *Parce que je me dis que j'ai une responsabilité aussi, et si elles ont un cancer ou des choses comme ça, qu'elles ne me le reprochent pas plus tard, de ne pas avoir fait le nécessaire* » E11. Un sentiment de culpabilité pourrait aussi émerger si une pathologie se déclarait : « *Sans me dire que c'est garanti 100% et qu'elle ne sera jamais malade, évidemment que non, on est... On reste lucides quand même. Mais en fait je me dis : si je ne l'avais pas fait faire et qu'elle était tombée malade, je m'en serai beaucoup voulu en fait !* » E12. Un parent précise même que si l'adolescente avait refusé la vaccination, une trace écrite de ce choix aurait pu aider à éviter la culpabilisation : « *Et peut-être même de le noter dans le carnet de santé, pour que - si plus tard - elle se dit « pourquoi ? », elle ne se culpabilise pas de ne pas avoir fait tel ou tel vaccin* » E11.

2.3. Aborder la sexualité et la féminité via la vaccination anti-HPV

2.3.1. Sexualité et vaccination anti-HPV

Aborder la sexualité est un passage obligatoire lorsqu'il faut délivrer l'information sur la vaccination anti-HPV. Abordée de différentes manières, elle peut représenter une difficulté liée à l'âge de la vaccination : *« Ah bah oui maintenant qu'on parle de ça, je crois que j'ai eu cette hésitation (...) elle a 11 ans quoi ! Qu'est-ce qu'on va faire ? Non ? »* E1, *« Oui 12 ans, c'est vrai, je suis tranquille pour le moment, quoique c'est vrai que l'âge des rapports est de plus en plus précoce, c'est angoissant ça ! »* E3. Lorsqu'il a fallu en parler aux adolescentes, les parents rapportent parfois l'embarras de leur(s) fille(s) : *« Je lui ai expliqué : S, tu n'as plus le choix, je m'y suis prise tardivement, en plus il faut que tu le fasses avant tes premiers rapports. Elle me disait « Aaah ! Mais de quoi tu me parles ? »* E4.

Du côté des parents, c'est parfois un sujet qui ne concerne pas encore vraiment leur enfant : *« J'étais étonnée que ce soit beaucoup plus tôt, c'est peut-être aussi parce que les filles sont plus... Pas plus matures mais... Précoces oui. »* E5, *« Je crois qu'elle devait être en 6^e ou 5^e, c'est - enfin pour moi - encore très jeune je trouve, et elle était pas du tout dans... Effectivement, quand je lui ai dit qu'il fallait faire ça avant les premiers rapports sexuels, (...) elle a dû, j'imagine - je ne vois pas exactement ce qu'elle a dit mais j'imagine - que c'est « Ah bah de toutes façons... » Enfin voilà, c'est pas à l'ordre du jour. Elle était pas du tout là-dedans quoi. »* E12, *« elle n'est pas du tout encore dans... Pour se projeter dans une vie de jeune femme et tout (...) »* E7.

Cependant pour les parents, aborder les relations sexuelles ne représente pas un obstacle : *« Euh non, ça n'a pas été compliqué non, non (de parler du vaccin et de rapports sexuels). Chez nous il n'y a pas de tabou donc non »* E11. Avec pour l'un d'entre eux un parallèle avec le sujet des religions : *« Alors c'est comme les religions, c'est pareil, c'est tout pareil, nous on*

leur explique pourquoi on veut faire vacciner. (...) Vous savez, on est plutôt ouverts d'esprit à la maison, on parle de frottis, on parle de tout ça donc à un moment donné, elles vont chercher sur Internet pourquoi on fait des frottis, donc voilà. Je pense, qu'il vaut mieux qu'elles aient une grande ouverture d'esprit et qu'on puisse dialoguer de façon à obtenir un consensus et que tout le monde soit d'accord sur là où on va. » E10.

2.3.2. Féminité

a) Préserver le corps féminin

Parler de la vaccination anti-HPV fait évoquer la féminité, sans pour autant de liaison avec la maternité : « Et puis c'est très lié à la féminité tout ça ! » E2, « C'est vrai que mon épouse était beaucoup plus sensibilisée là-dessus, c'est normal, ça concerne l'appareil génital féminin... » E10. On ne réduit pas le corps féminin qu'à la seule possibilité de procréation.

Mais c'est également l'intégrité du corps féminin qui doit être préservée : « Et puis ce sont des filles ! En tant que mère, pouvoir avoir une famille etc., c'est quand même vachement important ! Oui, tout ce qui est gynécologique, vous espérez quand même que vos enfants auront la possibilité de choisir si elles auront ou pas des enfants. » E2, « Parce que c'est vrai que sur Internet on a pu voir aussi que certaines n'ont jamais pu avoir d'enfants parce que c'est arrivé plus tôt que prévu... Pareil, c'est dans la continuité de la vie : je trouve qu'à partir du moment où on peut donner la vie et on peut la protéger, bah c'est nécessaire de le faire » E10.

b) Préserver la possibilité de maternité

A travers la protection du corps de leur(s) fille(s) se dessine aussi la possibilité pour elle(s) de choisir ou non la maternité : « Je préfère prendre ce risque-là, plutôt que le risque qu'elle ne puisse pas avoir d'enfant » E1, « Ce qui nous a décidé, c'est qu'on ne veut pas qu'elles

développent la maladie et que ça les empêche de devenir mères, tout simplement. » E10. Pour le parent, c'est donner le plus de chances à l'adolescente de pouvoir faire ce choix. C'est aussi la perspective de devenir grand-parent qui est parfois visée : *« Et puis j'aimerais bien être grand-mère un jour donc si on pouvait éviter un cancer du col de l'utérus et avoir des petits enfants, ce serait cool ! »* E3.

1. Principaux résultats

Ce qui décide les parents à faire vacciner leur(s) filles(s) a été regroupé en trois pôles : les interférences entre le vécu personnel et familial, le rôle fondamental du soignant et le souhait d'éviter la maladie à ses enfants. Ils avaient été retrouvés comme facteurs facilitateurs dans la thèse angevine précédemment citée.

Il est évident que ces éléments sont reliés à d'autres facteurs lorsqu'il s'agit de prendre une telle décision. D'abord, la parentalité qui est elle-même en appui sur la responsabilité parentale. En lien avec cela, la pression de la décision pour un(e) adolescent(e) avec la question de la légitimité de lui imposer ou non la décision de vaccination anti-HPV et la réaction du parent devant un refus éventuel. Dans plusieurs entretiens se dessinent la peur de faire du mal, l'appréhension du reproche ou du regret.

Ensuite, aborder la vaccination anti-HPV amène à devoir expliquer les modes d'infection et de transmission du HPV. On aborde donc la question de la sexualité et des premiers rapports sexuels, avec toutes les difficultés que cela peut induire : l'âge des adolescentes, leur intérêt parfois limité sur ce sujet ou la gêne ressentie lorsque cette conversation est initiée par le parent. Il s'agit également d'aborder les raisons d'une telle vaccination, de l'organe touché et des possibles conséquences ; la préservation de l'intégrité du corps et la possibilité d'une future maternité sont des notions souvent évoquées par les parents.

