

Année 2021/2022

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

Diplôme d'État

Par

Thomas BARON

Né 27 décembre 1991 à Chambray-lès-Tours (37)

**Vaccination contre les papillomavirus chez
les garçons : Qui décide ?
Enquête chez les parents de garçons
de 9 à 17 ans.**

Présentée et soutenue publiquement le 18 novembre 2022 devant un jury composé de :

Président du Jury :

Professeur Henri MARRET, Gynécologie-Obstétrique, Faculté de Médecine – Tours

Membres du Jury :

Professeur Catherine GAUDY-GRAFFIN, Bactériologie-virologie et hygiène hospitalière, Faculté de Médecine – Tours

Docteur Laetitia CANAZZI, Médecine Générale, Centre Hospitalier de Blois – Blois

Directeur de thèse : Docteur Isabelle ETTORI-AJASSE, Médecine Générale, MCA, Faculté de Médecine – Tours

DES de MÉDECINE GÉNÉRALE

Résumé

Introduction : La famille des papillomavirus est responsable chaque année d'une morbi-mortalité importante dans les deux sexes avec 6000 nouveaux cancers par an en France, dont la grande partie chez les femmes. L'évolution des pratiques sexuelles tend à augmenter l'incidence de ces lésions précancéreuses et cancéreuses HPV induites, ainsi que les sites anatomiques touchés. La vaccination est efficace dans la prévention d'un certain nombre de ces manifestations, mais la couverture vaccinale peine encore à décoller avec 1/3 seulement de jeunes filles vaccinées avec un schéma complet. Afin de protéger la population masculine et de participer à une immunité de groupe, le vaccin est recommandé chez le garçon à partir de 11 ans depuis décembre 2019. A qui le médecin doit-il s'adresser pour améliorer la couverture vaccinale ?

Objectif : Explorer la décision à la vaccination anti-HPV chez les parents de garçons en âge de se faire vacciner.

Méthode : Étude qualitative par entretiens semi dirigés auprès de 15 parents de garçons âgés de 9 à 17 ans révolus. Analyse phénoménologique interprétative.

Résultats : L'infection HPV reste globalement méconnue. Le risque paraissant toucher principalement les filles, l'intérêt de vacciner le garçon semble moins évident, ce qui constitue un frein important à la vaccination de ces derniers. Le pouvoir décisionnel pour ce vaccin se partage selon un continuum entre deux grands pôles basés sur l'âge et la maturité : l'enfant et l'adolescent. Pour le jeune garçon, le vaccin est "comme les autres", les parents décident, surtout la maman. Pour l'adolescent en revanche, le lien de ce vaccin avec la sexualité apparaît et en font un vaccin à part. Les parents laissent au garçon la responsabilité du choix vaccinal et de l'éventuel "partage d'une partie du fardeau de la sexualité que portent les femmes". Ce lien avec la sexualité crée des problématiques nouvelles de dialogue dans cette transition d'enfant à adolescent. Le médecin généraliste est vu comme primordial dans son apport d'information tout au long de ce continuum, ainsi que dans le dialogue avec l'adolescent sur sa sexualité. Enfin le refus n'est pas définitif, il évolue tout au long du transfert du pouvoir vaccinal, offrant de multiples occasions au médecin généraliste de vacciner ces garçons.

Conclusion : Le partage du pouvoir décisionnel sur le vaccin anti-HPV, en lien étroit avec la sexualité, se fait d'une mère qui choisit pour un enfant, à un adolescent qui décide pour sa future vie d'adulte, selon un continuum qui évolue avec l'âge et la maturité du garçon. Le médecin généraliste devra s'adresser progressivement de l'un à l'autre pour adapter son discours.

Mots clés : Vaccin Papillomavirus, garçon, décision vaccinale

Abstract

HPV Vaccination in Boys: Who Decides? A survey of parents of boys aged 9 to 17 years.

Introduction: The HPV family is responsible for significant morbidity and mortality rates in both sexes with 6000 new cancers per year in France, most of them in women. The evolution of sexual practices tends to increase the incidence of these precancerous and cancerous HPV-induced lesions, as well as the anatomical sites affected. Vaccination is effective in preventing a number of these events, but vaccination coverage is still struggling to take off, with only 1/3 of young girls vaccinated with a complete regimen. In order to protect the male population and participate in group immunity, the vaccine is recommended in boys from 11 years of age since December 2019. Who should the physician address in order to improve vaccination coverage?

Objective: To explore the decision to vaccinate against HPV among parents of boys of vaccination age

Method: Qualitative study by semi-structured interviews with 15 parents of boys aged 9 to 17 years. Interpretative phenomenological analysis.

Results: HPV infection remains globally unknown. As the risk seems to affect mainly girls, the interest of vaccinating boys seems less obvious. This is a major obstacle to the vaccination of boys. Decision-making power for this vaccine is divided along a continuum between 2 main poles based on age and maturity: the child and the adolescent. For the young boy, the vaccine is "like any other", the parents decide, especially the mother. For the adolescent, on the other hand, the link between this vaccine and sexuality appears and makes it a separate vaccine. The parents leave to their boy the responsibility for the vaccine choice and for the possible "sharing of part of the burden of sexuality that women carry". This link with sexuality creates new issues of dialogue in this transition from child to adolescent. The general practitioner is seen as essential in providing information throughout this continuum, as well as in the dialogue with the adolescent about his or her sexuality. Finally, the refusal is not definitive; it evolves throughout the transfer of vaccine decision power, offering multiple opportunities for the GP to vaccinate these boys.

Conclusion: The sharing of decision-making power over the HPV vaccine, closely linked to sexuality, is from a mother who chooses for a child, to an adolescent who decides for his future adult life, according to a continuum that evolves with the age and maturity of the boy. The general practitioner will have to address progressively from one to the other to adapt his speech.

Key words: Papillomavirus vaccine, boy, vaccination decision

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Pr Henri MARRET

ASSESEURS

Pr Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*

Pr Mathias BUCHLER, *Relations internationales*

Pr Theodora BEJAN-ANGOULVANT, *Moyens – relations avec l'Université*

Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*

Pr François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*

Pr Patrick VOURC'H, *Recherche*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Carole ACCOLAS

DOYENS HONORAIRES

Pr Emile ARON (†) – 1962-1966

Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962

Pr Georges DESBUQUOIS (†) – 1966-1972

Pr André GOUAZE (†) – 1972-1994

Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Pr Daniel ALISON

Pr Gilles BODY

Pr Philippe COLOMBAT

Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL

Pr Pascal DUMONT

Pr Bernard FOUQUET

Pr Yves GRUEL

Pr Gérard LORETTE

Pr Dominique PERROTIN

Pr Philippe ROSSET

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU – C. BERGER – J.C. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – J. CHANDENIER – A. CHANTEPIE – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – D. GOGA – A. GOUDEAU – J.L. GUILMOT – O. HAILLOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LEROY – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – R. QUENTIN – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – D. ROYERE – A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
APETOH Lionel.....	Immunologie
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique	Cardiologie
BAKHOS David.....	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
BARBIER François.....	Médecine intensive et réanimation
BARILLOT Isabelle.....	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora	Pharmacologie clinique
BERHOUEZ Julien.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne	Cardiologie
BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
BOURGUIGNON Thierry	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRILHAULT Jean.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent.....	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....	Urologie
BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
CALAIS Gilles.....	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESMIDT Thomas.....	Psychiatrie
DESOUBEAUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DI GUISTO Caroline	Gynécologie obstétrique
DIOT Patrice.....	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan	Médecine intensive – réanimation
FAUCHIER Laurent.....	Cardiologie
FAVARD Luc.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUGERE Bertrand	Gériatrie
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & cytologie pathologiques
GATAULT Philippe.....	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
GUERIF Fabrice.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLON Antoine.....	Médecine intensive – réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel.....	Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
HANKARD Régis.....	Pédiatrie
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe.....	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice	Physiologie
LABARTHE François	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert.....	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique.....	Bactériologie-virologie
LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry.....	Gastroentérologie, hépatologie
LEGRAS Antoine.....	Chirurgie thoracique
LESCANNE Emmanuel.....	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie

MACHET Laurent	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine	Pédiatrie
MORINIERE Sylvain.....	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis.....	Rhumatologie
ODENT Thierry.....	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna.....	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean.....	Ophthalmologie
PLANTIER Laurent.....	Physiologie
REMERAND Francis.....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe.....	Biologie cellulaire
RUSCH Emmanuel.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline.....	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem.....	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick.....	Génétique
VAILLANT Loïc.....	Dermato-vénéréologie
VELUT Stéphane.....	Anatomie
VOURC'H Patrick.....	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess	Neurochirurgie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien.....Soins palliatifs
ROBERT Jean.....Médecine Générale

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine.....Anglais

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AUDEMARD-VERGER Alexandra.....	Médecine interne
BARBIER Louise.....	Chirurgie digestive
BINET Aurélien	Chirurgie infantile
BISSON Arnaud	Cardiologie (CHRO)
BRUNAUT Paul	Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès	Biostat., informatique médical et technologies de communication
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo.....	Rhumatologie (au 01/10/2021)
CLEMENTY Nicolas	Cardiologie
DENIS Frédéric.....	Odontologie
DOMELIER Anne-Sophie	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane	Biophysique et médecine nucléaire
ELKRIEF Laure.....	Hépatologie – gastroentérologie
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie.....	Anatomie et cytologie pathologiques
GOUILLEUX Valérie.....	Immunologie
HOARAU Cyrille	Immunologie

LE GUELLEC Chantal.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEFORT Bruno.....	Pédiatrie
LEMAIGNEN Adrien.....	Maladies infectieuses
MACHET Marie-Christine.....	Anatomie et cytologie pathologiques
MOREL Baptiste.....	Radiologie pédiatrique
PARE Arnaud.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PIVER Éric.....	Biochimie et biologie moléculaire
ROUMY Jérôme.....	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET Bénédicte.....	Thérapeutique
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie.....	Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl.....	Bactériologie
TERNANT David.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VAYNE Caroline.....	Hématologie, transfusion
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure.....	Génétique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.....	Neurosciences
NICOGLOU Antonine.....	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald.....	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile.....	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

AUMARECHAL Alain.....	Médecine Générale
BARBEAU Ludivine.....	Médecine Générale
CHAMANT Christelle.....	Médecine Générale
ETTORI-AJASSE Isabelle.....	Médecine Générale
PAUTRAT Maxime.....	Médecine Générale
RUIZ Christophe.....	Médecine Générale
SAMKO Boris.....	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE

BECKER Jérôme.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUAKAZ Ayache.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BRIARD Benoit.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
CHALON Sylvie.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
DE ROCQUIGNY Hugues.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
ESCOFFRE Jean-Michel.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GILLOT Philippe.....	Chargé de Recherche Inrae – UMR Inrae 1282
GOUILLEUX Fabrice.....	Directeur de Recherche CNRS – EA 7501 – ERL CNRS 7001
GOMOT Marie.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GUEGUINOUE Maxime.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
LATINUS Marianne.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LE MERREUR Julie.....	Directrice de Recherche CNRS – UMR Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
MEUNIER Jean-Christophe.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
PAGET Christophe.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
RAOUL William.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR CNRS 1069
SI TAHAR Mustapha.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SUREAU Camille.....	Directrice de Recherche émérite CNRS – UMR Inserm 1259
WARDAK Claire.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

DELORE Claire.....	Orthophoniste
GOUIN Jean-Marie.....	Praticien Hospitalier

Pour l'Ecole d'Orthoptie

BOULNOIS Sandrine.....	Orthoptiste
------------------------	-------------

Pour l'Ethique Médicale

BIRMELE Béatrice.....	Praticien Hospitalier
-----------------------	-----------------------

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et selon la tradition d'Hippocrate, je promets et je jure 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.

Admis dans 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 le crime.

Respectueux et reconnaissant 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 fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Remerciements

A Monsieur le Professeur Henri MARRET, pour me faire l'honneur de présider cette thèse, merci de m'avoir fait confiance pour développer un aspect peu connu mais qui semblait similaire à d'autres travaux que vous avez jugé. J'espère que ce travail vous aura ouvert des perspectives de soins. Je vous prie de croire en l'expression de mes sentiments les plus respectueux.

A Madame le Professeur Catherine GAUDY-GRAFFIN, je vous remercie d'avoir accepté de donner votre avis sur ce travail, bien que le sujet vous soit familier, ce mode de recueil issu des sciences sociales est moins fréquent dans votre spécialité. Je vous prie de croire en l'expression de mes sentiments les plus distingués.

A Madame le Docteur Laetitia CANAZZI, je vous prie de recevoir toute ma reconnaissance pour avoir accepté de juger ce travail et pour l'intérêt que vous avez immédiatement porté à mon travail.

A Madame le Docteur Isabelle ETTORI-AJASSE, merci d'avoir accepté de diriger mon travail. Ton temps, ta patience et tes conseils m'ont été indispensables. Ton professionnalisme et ta bienveillance sont pour moi un modèle.

A tous les médecins qui m'ont accompagné et fait évoluer durant mon internat et mes remplacements, dans les hôpitaux et cabinets de la région, les Dr Gatault, Loison, Morel, Richon, Jan, Barbeau, Renoux, Moussu, Nguyen, N'tika, Amsellem-Jager, pour ne citer qu'eux.

A toute la maison de santé d'Athée sur Cher, pour votre accueil initial et le plaisir maintenant quotidien de venir travailler avec vous. Aux Dr Isabelle Etori-Ajasse, Angèle Bouju, Vincent Galy, et Hicham El Gherrak, ainsi qu'à la future Dr Elise Bouissou, pour nos échanges et vos nombreux apports à ma pratique. On ne peut être que meilleur médecin auprès de vous. Ainsi qu'à la bonne humeur de ces repas échangés. Merci aussi à Virginie, le coeur de cette maison de santé.

A mes parents, qui m'ont accompagné de plein de façons durant ces longues années, et qui m'ont permis de ne me soucier que de mes études et de mes loisirs, un grand merci !

A Marine, merci pour ton grain de folie. Les soirées en famille sont toujours plus animées quand tu es là. Fais ce qu'il te plait et éclate-toi.

Aux Vieux Frères, toujours présents pour les bons coups et les moments importants de la vie, que vous soyez proches ou éloignés, que les 20 prochaines années soient comme les 20 dernières. Un bonheur.

Aux Pharmed, pour le plaisir sans cesse renouvelé de vous voir, de partager notre passion de la santé et nos évolutions dans la vie.

A Lisa, pour ta présence à mes côtés chaque jour et pour m'avoir supporté pendant les moments stressants de ce travail de thèse. Pour tout ce que j'aime chez toi, ta douceur, ta gentillesse, ta joie et ton écoute. Et pour cette vie qu'on se construit à deux.

Et enfin merci à toutes les familles qui ont participé, avec gentillesse et parfois empressement aux entretiens, et sans qui ce travail n'aurait pu exister.