2. Forces et faiblesses

2.1. Biais de l'étude

Il existe un biais de recrutement dans ce travail. En effet, même si les parents recherchés pour répondre à l'entretien étaient des parents volontaires qui avaient décidé de réaliser la vaccination anti-HPV, ils étaient - pour la grande majorité - très partisans des autres vaccinations du calendrier vaccinal français. Le discours sur la vaccination anti-HPV est donc influencé par l'idée générale de bienfait de la vaccination. L'échantillon n'est donc pas complètement représentatif de la population générale puisque selon un sondage IPSOS pour le LEEM de juin 2018, sur 1086 français interrogés, 17% se déclarent défavorables à la vaccination (13).

L'intervalle d'âge des participants à l'étude est limité, situé entre 38 et 52 ans. Cela induit que les interviewés ont eu une exposition quasiment similaire aux campagnes de vaccinations ou aux polémiques vaccinales, cette similitude est retrouvée dans les entretiens et induit un biais culturel.

Il n'y a qu'un seul père ayant pu être recruté pour cette étude.

Cependant, l'objectif principal de cette étude était de comprendre ce qui a décidé les parents qui souhaitent réaliser cette vaccination : le critère d'inclusion a été respecté.

Certains parents ont été recrutés par l'enquêteur, au sein des cabinets où il travaillait en tant que médecin remplaçant. Les parents recrutés étaient donc « connus » de l'enquêteur et éventuellement, la vaccination avait pu être abordée en consultation. Un biais de désirabilité sociale pouvait être provoqué chez les parents, associé à un biais de similarité chez l'enquêteur puisque le « choix » des parents interviewés lui revenait.

2.2. Réalisation des entretiens

Les entretiens ont été réalisés par un seul et même chercheur, qui n'avait pas d'expérience dans cet exercice. Lors des premiers entretiens, on note beaucoup d'interventions de la part de l'interviewer, que ce soit seulement pour de la « ponctuation » de réponse, ou pour informer par des données médicales et historiques. La retranscription et la lecture par le deuxième chercheur des entretiens a rapidement mis en évidence ce problème.

Les entretiens réalisés au domicile sont plus longs ; ne pas être face à face implique de ne pas voir la gestuelle ou la mimique faciale, qui peuvent influencer les questions, les réponses ou les interventions. Il semble exister une plus grande fluidité de parole par la voie téléphonique, avec moins d'interruptions de la part de l'enquêteur et de l'interviewé.

3. La confiance dans le soignant : implications et limites

Différentes études ont déjà démontré que le médecin généraliste est la principale source d'information sur les vaccinations pour les patients (14,15). Dans une étude américaine de 2018, 262 couples parent-adolescent étaient interrogés individuellement sur le processus de prise de décision de la vaccination anti-HPV : plus de 50% ont mentionné que l'intervention du soignant avait joué un rôle dans la décision de vaccination (16). Connaître l'avis du médecin semble être un élément important pour la prise de décision, le plus souvent justifié par le fait de ne pas avoir la connaissance médicale suffisante pour se forger une opinion. En effet, il semble que les préoccupations du public sur les vaccins ne concernent pas que la sécurité du vaccin mais aussi les politiques vaccinales, les recommandations, les coûts et les recherches récentes (17).

Bien loin d'une relation asymétrique du médecin « détenteur du savoir médical » avec le patient en demande d'information, il s'agirait plutôt, selon les parents interviewés ici, d'utiliser

les connaissances médicales pour avancer dans la réflexion. Expliqué plusieurs fois dans les entretiens, chacun détient son domaine de connaissance et d'expertise ; celui concernant la vaccination anti-HPV est détenu par le médecin. Il lui revient de partager cette connaissance, puisque légalement « Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés (...). Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables » (18). Mais le parent ne s'en remet pas entièrement à l'avis du médecin : il s'agit bien ici d'une aide à la décision. C'est dans ce contexte que s'inscrit le concept de décision médicale partagée, décrit par la HAS en 2013 (19,20).

Le sujet de la vaccination anti-HPV est un exemple concret des différentes dimensions que peut revêtir la relation médecin-patient. Il s'agira pour le médecin de comprendre et répondre aux interrogations du parent et de l'adolescent(e), de détecter parfois une emprise inadaptée de l'entourage sur la décision vaccinale. Par exemple, si une relation familiale ou amicale peut aider, elle peut aussi révéler une « dépendance » aux opinions d'autres membres de cet entourage. La décision de vaccination résulte-t-elle alors d'un choix personnel ou de la volonté de satisfaire un tiers ? C'est une des hypothèses émises par la sociologue Laura Cardia-Vonèche : « D'une manière générale on peut penser que beaucoup des règles et des pratiques familiales qui relèvent de la santé reflètent les logiques, voire le souci de discipliner les comportements, qui marquent profondément l'interaction familiale » (21).

Les rôles du médecin seront de réussir à repérer ces situations complexes et de permettre au parent de prendre du recul par rapport à un système relationnel familial ou amical parfois envahissant.

Si la plupart des médecins généralistes sont globalement favorables à la vaccination anti-HPV, ils peuvent aussi avoir quelques interrogations : effets secondaires, doute sur la nécessité du vaccin ou concernant l'influence des entreprises pharmaceutiques sur le ministère de la Santé pour recommander la vaccination (22). Une enquête de 2015 de la DREES sur un panel national de plus de 1700 médecins généralistes soulignait que pour la vaccination anti-HPV « 59% des participants ont déclaré que les connaissances manquaient sur les risques de ce vaccin, et 23% ont déclaré des doutes quant à son efficacité » (23). Dans ce contexte, il est probable que certains médecins généralistes ne recommandent pas, ne mentionnent pas, voire même dans des cas extrêmes refusent de pratiquer la vaccination anti-HPV.

Comment faire alors pour que l'accès à l'information vaccinale puisse être assuré ? Cités plusieurs fois dans les entretiens et dans les articles sur les stratégies d'amélioration de couverture vaccinale anti-HPV (24), les autorités de santé ont un rôle important à jouer. En France par exemple, des supports sous forme de dépliants disponibles sur les sites Internet de l'InCA peuvent être commandés par les soignants. Les sites Internet avec des pages explicatives à destination du grand public se sont développés : mais ils sont souvent méconnus, voire même difficiles à identifier en tant qu'information fiable. Une information distribuée dans le cadre scolaire sur cette vaccination, par le personnel scolaire, médical ou paramédical serait un moyen adapté de toucher les adolescents. L'éventuel filtre provenant du médecin, du parent ou d'une mauvaise information est ainsi évité.