Table des matières

INTRODUCTION.....	12
MÉTHODE.....	17
1. Type d'étude	17
2. Population	17
3. Recueil des données	18
4. Analyse des données	19
RÉSULTATS.....	20
1. Description de la population étudiée et des entretiens	20
2. Résultats des entretiens	22
A. D'un pouvoir maternel chez un enfant.....	22
B. Sur un vaccin différent.....	34
C. Vers une décision de jeune adulte.....	40
3. Modèle explicatif	45
DISCUSSION.....	46
CONCLUSION.....	53
REFERENCES.....	55
ANNEXES.....	59
Annexe 1, Trame d'entretien	59

INTRODUCTION

Les virus "HPV"

Les papillomavirus humains (HPV) sont une grande famille d'une centaine de virus de petite taille très résistants aux conditions environnementales. Les HPV sont cutanés et muqueux, très contagieux et responsables de nombreuses lésions bénignes ou malignes. L'HPV 16 est de loin le plus retrouvé dans les lésions malignes, suivi par l'HPV 18 [1-4].

Le processus carcinogène des HPV est maintenant bien connu. A la suite d'un contact avec un environnement ou une muqueuse contaminée, l'HPV entre dans les cellules basales d'une muqueuse, se servant de la machinerie cellulaire pour créer des virions infectants lors de la différenciation de la muqueuse et les relarguer avec la desquamation des cellules apicales [5]. Le virus ne passant pas la barrière épidermique, ce processus est peu immunogène, et la clairance virale est longue, de quelques mois à années par type d'HPV. Environ 10% des infections ne seront pas éliminées et un dérèglement des processus anti-oncogènes débutera, notamment l'inactivation du gène suppresseur de tumeur p16Ink4a, conduisant à sa surexpression, signant l'implication de l'HPV dans l'apparition d'une lésion maligne [6-10].

Transmission

La transmission des HPV oncogènes se fait principalement par le contact de muqueuse à muqueuse, le préservatif permet une protection relative, estimée à 70% par rapport pénétratif. La multiplication des actes fait statistiquement baisser ce chiffre malgré son utilisation et ne prend pas en compte les préliminaires et autres rapports excluant la pénétration, où le préservatif est souvent absent. L'auto-inoculation d'un site à un autre est aussi possible. L'évolution des pratiques sexuelles avec la multiplication des partenaires fait de l'HPV l'infection sexuellement transmissible ayant l'incidence la plus forte [10-12].

Morbidité

Le cancer du col de l'utérus est le quatrième cancer le plus fréquent chez les femmes dans le monde, notamment dans les pays à faible développement [12-13]. Il est également la quatrième cause la plus fréquente de décès par cancer chez les femmes dans le monde. Les HPV sont connus depuis plusieurs décennies pour être responsables de plus de 95% de ces cancers [14]. Plus récemment il a été montré que les HPV sont responsables de plus de 80% des cancers anaux, 30% des cancers des voies aériennes supérieures, 40% des cancers vulvaires, 74% des cancers vaginaux, et

50% des cancers péniens [15-20]. Les HPV, notamment le HPV6 et 11, sont aussi responsables des condylomes ano-génitaux, une forme de verrue génitale bénigne mais fréquente [21].

Les cancers à HPV sont en nette progression, avec un gradient nord-sud, en défaveur des pays en voie de développement [22-25]. De cette infection chronique découleraient 630 000 nouveaux cancers par an dans le monde, 9% des cancers de la femme, et 1% des cancers de l'homme. [26-27]. En France cela représente 6000 nouveaux cancers par an, 3/4 pour les femmes et 1/4 pour les hommes, ainsi que 23 000 frottis avec une cytologie anormale nécessitant une colposcopie et 50 000 condylomes diagnostiqués pour chaque sexe. L'HPV charrie un lourd tribut, dont la plus grande partie est portée par les femmes en ce qui concerne les cancers.

Les condylomes sont, quant à eux, distribués équitablement entre les deux sexes. Bénins, ils sont néanmoins longs et douloureux à traiter (laser, azote, etc) et récidivants. Il existe des conséquences psychologiques, sociales et relationnelles à cause de ces lésions stigmatisantes, qui peuvent être très mal vécues à un âge de découverte de sa sexualité et où le regard des autres compte beaucoup [28-29].

Les processus carcinogènes prennent entre 10 et 30 ans après la contamination, qui a lieu généralement dans les premières années suivant le début de la sexualité. Ces cancers apparaissent donc sur des patients relativement jeunes et sont plus précoces que ceux non liés aux HPV du même site anatomique. L'âge moyen d'apparition en France est de 56 ans pour les cancers du col utérin, 62 ans pour les cancers anaux, 61 ans pour les cancers vaginaux, 63 ans pour les cancers vulvaires, 59 ans pour les cancers ORL. C'est entre 5 et 10 ans de moins que pour ceux non liés aux HPV pour un même site anatomique. A noter que ces cancers sont de meilleur pronostic par rapport aux non-HPV de même site [9-10, 24, 30-31].

Les nouvelles pistes de recherche s'intéressent à l'impact des HPV sur la prostate, les testicules, les voies urothéliales, ainsi qu'à l'impact sur la fertilité et le déroulement des grossesses. Des études de plus grande ampleur devront confirmer les premières hypothèses [32-36].

Vaccination : intérêt et polémiques

Le cancer du col utérin est le seul des cancers HPV-induit qui bénéficie d'un programme de dépistage en France et dans d'autres pays industrialisés, permettant de réduire la morbi-mortalité de ces lésions. Le vaccin est la seule protection pour les autres cancers HPV-induit et pour les pays en voie de développement [10, 37-38].

La vaccination a d'abord prouvé son efficacité dans la prévention de la survenue de lésions précancéreuses du col utérin et parallèlement son innocuité [39-41]. Le Gardasil^o puis le Cervarix^o obtiennent une AMM en 2006 et 2007,

respectivement. Ils sont recommandés à partir de 2007 et apparaissent sur le calendrier vaccinal, uniquement pour les filles, comme vaccin non obligatoire. Le Cervarix° protège contre les HPV 16 et 18, le Gardasil° contre les HPV 6, 11, 16 et 18. Son évolution, le Gardasil 9°, le protège lui, contre les HPV 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 et 58.

En 2013, une polémique surgit en France après l'apparition d'une SEP chez une jeune fille précédemment vaccinée. Cette information trouve un fort écho dans les médias et le public [42]. D'autres polémiques émergent, des syndromes douloureux complexes au Japon en 2013, des STOP (syndrome de tachycardie orthostatique posturale) au Danemark en 2015 notamment. La couverture vaccinale était progressivement montée jusqu'à 25% pour le schéma complet chez les jeunes filles de 16 ans en 2011. En 2015, à la suite des polémiques, elle chute à 13% [43].

Des études de grande puissance (2 millions de jeunes filles en France, 10 millions de doses dans le monde) ont permis d'écarter un lien de cause à effet entre le vaccin et l'apparition d'une maladie auto-immune [44-47]. Malgré ces données rassurantes pour les médecins et les patients, un recul de 15 ans et 300 millions de doses, ces polémiques ont profondément émaillé la confiance du public et la réputation de ces vaccins reste entachée, dans un climat général de réticence envers les vaccins et les différentes politiques de santé publique [48]. La couverture vaccinale n'a repris ses niveaux d'avant polémique, qu'en 2018 pour un schéma complet à 16 ans. Depuis le passage à 2 doses au lieu de 3 avant l'âge de 15 ans, la couverture vaccinale augmente à 37% en 2021. A noter, de fortes disparités persistent entre les régions en 2018, les DOM étant très peu vaccinés (8% pour la Réunion à 14% pour la Guyane) [13, 49-50].