Dans une enquête de l'IRDES (25), le recours aux soins des adolescents dépend de critères socio-culturels, économiques ou familiaux. Il n'existe pas un « type » de comportement de santé particulier : il est même plutôt copié sur qui est vu et vécu chez les parents. Dans cette même enquête de 2002, il est relevé que seulement 8% des consultations étaient faites pour des adolescents, alors qu'ils représentaient 13% de la population. L'adolescent consulte donc

peu : le lieu qu'il fréquente le plus souvent à cet âge et qui bénéficie d'un accès aux soins est le collège ou le lycée. C'est là qu'il faut lui permettre d'acquérir des informations sur la vaccination anti-HPV.

4. Légitimité et peur

Le vaccin anti-HPV intervient à un moment clé de la vie du parent et de l'enfant : l'adolescence. L'OMS décrit cette période comprise entre 10 et 19 ans comme une « transition critique » dans la vie, avec un rythme de croissance et de changements important (26), rendant la prise de décision parentale délicate pour le parent lui-même et pour l'adolescent(e). En effet, ce dernier, en lien avec son âge et ses changements physiques, psychiques et sociaux, recherche une plus grande autonomie et un détachement du parent. A ce titre, on peut redouter que les messages de prévention ne soient pas entendus, d'autant plus que selon le HCSP : « toute communication injonctive, autoritaire, a toutes les chances d'être rejetée » (27).

Au regard de la loi française (28), le rôle parental est ainsi décrit : « L'autorité parentale (...) appartient aux père et mère jusqu'à la majorité ou l'émancipation de l'enfant pour le protéger dans sa sécurité, sa santé et sa moralité, pour assurer son éducation et permettre son développement, dans le respect dû à sa personne. Les parents associent l'enfant aux décisions qui le concernent, selon son âge et son degré de maturité ». Il n'y a pas de précision de ces notions d'âge et de degré de maturité et c'est justement le problème : comment évaluer la possibilité de compréhension d'un acte de prévention d'un adolescent ? C'est une question qui revient très souvent au cours des entretiens : l'adolescent peut-il décider de prendre part à la décision ou lui inflige-t-on une pression décisionnelle inadaptée ?

Si on se réfère à la définition de l'OMS de l'adolescence, il serait possible de statuer qu'à 19 ans, la prise de décision est « autorisée ». Cependant, borner la définition de l'adolescence

avec des limites d'âge sans autres considérations restreint son utilisation pour des travaux comme celui-ci. On pourrait plutôt se rapprocher de la définition des docteurs Alvin et Marcelli : « cette période n'est pas la simple juxtaposition ou coexistence de caractéristiques infantiles ou adultes chez un même sujet. Elle est en réalité marquée par d'importantes transformations biologiques, psychologiques et sociales, elles-mêmes sous l'influence d'un contexte socio-culturel donné » (29). Pour le parent, savoir si l'adolescent est capable de décider de sa vaccination anti-HPV relève plus de la lecture de son comportement et de ses réactions à « l'instant t » que d'un âge limite en dessous duquel il n'est pas apte à cela.

La prise de décision pour la vaccination anti-HPV revêt donc toutes ces difficultés. Une définition ne considérant que l'âge ou l'aspect légal ne peut répondre à ce genre de problématiques. Au-delà du cadre légal, la dimension sociologique et anthropologique intervient. Selon Jean-Claude Quentel, psychologue clinicien (30) : « L'enfant se caractérise par le fait qu'il ne saurait être encore, au sens strict, autonome et qu'il ne peut pas non plus assumer de responsabilité (...). L'adolescence répond, du point de vue des processus, à la sortie de ce statut anthropologique (...). Il s'agit pour l'adolescent de mourir symboliquement à l'enfance (...). Du point de vue du parent, il faut également « tuer l'enfant ». L'enfant ayant en effet disparu, il lui faut faire avec cet effacement, et donc avec le deuil qu'il suppose ». L'ancien enfant, incapable d'autonomie et de responsabilité, devient compétent dans ces domaines à l'adolescence : le parent n'a plus, anthropologiquement parlant, à exercer sa responsabilité sur l'adolescent. Or, légalement, le parent est toujours responsable de son enfant jusqu'à sa majorité.

L'adolescent est donc en « apprentissage » de ses nouvelles possibilités, et on pourrait théoriquement le laisser les expérimenter. Cependant, Jean-Claude Quentel précise : « On comprend, étant donné la complexité de nos sociétés et les contraintes qu'elles supposent,

qu'il ait encore besoin d'être juridiquement protégé. ». En transposant cela à notre sujet, on pourrait donc discuter de la vaccination anti-HPV avec l'adolescente et la laisser s'imprégner de cette nouvelle possibilité décisionnelle pour elle-même. Mais en cas de désaccord avec le parent désireux de réaliser l'injection, le cadre légal protecteur ici prendrait donc le dessus. Potentiellement, un conflit pourrait émerger de ce désaccord. L'adolescent « se revendique à présent comme interlocuteur face à celui qui était jusque-là son porte-parole ». Pour le parent, cela accentue encore plus l'éloignement de l'enfance où l'identification au parent s'efface pour laisser place à une nouvelle personne, sans obligation d'approbation parentale pour décider : « Il est descendu du piédestal sur lequel l'enfant l'installait jusque-là : il y perd sa toute-puissance vis-à-vis de l'enfant ». En prenant la décision de le vacciner, le parent aurait-il peur, implicitement, de ne plus être un objet d'admiration pour son enfant, voire même de ne plus être aimé par lui ?

Le parent doit faire le « deuil » de l'enfant devenu adolescent et avec qui ses relations vont se modifier. Mais c'est la décision du parent reste juridiquement valable lorsque l'adolescent ne saisit peut-être pas toutes les dimensions d'un sujet aussi complexe que la vaccination anti-HPV.

5. Information sur le vaccin, éducation et sexualité

5.1. Information sur la vaccination anti-HPV

Nous avons abordé précédemment l'importance de l'information sur le vaccin pour les parents. Si le soignant qui recommande la vaccination anti-HPV veut être entendu et compris, il doit fournir au parent et à l'adolescent(e) une information suffisante sur l'infection à HPV et sur le vaccin. Si le moyen utilisé pour diffuser cette information est primordial (discours oral, affichage, remise d'un document d'information), le contenu de l'information et son intelligibilité

l'est tout autant, quelle que soit la zone géographique concernée (31). L'information sur la vaccination anti-HPV doit être accessible. En France par exemple, l'Institut National du Cancer met à disposition via son site Internet un dépliant en trois parties reprenant les raisons, les modalités, les effets indésirables et la nécessité de réaliser le dépistage par frottis cervico-vaginal à partir de 25 ans malgré la vaccination (Annexe V). Fréquemment citée dans les entretiens, la remise d'un dépliant est appréciée des parents : ils y reçoivent un résumé contenant des références médicales et scientifiques validées par le soignant et la possibilité de reprendre ces informations plus tard (avec l'adolescent(e), le conjoint, l'entourage). Cela permet également de se donner le temps de la réflexion, qui semble être indispensable à chaque parent interviewé dans leur processus décisionnel.

5.2. Adolescence et éducation à la sexualité

La vaccination anti-HPV, recommandée à partir de l'âge de onze ans, met le soignant en face d'une situation souvent encore inédite : aborder la sexualité avec l'adolescent. Dans plusieurs études, les parents mentionnent leurs inquiétudes sur l'évocation des relations sexuelles : réaliser la vaccination pourrait être interprété par les adolescents comme une autorisation implicite pour débiter leur activité sexuelle. Durant les entretiens, les parents mentionnaient souvent le jeune âge de leur enfant et le fait qu'ils ne se sentaient pas concernés par les explications qu'ils leur donnaient, vu qu'ils n'avaient pas encore de relations sexuelles. De plus, les autorités de santé ont recommandé en 2012 d'avancer l'âge de la vaccination anti-HPV en passant de 14 à 11 ans. Les raisons évoquées étaient la possibilité d'une co-administration avec le rappel vaccinal quadrivalent Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite-Coqueluche (ou n'importe quel autre rattrapage vaccinal) entre 11 et 13 ans et la plus grande efficacité du vaccin s'il est réalisé avant le contact avec le papillomavirus. Dans l'étude de la DREES de 2015 sur les

attitudes pratiques des médecins généralistes, sur 1712 participants, on trouvait que 11% des médecins interrogés étaient réticents à aborder le thème de la sexualité avec les adolescentes.

Dans ce contexte d'appréhension parentale et médicale, quels autres moyens existent pour aborder la sexualité et par conséquent cette vaccination chez l'adolescent ? En 2010, une étude interrogeant des élèves de 3^e retrouvait que 88% d'entre eux estimaient important que l'éducation sexuelle et affective fasse partie de du programme scolaire (32). Également citée plusieurs fois dans les entretiens, l'Éducation Nationale pourrait jouer un rôle indiscutable en permettant à tous les élèves concernés d'avoir accès directement à l'information sur la vaccination anti-HPV. Actuellement dans le système éducatif français, il est recommandé de dispenser une éducation à la sexualité de la maternelle (temps spécifique dont l'organisation incombe au professeur des écoles) jusqu'au collège et au lycée. Au moins trois séances annuelles d'éducation à la sexualité, en lien avec les enseignements dispensés en cours, et dont la durée et le contenu sont adaptés aux différents niveaux scolaires sont recommandées. (33). Trois champs de connaissances et compétences y sont inclus : biologique, psycho-affectif et social (Annexe VI).

L'association de l'éducation à la sexualité dans le cadre scolaire avec une information sur la vaccination anti-HPV semble très adaptée : l'adolescent(e) comprendrait les raisons de la vaccination et pourquoi, même à son âge et même s'il/elle n'a pas encore d'activité sexuelle, il/elle est concerné par cette problématique. En outre, si d'autres facteurs (socio-culturels, familiaux...) l'empêchent d'avoir connaissance de la vaccination anti-HPV, on peut espérer que l'adolescent en bénéficiera au moins une fois durant les sept années que durent l'enseignement secondaire en France. Par exemple, au Pérou, il a été noté que l'information sur le vaccin anti-HPV diffusée dans le cadre scolaire (représenté par le personnel soignant ou professeurs) améliorerait sa crédibilité (34).

Dans le descriptif de l'éducation à la sexualité de l'Education Nationale, il est bien précisé que « l'éducation à la sexualité ne se substitue pas à la responsabilité des parents et des familles ». Il appartient donc aux parents ou tuteurs légaux de l'intégrer dans le processus d'éducation de l'enfant et de l'adolescent. Dans une thèse de 2014 sur la place de leur(s) parent(s) en consultation de médecine générale (35), pour la grande majorité des cas la consultation a lieu en présence du parent et à sa demande : pour des raisons pratiques (transport, carte vitale et règlement) mais aussi parce que l'adolescent se sent plus en confiance.

Lorsqu'il s'agissait d'aborder la sexualité ou la contraception, 55% des adolescents souhaitaient être seuls. Dans ceux qui souhaitaient que le parent soit présent, 21% justifiaient leur choix par la possibilité pour le parent de donner son avis et celle de pouvoir en reparler ensuite.

Dans un article de *Pédiatrie Pratique* de 2009 le docteur Jacquin précise que « les parents, tout au long du processus de sexualisation, occupent une place essentielle dans la tête de l'adolescent, si ce n'est dans la réalité. Si l'abord de la sexualité avec l'adolescent ne se conçoit pas en leur présence, il est nécessaire d'aider l'adolescent à réfléchir à ce qui signifie son accès à la sexualité comme changement de statut vis-à-vis d'eux : qu'en savent-ils ? Est-il envisageable de leur en parler ? D'autres membres de la famille peuvent-ils servir de témoin dans cet espace intergénérationnel ? » (36).

A travers ces différentes observations, il apparaît non seulement que l'éducation à la sexualité doit faire partie du projet éducatif du parent pour son enfant, mais aussi et surtout, qu'il est indispensable pour l'enfant que le parent l'accompagne dans cet apprentissage. Si tel n'est pas le cas, c'est l'Education Nationale qui doit intervenir afin d'assurer un enseignement à la sexualité aux adolescents.

CONCLUSION

L'analyse des résultats nous permet d'identifier les raisons de la décision de vaccination anti-HPV par les parents : l'influence du vécu, le rôle du soignant qui aide à la décision et la préservation des enfants de la maladie.

Certaines données avaient déjà été évoquées dans d'autres études sur la stratégie vaccinale ou sur les déterminants de cette vaccination anti-HPV. Il ne s'agissait donc pas de les répéter mais bien de pouvoir les traiter différemment, à travers la parole de parents directement concernés.

Dans le schéma observé, le soignant partage ses connaissances et peut bénéficier de la confiance qui lui est accordée pour promouvoir la vaccination anti-HPV. Sa mission préventive est cependant liée à sa propre opinion de cette vaccination, mais aussi à des facteurs socio-culturels, familiaux et économiques qui conditionnent l'impact de son intervention.

L'adolescent n'est désormais plus enfant. Ce changement le concerne personnellement, mais aussi ses parents, qui – au-delà du cadre légal - doivent accepter de faire le deuil d'une situation qui existait jusqu'ici. Ils ne sont plus les seuls à pouvoir réfléchir et décider pour leur enfant, puisque ce dernier devient compétent pour acquérir une certaine autonomie.

Pour le parent et l'adolescent, décider de la vaccination anti-HPV nécessite une information adaptée et accessible. Aborder la sexualité est obligatoire si on veut que cette information soit complète. Pour le soignant, il peut être difficile d'évoquer la sexualité avec de jeunes patientes : on peut embarrasser l'adolescent qui ne se sent pas concerné. Le parent appréhende d'évoquer les relations sexuelles avec l'adolescent qui pourrait interpréter cela comme une autorisation tacite à débiter sa vie sexuelle.