Évolution des politiques vaccinales

D'autres pays ont mis en place des politiques de vaccination différentes, principalement des pays développés, aggravant encore le gradient avec les pays en voie de développement. Par exemple, l'Australie a réalisé un programme de vaccination scolaire pour les filles dès 2007, puis pour filles et garçons à partir de 2013. Cela lui a permis de vacciner au moins une fois 80% des jeunes filles de 15 ans. L'incidence des frottis à lésions précancéreuses de haut grade a baissé de 50%, celle des condylomes de 90 à 95%, prouvant que l'immunité de groupe est possible dans la lutte contre ces lésions. L'Australie espère pouvoir éradiquer le CCU d'ici 2034. Depuis, de nombreux pays ont aussi instauré une vaccination mixte, principalement en milieu scolaire [13, 51-52].

Le vaccin Gardasil a prouvé depuis son efficacité dans la prévention des cancers anaux, et des condylomes [53-55]. La vaccination diminue le portage viral dans la zone oropharyngée, mais il reste à démontrer son efficacité dans les cancers

ORL et autres cancers de la zone périnéale. L'évolution de l'infection en cancer sur 10 à 30 ans ralentit le rythme d'études de grande puissance [56].

Afin d'augmenter la couverture vaccinale plusieurs évolutions de la politique vaccinale ont eu lieu en France. La vaccination est d'abord proposée aux jeunes filles à partir de 14 ans en 2007, puis l'âge a été abaissé à 11 ans en 2012 pour coïncider avec le rappel DTPCa des 11 ans. En 2014, l'indication est étendue aux patients immunodéprimés, filles et garçons à partir de 9 ans, du fait d'une carcinogenèse des HPV augmentée, notamment les co-infectés HPV-VIH [38, 57-60]. Pour cette dernière raison, en 2016, le vaccin est ouvert aux HSH (hommes ayant des relations avec les hommes) de 9 à 26 ans révolus.

En décembre 2019, le Gardasil 9° est enfin recommandé à tous les français à partir de 11 ans. Le remboursement chez le garçon (115,84€ par injection) n'arrivera qu'à partir de décembre 2020. En vaccinant les jeunes garçons ils sont directement protégés des pathologies liées à l'HPV et la couverture vaccinale devrait augmenter et participer à l'immunité de groupe, réduisant l'incidence des HPV oncogènes, protégeant aussi ceux qui n'ont pas été vaccinés [61-65].

Rôle du généraliste

La place du médecin généraliste est primordiale pour la vaccination en général, et notamment pour ce vaccin chez le garçon. Il est recommandé de 11 à 19 ans révolus, âges auxquels les enfants ne sont alors généralement plus suivis par leur pédiatre. Les filles peuvent avoir recours à des gynécologues ou des sage-femmes qui proposeraient ce vaccin. Mais pour les garçons, le médecin généraliste est le principal voir le seul intervenant pouvant proposer cette vaccination.

Pourtant la faible couverture vaccinale indique que ce vaccin est loin d'être systématique. Les notions sur la dangerosité des HPV et leurs liens avec les cancers du col de l'utérus chez la femme sont maintenant répandus dans la population. Bien moins en ce qui concerne le garçon. Des études ont montré que les freins principaux sont le manque de connaissances sur les HPV, sur leurs conséquences et sur la vaccination. Le garçon ne serait qu'un sujet asymptomatique, tout au plus un vecteur de transmission exempt de toute conséquence. La possibilité et la recommandation du vaccin sont souvent inconnues des parents [66-67].

Choix de vacciner ?

Les maladies dues aux HPV sont principalement féminines, les risques des garçons sont flous, le virus est peu connu, jugé invisible et silencieux. Ce vaccin est en lien avec une sexualité future et souvent souhaitée lointaine par les parents, à un âge différent des autres vaccins de l'enfant. Ces différences provoquent des questionnements nouveaux chez les parents de ces garçons, notamment dans la prise de décision de vacciner [67]. La sexualité fait partie des choix propres de l'adolescent,

sous couvert de conseil et d'éducation parentale. Quelle est la place d'un vaccin en rapport avec la sexualité ?

Du fait de la minorité des garçons à la réalisation de ce vaccin, le rôle parental dans la prise de décision est primordial. Mais quelle place est laissée aux choix des garçons dans cette décision ? Quels sont les tenants et les aboutissants du choix vaccinal ? Comment se prend la décision de faire ce vaccin ? Qui décide finalement ?

L'objectif principal de notre étude était d'explorer la prise de décision vaccinale anti-HPV chez des parents de garçons de 9 à 17 ans.

Nos objectifs secondaires étaient d'explorer les représentations et connaissances des parents autour des pathologies liées à HPV et de la vaccination, d'identifier des facteurs favorisant ou freinant cette vaccination, et de préciser la place du médecin traitant et des autres sources d'information.

MÉTHODE

1. Type d'étude

Une enquête qualitative par entretiens semi dirigés a été réalisée entre mars et juin 2022 auprès de parents ayant au moins un garçon âgé de 9 à 17 ans inclus.

Les entretiens semi-dirigés en face-à-face permettent un échange entre investigateur et interviewé sur la base de questions ouvertes mais dans lequel l'investigateur utilise une trame d'entretien, une grille préétablie de questions ouvertes reprenant la liste des thèmes à aborder. Pour chaque thème, des sous-questions peuvent être utilisées pour relancer l'entretien et amener les points importants si l'enquêté ne les aborde pas spontanément [68].

2. Population

I. Sélection de la population

Les critères d'inclusion étaient : être volontaire pour participer à l'étude, être parent d'au moins un garçon âgé de 9 à 17 ans.

Une stratégie d'échantillonnage en variation maximale a été utilisée pour la sélection des participants, le but étant d'avoir une diversité de l'échantillon sur : l'âge, le sexe, la profession des parents, la composition familiale, le nombre d'enfants, l'âge des enfants, la présence de fille dans la fratrie, et le statut vaccinal anti-HPV des enfants.

La taille de l'échantillon n'était pas définie au préalable mais soumise au principe de suffisance des données évaluées par l'absence de nouvelle notion exploitable pendant l'analyse des entretiens.

II. Mode de recrutement

Les patients ont été recrutés par le biais de médecins généralistes, d'internes en médecine générale, d'une secrétaire médicale et de l'investigateur. Issu de la patientèle de 4 praticiens différents, exerçant dans la même maison de santé pluridisciplinaire. Les patients ont été contactés soit par téléphone soit à l'issue d'une consultation par l'investigateur. Le sujet de l'étude, les modalités de l'entretien et l'anonymisation leur ont été expliqués.

Une lettre de consentement a été signée par tous les participants. L'investigateur les a également informés qu'ils pouvaient se retirer de l'étude à tout moment. Après consultation du pôle de direction de la recherche du CHU de Tours, l'étude était classée hors loi Jardé et la déclaration à la CNIL n'était pas nécessaire.

3. Recueil des données

I. Trame d'entretien

La trame d'entretien (Annexe 1) a été élaborée à partir des données de la littérature et adaptée au fil des entretiens. Elle comportait 6 groupes de questions ouvertes explorant les thèmes principaux suivants : l'opinion sur les vaccins en général et sur la vaccination anti-HPV (spécifiquement par le Gardasil 9, seul vaccin avec l'AMM pour les garçons), les connaissances générales sur les HPV, les pathologies générées par l'HPV chez la femme et chez l'homme, les polémiques sur le vaccin anti-HPV, les vecteurs d'informations, le détenteur du pouvoir décisionnel dans la famille.

Lors de l'entretien le déroulement de la trame était ajusté en fonction des réponses des participants pour laisser libre court à la pensée et à l'élaboration d'éléments de l'interviewé. Des relances pouvaient ensuite rattraper la trame si un sujet n'avait pas été abordé. Le thème général de la question était abordé mais souvent dans un style plus libre que celui présenté dans l'annexe, afin de coller à une discussion entre l'investigateur et l'interviewé plutôt qu'à un interrogatoire.