Même si le parent reste une référence dans l'éducation de son enfant, il semble que le programme scolaire d'Éducation à la sexualité présente plusieurs avantages. D'abord, en informant en premier l'adolescent (et non pas le parent). Directement impliqué dans le processus décisionnel, l'adolescent peut rapporter le contenu de l'information aux parents et provoquer la discussion. Ensuite, en contournant les facteurs environnementaux qui pourraient le détourner de cette information vaccinale anti-HPV (consultation médicale manquante, contexte familial...). En outre il semble que l'information dispensée dans le cadre scolaire bénéficie d'une crédibilité importante : c'est sans aucun doute un atout dans la prise de décision de cette vaccination.

Il est montré que la décision parentale de vaccination anti-HPV regroupe des notions qui figurent bien au-delà de la prévention : la responsabilité parentale et ses influences extérieures, l'obligation de protection de l'enfant en considérant son statut d'adolescent et la mission d'éducation à la sexualité. Dans ce travail, ces notions ont été traitées plus largement dans le domaine des sciences humaines ; l'apport de références sociologiques, psychologiques et anthropologiques permet l'ouverture de cette analyse aux différentes disciplines que le sujet des vaccinations requiert.

Intégrer ce savoir dans la pratique médicale préventive améliore la compréhension des craintes et des questionnements des patients par les médecins. En adaptant les moyens de communication, il s'agit de mieux se faire comprendre par eux. Par cette pédagogie affinée, il est question de renforcer l'adhésion à la vaccination et par conséquent la couverture vaccinale. Pour le médecin, la pratique médicale gagnera sûrement en perspicacité.

Ce travail permet d'ouvrir des pistes de travail : par exemple, la vaccination des garçons, car même si les femmes sont encore les plus concernées par le cancer lié au HPV, quasiment un

tiers de ces cancers touche les hommes (37). Ou encore, la mise en place d'une consultation dédiée à l'adolescent : ne plus « profiter » d'une rare consultation pour un problème aigu pour ajouter la recommandation vaccinale ou les autres messages de prévention si importants à cette période de leur vie. Un si grand bouleversement dans la vie de l'être humain ne peut désormais plus être relégué en « question de fin de consultation ».

Rapport-gratuit.com 
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

Rapport-gratuit.com 
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

BIBLIOGRAPHIE

1. Cancer du col de l'utérus / Données par localisation / Cancers / Maladies chroniques et traumatismes / Dossiers thématiques / Accueil [Internet]. [cité 12 sept 2018]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Donnees-par-localisation/Cancer-du-col-de-l-uterus>
2. Bouvard V, Baan R, Straif K, Grosse Y, Lauby-Secretan B, Ghissassi F, et al. A Review of Human Carcinogens—Part B: Biological Agents. *Lancet Oncol.* 1 mai 2009;10:321-2.
3. Human papillomavirus (HPV) and cervical cancer [Internet]. World Health Organization. [cité 13 mai 2018]. Disponible sur: [http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-\(hpv\)-and-cervical-cancer](http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-(hpv)-and-cervical-cancer)
4. HCSP. Infections à HPV : nouveau schéma vaccinal du vaccin Cervarix® [Internet]. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2014 févr. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=411>
5. HCSP. Infections à HPV : nouveau schéma vaccinal du vaccin Gardasil® [Internet]. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2014 mars. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=416>
6. HCSP. Recommandations vaccinales contre les infections à papillomavirus humains chez les hommes [Internet]. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2016 févr. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=552>

7. Huh WK, Joura EA, Giuliano AR, Iversen O-E, Andrade RP de, Ault KA, et al. Final efficacy, immunogenicity, and safety analyses of a nine-valent human papillomavirus vaccine in women aged 16–26 years: a randomised, double-blind trial. *The Lancet*. 11 nov 2017;390(10108):2143-59.
8. HCSP. Prévention des infections à HPV : place du vaccin Gardasil 9® [Internet]. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2017 févr. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=602>
9. Prophylactic vaccination against human papillomaviruses to prevent cervical cancer and its precursors - Arbyn, M - 2018 | Cochrane Library [Internet]. [cité 30 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009069.pub3/full>
10. HCSP. Infections à HPV des jeunes filles : révision de l'âge de vaccination [Internet]. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2012 sept. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=302>
11. Lecomte S, Cherrier A. Facteurs influençant les parents concernant la réalisation de la vaccination anti-papillomavirus de leurs filles. 2016.
12. Lejeune C, Qu'est-ce que la recherche qualitative ? In: Lejeune C, Manuel d'analyse quantitative, analyser sans compter ni classer. 1ere éd. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur ; 2016. p.20-39.
13. Les Français majoritairement favorables à la vaccination [Internet]. Ipsos. [cité 30 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.ipsos.com/fr-fr/les-francais-majoritairement-favorables-la-vaccination>

14. Granier-orfeuvre B, Epaulard O. Mode d'information sur les vaccins : le médecin généraliste est perçu comme la meilleure source par les patients en médecine générale. 19es Journ Natl D'Infectiologie - Mercredi 13 Au Vendredi 15 Juin 2018 - Cité Congrès Nantes. 1 juin 2018 ; 48(4, Supplement) : S137.
15. Lozat R. Point de vue. 50 000 médecins généralistes en première ligne. Bull Epidemiol Hebd. 2017;(Hors-série Vaccination): 4-5.
16. Chang J, Ipp LS, de Roche AM, Catalozzi M, Breitkopf CR, Rosenthal SL. Adolescent-Parent Dyad Descriptions of the Decision to Start the HPV Vaccine Series. J Pediatr Adolesc Gynecol. 1 févr 2018;31(1):28-32.
17. Larson HJ, Cooper LZ, Eskola J, Katz SL, Ratzan S. Addressing the vaccine confidence gap. Lancet Lond Engl. 6 août 2011;378(9790):526-35.
18. Code de la santé publique | Legifrance [Internet]. [cité 22 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr>
19. Haute Autorité de Santé - Patient et professionnels de santé : décider ensemble [Internet]. [cité 22 sept 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1671523/fr/patient-et-professionnels-de-sante-decider-ensemble
20. Haute Autorité de Santé - Décision médicale partagée – De nombreux freins, quelques avancées [Internet]. [cité 22 sept 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2740919/fr/decision-medicale-partagee-de-nombreux-freins-quelques-avancees