La trame a été adaptée au fil des entretiens, afin d'explorer de nouveaux points jugés pertinents par l'investigateur, qui étaient ressortis de l'analyse des entretiens précédents. L'annexe 1 en est le modèle final.

II. Mode d'entretien

Après accord oral donné à l'investigateur par téléphone ou à l'issue d'une consultation, un rendez-vous d'environ une heure était proposé aux participants. Les lieux possibles étaient au cabinet médical de leur médecin traitant, à leur domicile, sur leur lieu de travail, par téléphone ou en visioconférence. L'entretien se déroulait en présence d'un ou des deux parents, mais sans les enfants.

III. Retranscription

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide du dictaphone d'un smartphone . Ils ont été retranscrits et anonymisés en intégralité, créant le verbatim. Les enregistrements ont ensuite été supprimés.

4. Analyse des données

Le verbatim a été codé sur Word® par le biais d'annotations. Un codage axial du verbatim a été réalisé puis une analyse thématique des données dans une approche interprétative phénoménologique. Les entretiens ont été analysés par l'investigateur, et par la directrice de thèse pour une partie. Il n'y a pas eu de triangulation de l'analyse. Un modèle explicatif en est proposé.

RÉSULTATS

1. Description de la population étudiée et des entretiens.

Douze entretiens ont été réalisés dont 3 en présence des deux parents, 7 à domicile, et 5 au cabinet de leur médecin traitant, aucun entretien n'a été réalisé par téléphone ou en visioconférence. La durée moyenne des entretiens était de 22 minutes (12 min à 38 min). La population étudiée était constituée de 15 parents d'enfants résidant en Indre et Loire. Il y avait 12 femmes et 3 hommes, âgés de 37 à 51 ans. Leurs professions étaient diversifiées (ainsi qu'un participant sans emploi). Ils étaient parents de 1 à 4 enfants âgés de 4 à 29 ans, représentant 32 enfants au total. Il y avait 21 garçons, de 10 à 27 ans, 10 vaccinés contre l'HPV et 11 non vaccinés dont 4 du fait d'un âge hors de l'indication. Il y avait 11 filles de 4 à 29 ans, 5 vaccinées contre l'HPV, pour 6 non vaccinées, dont 3 du fait d'un âge inférieur à l'indication.

Les caractéristiques de la population étudiée et des entretiens figurent dans le tableau 1.

<u>Caractéristiques des entretiens</u>	<u>N°</u>	<u>Âge</u>	<u>Travail</u>	<u>Statut Marital</u>	<u>Nombre d'enfant (et dans le FR)</u>	<u>Âge des garçons et vaccination</u>	<u>Âge des filles et vaccination</u>
Entretien 1, domicile, 12 min	M1	42	Auxiliaire de puériculture hospitalière	Mariée	2	13, oui 10, non	-
Entretien 2, maison de santé, 18 min	M2	42	Responsable RH SNCF	Divorcée, famille recomposée	3 (5)	15, oui	12, oui 4, non
Entretien 3, maison de santé, 19 min	M3	42	Agent de recouvrement, CAF	Mariée	2	13, non 10, non	-
Entretien 4, domicile, 26 min	M4	51	Aide soignante en EHPAD	Divorcée, célibataire	2	15, oui	20, non
Entretien 5, domicile, 24 min	M5	47	Secrétaire médicale, clinique	Mariés	2	17, oui 13, oui	-
	P5	48	Responsable magasin				
Entretien 6, maison de santé 35 min	M6	48	Infirmière libérale	Divorcée, famille recomposée	4	14, oui	23, non 22, non 12, oui
Entretien 7, maison de santé, 32 min	M7	45	Chômage	Mariée	2	12, oui	14, oui
Entretien 8, domicile, 38 min	M8	48	Gestionnaire de flotte automobile	Divorcée Concubinage	4 (de 2 pères)	12, oui	29, oui 27, oui 10, non
Entretien 9, maison de santé, 24 min	M9	51	Auxiliaire de vie à domicile	Mariée	3	27, non 23, non 16, non	-
Entretien 10, domicile, 16 min	M10	37	Assistante RH	Mariée	2	14, non	10, non
Entretien 11, domicile 26 min	M11	43	Professeur d'Espagnol au collège	Mariés	3	14, oui 12, oui 10, non	-
	P11	46	Assureur				
Entretien 12, domicile 34 min	M12	42	Assistante RH, privé	Mariés	3	17, non 16, non 13, non	-
	P12	45	Régleur machine industrielle				

Tableau 1: Caractéristiques de la population interrogée. (M : Mère, P : Père, RH ressources humaines, FR famille recomposée)

2. Résultats des entretiens

A. D'un pouvoir maternel chez un enfant

a. Père facultatif, écarté ou non concerné

Les entretiens révélèrent une certaine mainmise des mères sur la vaccination de leurs enfants, qui pouvait s'expliquer par plusieurs mécanismes. D'une part par le fait qu'elles gardaient ce rôle traditionnel de gérer en grande partie la santé de leurs enfants, de les emmener en consultation chez le médecin en cas de maladie ou pour le suivi systématique avec surveillance et conseils sur la vaccination. Elles souhaitaient garder ce rôle et le père avait confiance en la mère.

"Oh bah mon mari il me fait confiance les yeux fermés." M7

"C'est plus moi qui les emmène chez le médecin." M11

Le père pouvait aussi se désintéresser de la gestion des vaccinations de ses enfants ou juger que c'était uniquement le rôle de la mère. Dans ce cas, les mères connaissaient leur désintérêt pour ce rôle et ne les tenaient pas au courant des vaccins effectués.

"Mon mari il suit ce que je lui dis donc (rire). Pour la vaccination, là mon mari, n'était pas spécialement au courant qu'on allait le faire." M1

Aviez-vous parlé avec le père ?

"Oui oui je lui en avais informé. Il est très d'accord. Oui j'ai des papas qui sont pas très impliqués dans les vaccins. Pour les derniers, je lui en ai même pas encore parlé." M8

Il pouvait aussi exister un partage de façade du pouvoir décisionnel, mais les mères étaient conscientes que ce rôle leur incombait réellement.

Dans le couple, qui décide pour les vaccins.

"Mme : Euh..... ouais..... (regardant son mari).... À deux.

(Plus tard dans l'entretien)

Mme : Oui bah euh, ouais nan, enfin généralement c'est moi et quand je le suis pas bah tu le suis pas mais.....

Mr : Non (acquiesce à "non je le suis pas")." M12, P12

"C'était une évidence. Pour moi. Enfin pour nous deux c'était une évidence de les faire vacciner." M9

"Voilà, il est comme moi, il pense comme moi." M7

"Enfin j'aurai tout fait pour qu'il dise que j'ai raison." M8

Concernant le vaccin anti HPV, la différence semblait encore plus marquée. Les connaissances des mères sur les HPV n'étaient pas parfaites. Celles des quelques pères interrogés étaient très maigres, confuses ou erronées. Ils ne répondaient pas aux questions portant sur les notions relatives à ces virus, semblaient étonnés des connaissances des mères, ou répondaient à côté.

“Mr : Olala, ouais, oui j'ai le cas d'une assurée qui l'a chopé à l'hôpital.

Mme : Attends le papillomavirus ? Tu es sur ?

Mr : Ouais, voilà j'ai des connaissances un peu plus limitées que toi, je suis étonné. Non par une assurée, qui l'a eu après un accident avec un bus et puis elle l'a chopé, je sais pas comment mais je savais pas que c'était sexuellement transmissible.