21. Cardia-Vonèche L, Bastard B. Préoccupations de santé et fonctionnement familial. *Sci Soc Santé*. 1995;13(1):65-80.
22. Verger P, Fressard L, Collange F, Gautier A, Jestin C, Launay O, et al. Vaccine Hesitancy Among General Practitioners and Its Determinants During Controversies: A National Cross-sectional Survey in France. *EBioMedicine*. 23 juin 2015;2(8):891-7.
23. Vaccinations : attitudes et pratiques des médecins généralistes - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 22 sept 2018]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/vaccinations-attitudes-et-pratiques-des-medecins-generalistes>
24. Cartmell KB, Young-Pierce J, McGue S, Alberg AJ, Luque JS, Zubizarreta M, et al. Barriers, facilitators, and potential strategies for increasing HPV vaccination: A statewide assessment to inform action. *Papillomavirus Res*. 1 juin 2018;5:21-31.
25. Auvray L, Le Fur P. Adolescents : Etat de santé et recours aux soins. *Quest Econ SANTE*. mars 2002;(49):6p.
26. OMS | Développement des adolescents [Internet]. WHO. [cité 12 sept 2018]. Disponible sur: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/fr/
27. Dressen C, Roussille B. Prévenir à l'adolescence ? *ADSP*. 1995 Mar ;10 :30-1.
28. Code de la santé publique | Legifrance [Internet]. LOI n° 2002-305 du 4 mars 2002 relative à l'autorité parentale. 2002-305 mars 4, 2002.
29. Alvin P, Marcelli D. *Médecine de l'adolescent*. Paris, France; 2005. 453 p.
30. Quentel J-C. Une approche anthropologique de l'adolescence, An anthropological approach to adolescence. *Dialogue*. 31 déc 2012;(198):9-18

31. OMS | Communication sur le Vaccin Anti-HPV: Considérations particulières pour un vaccin unique [Internet]. WHO. [cité 23 sept 2018]. Disponible sur: http://www.who.int/immunization/documents/WHO_IVB_16.02/fr/
32. Verdure F, Rouquette A, Delori M, Aspee F, Fanello S. Connaissances, besoins et attentes des adolescents en éducation sexuelle et affective. Étude réalisée auprès d'adolescents de classes de troisième. Arch Pédiatrie. 1 mars 2010;17(3):219-25.
33. Éducation à la sexualité - Ministère de l'Éducation nationale [Internet]. [cité 23 sept 2018]. Disponible sur: http://www.education.gouv.fr/cid115029/education-a-la-sexualite.html#Enjeu_et_mise_en_oeuvre_de_l_education_a_la_sexualite
34. Bartolini RM, Winkler JL, Penny ME, LaMontagne DS. Parental Acceptance of HPV Vaccine in Peru: A Decision Framework. PLoS ONE [Internet]. 29 oct 2012;7(10). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3483308/>
35. Renée V. Point de vue des adolescents sur la place de leur parent en consultation de médecine générale. 4 sept 2014;93.
36. Jacquin P. Comment aborder la sexualité en consultation avec l'adolescent ? Pédiatrie Pratique. 2009. [Internet]. Disponible sur: http://www.sfsante-ado.org/wp-content/uploads/2015/06/aborder_la_sexualit_ped_prat_2009.pdf
37. Marant-Micallef C, Shield KD, Vignat J, Hill C, Rogel A, Menvielle G, *et al.* Nombre et fractions de cancers attribuables au mode de vie et à l'environnement en France métropolitaine en 2015 : résultats principaux. Bull Epidémiol Hebd. 2018;(21):442-8

LISTE DES FIGURES

Figure 1- Carte conceptuelle des résultats pour l'analyse	62
--	----

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 - Caractéristiques de la population de l'étude	20
---	----

Rapport-Gratuit.com

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS	10
PLAN	11
RESUME.....	12
INTRODUCTION.....	14
MATERIEL ET MÉTHODES	17
1. Population	17
2. Guide d'entretien et données.....	17
3. Analyse	18
RESULTATS.....	19
1. Population	19
1.1. Difficultés de recrutement	19
1.2. Caractéristiques de la population d'étude	19
2. Données	20
2.1. Les raisons de la décision de vaccination	20
2.1.1. Interférences entre l'histoire personnelle et familiale et la décision.....	20
a) Maladie, culture et mœurs	20
b) Les avis contraires.....	21
c) Sur le plan personnel	22
2.1.2. Le rôle de la consultation et du soignant	22
a) Le corps médical et paramédical	22
b) Les difficultés en consultation quand parle de vaccination anti-HPV.....	23
c) L'opinion du soignant en question	25
2.1.3. Eviter la maladie.....	25
a) Progrès médical et avancées	25
b) La peur de la maladie elle-même, ou de l'effet secondaire du vaccin.....	26
c) ...compensée par une balance bénéfice/risque et un souhait de prévention	26
2.2. La parentalité	28
2.2.1. La responsabilité parentale.....	28
a) Prendre la responsabilité d'une décision pour l'autre.....	28
b) Obtenir l'accord sans imposer	28
c) Quelle légitimité ?	30
2.2.2. Avoir peur.....	30
a) De ne pas faire le bon choix.....	30
b) Avoir peur des reproches ou des regrets	31
2.3. Aborder la sexualité et la féminité via la vaccination anti-HPV	32
2.3.1. Sexualité et vaccination anti-HPV	32
2.3.2. Féminité	33
a) Préserver le corps.....	33
b) Préserver la possibilité de maternité.....	33
DISCUSSION	35

1.	Principaux résultats	35
2.	Forces et faiblesses	36
2.1.	Biais de l'étude	36
2.2.	Réalisation des entretiens.....	37
3.	La confiance dans le soignant : implications et limites.....	37
4.	Légitimité et peur	40
5.	Information sur le vaccin, éducation et sexualité	42
5.1.	Information sur la vaccination anti-HPV.....	42
5.2.	Adolescence et éducation à la sexualité	43
	CONCLUSION.....	46
	BIBLIOGRAPHIE	49
	LISTE DES FIGURES.....	55
	LISTE DES TABLEAUX	56
	TABLE DES MATIERES.....	57
	ANNEXES.....	59
	<u>Annexe I</u> : Affiche de recrutement en salle d'attente	59
	<u>Annexe II</u> : Guide d'entretien.....	60
	<u>Annexe III</u> : Formulaire de consentement.....	61
	<u>Annexe IV</u> : Carte conceptuelle des résultats pour l'analyse	62
	<u>Annexe V</u> : Dépliant de L'institut National du Cancer : Outil de communication grand public	63
	<u>Annexe VI</u> : Ministère de l'Éducation nationale : L'éducation à la sexualité : 3 champs de connaissance et de compétences	64

ANNEXES

Annexe I : Affiche de recrutement en salle d'attente

Dans le cadre de mes travaux de thèse concernant le vaccin de prévention des lésions du col de l'utérus (GARDASIL® ou CERVARIX®), je cherche à interviewer des parents ayant au moins une fille en âge de se faire vacciner (à partir de 11 ans), qui souhaitent faire ou qui ont déjà fait ce vaccin.

Si vous êtes d'accord pour réaliser une interview, que j'effectuerai moi-même et dont les données seront anonymisées, merci de m'en faire part lors de la consultation, en salle d'attente ou via un message au secrétariat.

Merci !