(Plus tard dans l'entretien)

Mr : Ah non je me trompais, Staphylocoque... Nan c'était pas le papillomavirus. Voilà (rire.)” M11, P11

“Ça fait partie des vaccins obligatoires.” P11

Les HPV, touchant plus les femmes, ont d'abord été présentées comme une infection exclusivement féminine, et le vaccin a été pendant 13 ans ouvert en France aux jeunes filles, à l'exception de quelques cas. Les mères étaient donc plus informées. Il semblait que leurs intérêts et leurs connaissances autour de ces pathologies risquaient d'accroître la différence dans la prise de décision autour de ce vaccin particulier.

b. Rôle délégué au médecin

Le pouvoir décisionnel sur les vaccins pouvait aussi être confié au médecin traitant. C'est habituel pour les vaccins classiques, cela pouvait aussi concerner le vaccin contre l'HPV. La responsabilité du médecin, en qui ils avaient une grande confiance, était de proposer les vaccins et de les adapter au risque de chaque enfant. Le parent se déchargeait de cette tâche. Des parents ignoraient quels vaccins avaient été faits à leurs enfants, jugeant le médecin seul compétent pour décider.

“Ça a toujours été bien suivi (par le médecin).” M3

“Bah c'est le médecin traitant qui vérifie et qui nous dit à chaque fois si on est dans les temps ou pas, qui vérifie le carnet vaccinal et qui propose des vaccins aussi qui ne sont pas obligatoires.” M11

“et euh je sais pas pour les enfants, je pense que tout a été fait même ça à mon avis.” M3

“On nous l'a dit et puis on a fait quoi.” M12

Sans que la décision vaccinale ne soit totalement transmise au médecin, le rôle de ce dernier restait important dans les conseils, l'information et les relances nécessaires à la vaccination.

“Parce que mon médecin m'en a parlé. Du coup comme je l'avais pas fait au début tout de suite quand elle m'en avait parlé et elle m'en a reparlé la fois d'après (rire), alors je me suis dit "bon peut être que là si elle m'en reparle c'est qu'il faut le faire.” M1

“Oui c'était elle (le médecin traitant) au départ qui a été à l'initiative, qui a été la source de l'information.”
M2

“Je pense qu'elle aurait pas lancer le sujet, peut-être que je l'aurais jamais fait en fait. C'est juste qu'elle a pris du temps à m'expliquer en quoi ça consistait, les bénéfices.” M7

c. Santé et vaccination gérés par la mère sur un enfant

Le vaccin, lorsqu'il était réalisé tôt, était jugé équivalent à un vaccin habituel de l'enfant, tel que le rappel DTPCa des 11 ans. Cette représentation était partagée par les parents et l'enfant. Le parent avait le contrôle sur la décision vaccinale. A cet âge, le vaccin était détaché de son lien avec une pathologie sexuelle.

“Sachant que c'est encore un âge où on contrôle tout bien en tant que parent donc oui je trouve ça bien.” M11

“Et ils l'ont vécu de façon normale, pour eux c'était un vaccin de plus, parfois trop d'info ça fait douter.” P11

“Mme : Et bien moi je trouve ça très bien parce que justement les enfants ne sont pas encore concernés en général, pas la pratique sexuelle, ni forcément intéressés (...) Euh et puis ils le font et puis ils oublient et voilà ils vivent leur vie.

Mr : Et ils passent à autre chose.” M12, P12

“Bah je savais que, je me suis dit qu'il était peut-être un peu jeune du coup. Mais en fait non c'est le bon âge.”
M10

L'enfant était vacciné ou le serait, sans comprendre contre quoi on le protégeait. Il était trop jeune, trop immature pour comprendre ou se projeter dans son futur. Il était jugé incapable de prendre une décision éclairée. Si des explications étaient données par les parents, ces derniers considéraient que l'enfant s'en désintéressait. De cette posture d'enfant découlait le suivi de la décision maternelle.

“Bah quand je lui en ai parlé il m'a simplement dit "si tu veux".” M8

“Là je vais le faire pour mon fils, parce que maintenant c'est aussi pour les garçons. J'ai commencé à en parler parce qu'il comprend pas, il comprend pas pourquoi on peut attraper des maladies.” M8

“Non, à 12 ans, ils sont pas conscients de ce qui peut se passer dans l'avenir, dans quoi que ce soit (...) et puis bon je pense pas qu'il aura un avis tranché sur le sujet.” M7

“Mais après c'est vrai qu'il se rend pas compte, c'est que ça le concerne indirectement.” M10

Les garçons étaient aussi jugés moins capables de prendre une décision sur ce vaccin, à cause d'un retard de maturité, comparativement aux filles du même âge.

“Il comprend, mais pour lui c'est pas réel. Dans sa tête c'est un garçon, il a encore... Alors je veux pas dire que tous les garçons sont en retard (rire) mais pour lui c'est pas du tout réel.” M8

“Même si les garçons c'est plutôt l'âge bête à 14 ans, ça fait sourire un peu.” M6

En cas de refus de la vaccination par l'enfant, les mères pouvaient imposer leur décision vaccinale contre l'avis de leur garçon. Les arguments mis en avant pour expliquer cette décision étaient encore le jeune âge, l'immaturité, et l'impossibilité de se projeter de leur enfant.

Vous iriez contre sa décision ?

“Je pense pas, je pense qu'il sera d'accord, enfin ouais s'il était vraiment contre je pense que je le ferais quand même.” M10

“Mais si derrière on trouve que leur avis est complètement hallucinant, on reste les parents et on tranchera pour eux.” M12

“Bah je l'aurais forcé, mais c'est pas top quoi.” M8

“Non, non moi ils ont pas le choix. Non, à 12 ans, ils sont pas conscients de ce qui peut se passer dans l'avenir, dans quoi que ce soit. Non si j'estime que c'est bien pour eux on le fait. (...) Ouais c'était ma décision.” M7

De manière générale, le vaccin était facilement accepté par les enfants du fait de la confiance qu'ils avaient en la décision de leurs parents. Cela traduisait aussi le désintéressement pour leur santé à cet âge, ainsi que leur statut d'enfant sous contrôle parental.

“De toute façon, ils nous font tellement confiance, qu'ils n'auraient pas imaginé qu'on leur propose quelque chose qui ne soit pas pour leur bien.” M12

“L'âge aussi fait que tu as confiance en tes parents.” P11

“Il m'a dit "bah tu veux que je le fasse, je vais le faire".” M8

d. Basé sur les connaissances des HPV

Pour prendre la décision vaccinale, les mères se basaient sur leurs connaissances des HPV et de leurs pathologies associées. Le cancer du col de l'utérus est connu et ancien, mais les connaissances sur les HPV sont plus récentes, plus floues. De plus, l'infection leur semblait silencieuse, cachée et donc méconnue.

“C'était pas de ma génération à moi, des amis de ma génération c'est pas une maladie, le col, voilà, le cancer oui, mais pourquoi. C'est plus maintenant avec mes enfants, que je sais qu'il y a ça, que ça existe en fait parce que ma génération avant on en parlait pas de ça, ça n'existait pas.” M7

“Après oui on sait pas d'où ça sort, clairement, on en entendait pas parler nous à notre époque de ça.” M12

“Après je sais pas comment elle se caractérise. Et ni même si nous on peut s'en apercevoir. Y'a des infections qui passent comme ça. C'est tout, j'en sais pas plus en fait.” M8

“Nan après c'est vrai qu'il n'y a pas de symptômes particuliers, il n'y a pas de... Me semble t'il. Ça ne se détecte pas, enfin on peut avoir le papillomavirus, sans s'en rendre compte.” M11

Cette association entre une infection sexuellement transmissible et un cancer était source d'incompréhension. Le tabou et le manque de connaissance autour des infections sexuellement transmissibles étaient aussi source de confusion.