Dr HEMERY

Annexe II : Guide d'entretien

GUIDE ENTRETIEN

Ceci est un entretien ouvert : je vous pose des questions auxquelles vous pouvez répondre librement, et j'enregistre l'interview. J'interviendrai pour poser une question ou préciser un point. Vous pouvez décider d'arrêter cet entretien à n'importe quel moment, vous pouvez revenir sur une notion abordée précédemment.

I. Sur la vaccination en général

1) Que pensez-vous du principe de vaccination, en général ?

Savez-vous à quoi servent les vaccins qui sont proposés en France, obligatoires ou non ?

Pensez-vous qu'ils sont bénéfiques ? Délétères ? Avez-vous eu des doutes au moment de les faire ?

Comment vous informez-vous sur les vaccins ?

Etes-vous, vous-même, à jour dans vos vaccinations ?

2) Avez-vous entendu parler des polémiques récentes sur certains vaccins (Hépatite B/grippe...) ?

Qu'en avez-vous retenu ?

Ces polémiques vous font-elles peur ? Pourquoi ?

II. Sur le vaccin anti papilloma virus

1) Connaissez-vous le vaccin contre le cancer du col de l'utérus ?

2) Pensez-vous être bien/suffisamment informé sur ce vaccin ?

Comment avez-vous été informé ?

Connaissez-vous les modalités de réalisation du vaccin ? âge de début +++ (nombre d'injections/contre-indications éventuellement) ?

3) Quelles informations/données/avis/expériences vous ont influencé positivement ou négativement pour faire ce vaccin ?

4) Comment souhaiteriez-vous être informé sur ce vaccin ? Par qui ? A quelle occasion ?

III. Concernant votre fille

1) Pensez-vous que votre fille doit intervenir dans la décision de se faire vacciner ?

2) Avez-vous parlé de ce vaccin avec elle ? Ceci a-t-il influencé votre décision ? Comment ?

3) Accepteriez-vous qu'elle refuse de se faire vacciner ?

IV. Décision Finale

Qu'est-ce qui, selon vous, vous a fait décider de faire ce vaccin finalement ?

V. Identification du/des parents interviewés

Age-sexe-profession-nombre d'enfants-nombre de filles (filles déjà vaccinées ou en cours de vaccination ?)

Annexe III : Formulaire de consentement

Département de Médecine Générale
UFR Santé d'Angers
Rue Haute de Reculée
49045 Angers CEDEX 01

Titre du travail : Ce qui décide les parents à faire vacciner leur(s) fille(s) par le vaccin anti-papillomavirus :
Entretiens sur les éléments déclencheurs et analyse des tenants et aboutissants

Nom du thésard : HEMERY Adeline

DECLARATION DE CONSENTEMENT POUR ENREGISTREMENT AUDIO A DES FINS DE RECHERCHE

Je soussigné(e) _____
Né(e) le _____

Confirme avoir été informé(e) des éléments suivants :

- l'entretien fera l'objet d'un enregistrement audio par dictaphone,
- les objectifs de l'enregistrement et de son utilisation m'ont été expliqués
- j'aurai la possibilité de lire la retranscription (écriture intégrale de l'entretien sur ordinateur)
- les données seront conservées après anonymisation jusqu'à la soutenance publique de la thèse puis qu'une copie de ces données sera proposée pour conservation à l'Université d'Angers
- à ma demande, l'enregistrement et sa retranscription pourront être effacés*

Je consens à ce que cet enregistrement soit utilisé pour la recherche au sein de l'UFR Santé de l'Université d'Angers.

A _____, le _____

Signature de l'interviewée :

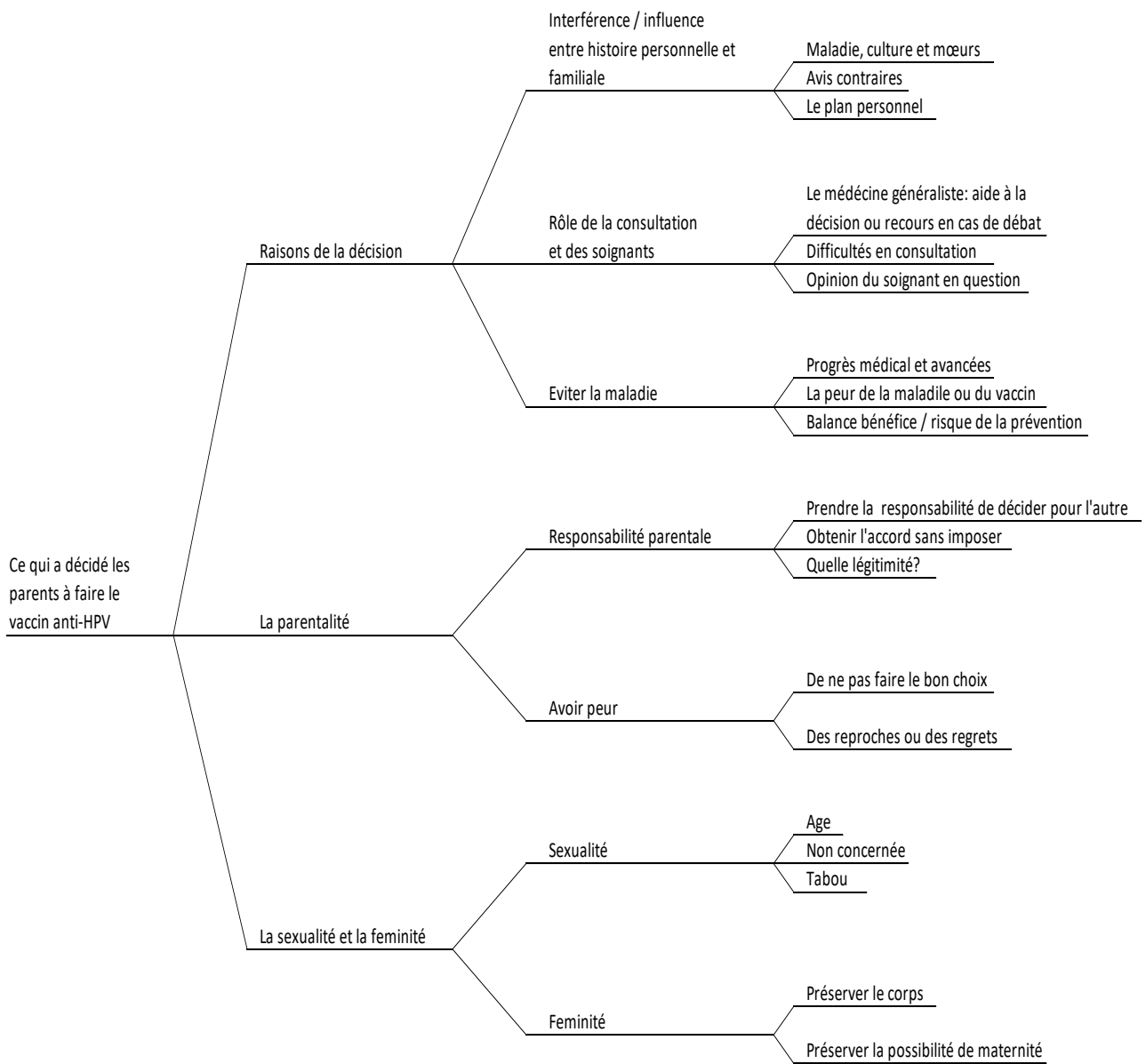
Signature de l'investigateur ou de la personne ayant délivré
l'information :

*Déclaration de révocation :

M., Mme, Melle _____
Déclare révoquer le consentement susmentionné
A _____, le _____

Signature:

Annexe IV : Carte conceptuelle des résultats pour l'analyse



QUAND FAIRE VACCINER MA FILLE?