“Euh j'ai entendu "c'est ton mari qui te l'a refilé, et il t'a trompé, c'est comme une MST" et j'en passe et des meilleurs. Je me suis pas formalisé, bon j'ai dit : "non, non" enfin je vois pas une MST, donner à la fin un cancer ça n'a rien à voir.” M12

“Nan, après j'ai une amie qui a eu de l'herpès vaginal je sais pas si c'est lié à ça.” M7

Malgré tout, les mères connaissaient le lien entre les infections à HPV chez la femme et quelques pathologies, principalement le cancer du col de l'utérus. Elles avaient la notion de l'âge précoce des lésions et d'un risque sur la procréation.

“Cancer de l'utérus, essentiellement chez la femme.” M1

“Oui c'est pour le cancer des cols de l'utérus, chez les jeunes filles.” M4

“Et bien c'est une maladie qui est sexuellement transmissible, qui peut à terme provoquer un cancer du col de l'utérus chez la femme.” M11

“Je pense qu'il doit y avoir des risques de stérilité de toute façon, si l'infection est trop importante c'est ça le souci.” M6

“Au départ, moi dans mon esprit c'était beaucoup pour les filles pour les protéger du cancer du col de l'utérus ou du vagin ou les choses comme ça.” M2

Les mères interrogées reconnaissaient vite leurs limites. Les connaissances autour du lien avec les HPV, des autres pathologies associées ou parfois de la protection par le vaccin, étaient maigres.

“Le papillomavirus c'est un germe nan, qui est au niveau des voies utérines, et qui après entraîne un cancer ou peut-être d'autres maladies, je ne sais pas.” M1

“Bah c'est pour éviter les cancers du col de l'utérus. Après j'en sais pas plus. Je sais pas si il y a d'autre chose ou si c'est vraiment que pour ça.” M10

Quelle pathologie ça peut engendrer, vous m'avez dit cancer du col de l'utérus, d'autres idées ?

“Mme : Pas du tout.”

Comment s'en protéger ?

“Mme : Bah je sais pas

Mr : Bah on sait pas d'où ça vient..

Mme : Clairement on sait pas.” M12, P12

“Et c'est vrai que pour moi le col de l'utérus et puis point. Ça n'allait pas plus loin.” M2

Le garçon était principalement vu comme un vecteur, un hôte asymptomatique, un porteur sain, dont le seul risque potentiel était de transmettre un HPV à ses futures partenaires. Ce vecteur pouvait être vacciné pour protéger les jeunes filles ou exempté vu qu'il n'avait pas de risque propre.

“Et je sais que ça peut aussi être transmis par les garçons, c'est pour ça justement qu'on préconise de les faire vacciner eux, pour que justement ils ne transmettent pas la maladie. Mais eux, de ce que je sais, je dis peut-être des bêtises (rire), mais de ce que je sais, je pense que eux ils n'attrapent rien.” M3

“Toi si tu as une copine, c'est ta copine qui peut (avoir des conséquences) et toi tu peux être responsable, porteur et de l'avoir transmis.” M6

“Surtout qu'ils peuvent être porteurs sains, mais ils peuvent le redonner à leurs partenaires sexuelles tout simplement.” M2

“Parce qu'il y a pas d'incidence chez les garçons en fait, ça passe, on peut l'avoir, le virus, mais ça provoque rien chez le garçon, c'est plus que c'est transmissible.” M7

Néanmoins parmi les mères interviewées, certaines savaient que les garçons pouvaient avoir des conséquences, avec parfois quelques connaissances sur les pathologies associées. Ces connaissances étaient décrites comme récentes.

“Et en fait on le sait pas. On sait pas, le papillomavirus on sait pour les filles, bah voilà c'est la charnière, mais pas pour les garçons. En fin de compte je savais pas.” M9

“Et y'avait pour les hommes visiblement c'était plus les oropharyngés, ou il y en avait un autre, de l'anus.” M2

“Qu'ils pouvaient avoir des manifestations cutanées et tout et tout. Pour les garçons je crois que c'est un peu comme des verrues.” M6

e. Opinions sur le vaccin anti HPV

La décision vaccinale des mères dépendait aussi de leur opinion sur le vaccin contre les HPV. On trouvait dans leurs réponses que ce vaccin était, et restait, avant tout féminin.

“Moi non surtout pas, c'est pour les filles, c'est pas pour les gars.” M7

“Dans ma tête c'était uniquement les filles.” M11

“C'est fortement recommandé, enfin on recommande plus fortement aux filles.” M6

Ce vaccin recueillait beaucoup d'opinions favorables concernant les filles. Il apportait une protection supplémentaire bienvenue.

Vous saviez que c'était disponible pour les filles, qu'en pensez-vous pour les filles ?

"C'est très bien, c'est très bien, oui oui oui (...) oui qu'on puisse le proposer, ah oui oui moi je trouve que c'est très bien." M9

"C'est une chance formidable, on va pas toutes être atteintes de ça et c'est tant mieux, mais si ça peut limiter c'est quand même bien." M2

"Donc voilà, si c'est pour que ma fille, n'attrape pas de cancer où quoique ce soit je suis pour les vaccins." M7

Ce vaccin était même intégré dans le schéma vaccinal personnel de certaines mères concernant leurs filles. Il pouvait devenir systématique malgré son caractère non-obligatoire et être considéré comme un vaccin comme un autre.

"Ma fille a été vaccinée à 11 ans et demi un truc comme ça, 12 ans. Donc elle a été vaccinée." M7

"Ça fait partie maintenant de la logique de la vaccination. A partir de tel âge on peut et il faut faire. Même si il n'est pas obligatoire. Protéger des cancers c'est quand même pas rien." M2

"Voilà notre grand a justement une petite copine et elle, elle s'est fait vacciner il y a 4 ans, donc faut croire que pour les filles c'est récurrent." M12

"Ma dernière fille M, y aura le droit aussi (rire) y'a pas de sujet." M2

L'ouverture aux garçons étant récente, cette information était moins retrouvée et le caractère récent de l'information était mis en avant.

"C'est là que j'ai commencé à me renseigner aussi côté garçon du coup, parce que j'étais plus focalisé côté fille. Je pensais pas que ça pouvait protéger aussi les jeunes hommes." M2

"Et celui ci on nous a jamais dit qu'il fallait le faire aux garçons." M5

"Effectivement bah ça peut protéger les garçons d'autre chose pour plus tard en fonction de ce qu'ils décideront." M4

"C'est vrai que pas forcément grand-chose, je sais que enfin, déjà je pensais même pas que les garçons pouvaient se faire vacciner. Ça fait pas si longtemps que je le sais." M10

Les polémiques en France qui avaient émaillé la confiance dans ce vaccin étaient encore présentes dans l'imaginaire collectif. Il existait encore une crainte de la sclérose en plaque, et la faible couverture vaccinale serait une preuve de sa dangerosité. Cette défiance a conduit, durant ces polémiques, à la non-vaccination de filles de mères interrogées.

"C'est pareil je sais pas si c'est vrai ou pas, mais ma copine, qui est justement contre, elle me disait qu'il y avait pleins d'effets secondaires, sur les jeunes filles après le vaccin, elle me disait sclérose en plaque. (...) Mais elle m'avait dit que c'était ça avec le Gardasil ? C'est ça ? Sclérose en plaques et d'autres troubles, après je peux pas vous dire quoi, mais elle m'a dit que y'avait des effets secondaires, qui n'étaient pas terribles du tout." M3

“On avait entendu des polémiques, en disant, oui les jeunes femmes se faisaient vacciner elles étaient malades.” M4

“Est-ce que les deux jeunes décédées en Allemagne, et en Autriche avaient des problèmes de santé sous-jacents ?[...] Du coup je l'ai pas fait (le gardasil sur les aînées).” M6

“J'avais vu qu'il y avait un pourcentage très faible de vaccinés en France.(...)Donc voilà je me dis qu'on est peut-être nombreuses à savoir que le vaccin peut apporter des choses, négatives, des effets secondaires, vraiment pas terribles.” M3

Des professionnels de santé ont pu déconseiller, à l'époque des polémiques, le vaccin, dans l'attente de preuves tangibles de l'innocuité de ce vaccin.