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

► Pourquoi dès 11 ans?

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

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

► Combien ça coûte?

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



LE DÉPISTAGE, INDISPENSABLE EN COMPLÉMENT DE LA VACCINATION

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

* Diphtérie, tétanos, coqueluche, poliomyélite.



VACCINATION CONTRE LES PAPILLOMAVIRUS HUMAINS (HPV) DÈS 11 ANS

POUR SE PROTÉGER DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS



POURQUOI FAIRE VACCINER MA FILLE CONTRE LES HPV?

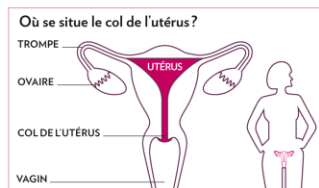
Les papillomavirus humains (HPV) sont la principale cause de cancer du col de l'utérus. La contamination a lieu le plus souvent dans les premières années de la vie sexuelle. Environ 80% des femmes sont infectées par ces virus au cours de leur vie. En général, leur corps parvient à les éliminer, mais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

Chaque année en France, 35 000 lésions précancéreuses ou cancéreuses sont détectées et 3 000 nouveaux cas de cancer du col de l'utérus sont diagnostiqués.

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

► Comment se transmettent les virus HPV?

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



COMMENT SE DÉROULE LA VACCINATION?

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

Il est important de respecter les schémas vaccinaux suivants :

Entre 11 et 14 ans

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

Entre 14 et 19 ans

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

► Auprès de qui faire vacciner ma fille?

La vaccination est réalisée :

- 1 par un médecin ou une sage-femme ;
- 2 par un infirmier, sur prescription d'un médecin ou d'une sage-femme ;
- 3 dans un service de vaccination municipal ou départemental. Renseignez-vous auprès de votre mairie ou du conseil général de votre département.

LE VACCIN A-T-IL DES EFFETS INDÉSIRABLES?

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

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

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

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

Une surveillance internationale rigoureuse

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



HEMERY Adeline

Ce qui décide les parents à faire vacciner leur(s) fille(s) par le vaccin anti-papillomavirus. Entretiens sur les éléments déclencheurs et analyse des tenants et aboutissants

RÉSUMÉ

Introduction : Le cancer du col de l'utérus représente le second cancer le plus fréquent dans le monde et le quatrième plus fréquent chez la femme. Depuis 2007, en France, un vaccin efficace permet de lutter contre l'apparition de ces lésions. Pourtant, cette couverture vaccinale est faible. L'objectif était de cibler ce qui décide les parents désireux de faire cette vaccination, afin de mieux répondre à leurs attentes et interrogations, et d'améliorer la couverture vaccinale.

Matériel et Méthode : Une étude qualitative a été menée, par entretiens semi-dirigés auprès de douze parents. L'analyse a été réalisée manuellement, par codage extrait du verbatim, catégorisation et création d'une carte conceptuelle d'analyse des résultats.

Résultats : Trois grands thèmes ont été identifiés. Tout d'abord, les raisons de la décision de vaccination avec l'influence de l'histoire personnelle et familiale, le rôle du soignant lors de la consultation et la volonté d'éviter la maladie. Ensuite, la parentalité regroupant les notions de responsabilité parentale et la peur de prendre une décision regrettable. Enfin, l'abord de la sexualité et de la féminité via la vaccination anti-HPV, regroupant les difficultés liées à l'âge de l'adolescente au moment de la vaccination et la volonté de préserver son corps, sa féminité, et la possibilité d'une maternité.

Discussion : La confiance dans le soignant pour aider à la décision de vaccination anti-HPV rend son rôle prépondérant. De plus, l'âge de cette vaccination et la pathologie concernée placent le soignant et le parent dans une situation particulière en ce qui concerne la décision parentale et l'abord de la sexualité de l'adolescente. La décision parentale sera donc guidée par des considérations bien plus étendues que la prévention vaccinale.

Conclusion : A travers l'analyse des paroles de parents directement concernés, des notions déjà identifiées concernant l'acceptation de la vaccination ont été corroborées. L'apport de certaines dimensions socio-anthropologiques permet leur analyse sous un angle différent, pour une compréhension plus approfondie des tenants et aboutissants de la décision parentale de vaccination anti-HPV.

Mots-clés : Vaccination anti-HPV, prise de décision, parents, adolescents, cancer, médecine générale, étude qualitative

ABSTRACT

What makes parents vaccinate their daughters with papillomavirus vaccine. Interviews about the triggers and analysis of ins and outs.

Introduction: Cervical cancer is the second most common cancer in the world and the fourth most common in women. Since 2007, an effective vaccination helps to avoid the appearance of these lesions. However, this vaccination coverage remains low. The purpose of this study was to target what decides among parents who want to make this vaccination, in order to better meet their expectations and questions, and to improve the vaccination coverage.

Materials and method: A qualitative study was conducted by semi-structured interviews with twelve patients. The analysis was carried out manually, by coding extracted from the verbatim, categorization and creation of a concept map of analysis of the results.

Results: Three major themes have been identified. First, the reasons for the vaccination decision with the influence of the personal and family history, the role of the health-care providers during the consultation and the will to avoid the disease. Secondly, the parenthood that is grouping notions of parental responsibility and fear of taking a regrettable decision. Finally, the approach to sexuality and femininity via anti-HPV vaccination, gathering the difficulties related to the age of the adolescent at the time of vaccination and the desire to preserve her body, her femininity, and the possibility of a maternity.

Discussion: Trust in the health-care providers to help in the decision to HPV vaccination makes his/her role critical. In addition, the age of this vaccination and the pathology concerned place the health-care providers and the parents in a particular situation with regard to the parental decision and the adolescent's sexuality. The parental decision will therefore be guided by far broader considerations than vaccine prevention.

Conclusion: Through analysis of the words of parents directly concerned, already identified notions regarding the acceptance of vaccination have been corroborated. The contribution of certain socio-anthropological dimensions allows their analysis from a different angle, for a deeper understanding of the ins and outs of the anti-HPV vaccination decision.

Keywords: Anti-HPV vaccination, decision-making process, parents, adolescents, cancer, general practice, qualitative study