“Elle (sa gynécologue) m'avait mis en garde, enfin vaut mieux attendre de voir comment ça évolue, parce que le vaccin était pas encore trop au point.” M6

Néanmoins ces polémiques étaient aussi remises en cause. Elles pouvaient aussi être inconnues des mères, les enfants n'étant pas en âge de se faire vacciner au moment de leur médiatisation

“Mais comme à un moment ça a été avec l'hépatite B, et la sclérose en plaque. Sans savoir si vraiment ça sera avéré ou pas.” M9

“Enfin qu'on entendait, oui des choses négatives, des risques, je sais plus trop lesquels. Ah si des scléroses en plaque. Voilà c'était ça, c'était ça l'histoire. Euh alors qu'en fait il n'y a pas de lien de cause à effet. C'est juste l'âge auquel se déclare la sclérose en plaque, en général correspondait. Donc voilà, une bêtise quoi.” M11

Aviez-vous entendu des polémiques ou choses négatives sur ce vaccin ?

“Mme : Non

Mr : Nan.” M12, P12

La décision vaccinale dépendait de la somme de ces connaissances et opinions. La crainte des effets secondaires du vaccin et le manque de connaissances sur la protection apportée pouvaient freiner cette décision. La protection des partenaires n'était pas importante. C'était aux autres (aux filles ?) de se faire vacciner.

“Bah non ils ont pas à être protégés eux en fait, de ce que je sais, peut-être que je me trompe, mais moi de ce que je sais, eux ne pourront pas être malades, pourront être vecteurs, et pourront peut-être transmettre la maladie à des filles, mais euh, je me dis c'est un vaccin, il fait que eux, ça ne changera rien à leur santé, à part peut-être, leur apporter quelque chose de négatif donc voilà, on fait vite la balance.” M3

“Mais là je pensais que le vaccin peut apporter des effets secondaires et que je peux faire vacciner mes enfants, alors que ils ne craignent rien. Donc j'ai pas envie de leur faire prendre ce risque d'avoir des effets secondaires. Pour un vaccin qui eux, à eux leur apportera pas du bien-être, peut-être que du négatif, après oui c'est pour les autres.” M2

“Bah j'ai regardé, j'ai tout de suite compris, bon je me suis dit "non pour eux, c'est pas une priorité”.” M3

Le principal frein restait le manque d'intérêt chez le garçon. Ce vaccin restait encore un vaccin féminin, contre des pathologies féminines. L'intérêt chez le garçon n'était pas évident pour les parents.

"E(garçon) pour moi était pas concerné du tout." M10

"Et puis il y a peu on m'a dit "mais euh, t'as fait vacciner tes enfants contre le papillomavirus". Bah je dis "bah non c'est des garçons". M11

"J'entendais beaucoup mes copines qui disaient "tiens je vais faire vacciner ma fille" "maintenant faut les faire vacciner avant ça, avant ça, avant ça". Moi je me disais "moi je suis tranquille, j'ai 3 garçons". M12

f. La présence de sœurs permet la vaccination des garçons

La présence de sœurs dans la fratrie était un facteur favorisant important de la vaccination. La plupart étaient vaccinées, sauf 3 dont une seule vraiment par choix. Les mères étaient plus concernées et convaincues par ce vaccin lorsqu'elles avaient vacciné les grandes ou petites sœurs. Le rendez-vous pour la vaccination des sœurs était d'ailleurs une bonne occasion d'aborder la vaccination des garçons de la fratrie. Ses sœurs pouvaient aussi être une source d'échange avec le garçon.

"Elle avait passé 11 ans, il y a avait un rappel de tétanos, et c'est là qu'elle m'en parlait, on a discuté ensemble effectivement, ça a recoupé tout ce que j'avais lu, et c'est elle qui m'a dit pour Y(fils) on peut aussi. "Ah d'accord" c'est là que j'ai commencé à me renseigner aussi côté garçon du coup." M2

Voyez si elle n'avait pas fait (le vaccin aux grandes sœurs) je pense pas que je l'aurais fait (à son garçon). M8

"Ma fille a été vaccinée à 11 ans et demi un truc comme ça, 12 ans. Donc elle a été vaccinée, euh et puis par la suite, nous nous sommes vus (elle et moi) pour mon fils. Vous m'avez relancé sur le sujet du vaccin pour les garçons." M7

"Surtout que C et L l'ont fait donc il se réfère beaucoup à ses sœurs. Mais sinon, je suis pas sûr qu'il l'aurait fait si il y avait pas ses sœurs." M8

Parallèlement, n'avoir que des garçons dans la fratrie empêchait de se sentir concerné par leur vaccination, même quand il existait des connaissances autour des HPV, ou même un antécédent personnel de pathologie à HPV. Cette famille de virus et pathologies était associée aux femmes.

"Donc voilà, si j'avais une fille, je serais vraiment plus sur le sujet." M3

"Quand moi je l'ai chopé je me suis dit "tiens si j'avais eu une fille, je l'aurais fait vacciner". M12

g. Sources d'information différentes

Les sources d'informations sur ce vaccin étaient aussi différentes de celles d'autres vaccins

- Par le biais des conséquences des infections à HPV, les frottis anormaux ou les cancers, personnellement ou dans l'entourage.

"On a vu que ça pouvait provoquer des cancers, parce que moi j'ai une collègue, qui a 53 ans. Et qui il y a 1 an elle s'est avérée avec un cancer, et si elle avait été vaccinée, soi-disant, elle aurait pu l'avoir (l'éviter). Je sais pas si c'est... Et là c'est pareil j'ai un autre collègue, qui a 51 ans, qui a la même chose, un homme qui vient d'apprendre qu'il a un cancer. Ganglion, ORL, voilà." M5

"Alors moi je sais que j'en ai chopé un, enceinte de mon dernier, lors d'une... Enfin d'un prélèvement, on m'a détecté un papillomavirus." M12

"On a un peu flippé sur le coup et puis en fait autour de moi, on était 2-3 copines qui au même moment on eu la même chose." M12

- En échangeant avec les parents d'enfant du même âge, qui pouvaient avoir des connaissances, avoir un avis sur le vaccin ou avoir fait ou refusé ce vaccin.

(à son amie) "oh toi aussi", elle me dit "ouais ouais j'ai été les faire vacciner tous même le dernier" je lui dis "même le garçon" elle me dit "oui il est vecteur". M3

"Et puis oui des amies qui ont fait vacciner." M12

"Euh j'ai déjà entendu au travail, on en discutait un peu entre collègues (...) Mes collègues m'ont dit qu'elles aussi, elles allaient aussi faire vacciner leurs enfants." M1

- Internet était un recours facile et fréquent.

"Bah j'avais été regarder sur internet." M3

"Après c'est en allant sur internet que j'ai vu qu'on pouvait le faire et qu'il y avait un âge, à faire avant." M5

"Nous ça va être aller piocher des infos. En fait, alors effectivement sur internet, pour euh, voilà, dans un truc médical ou du ministère de la santé." M9

Mais les informations trouvées sur ces médias étaient dépendantes de ce qui était recherché et des sites sur lesquels la recherche avait été menée. Elles pouvaient être négatives ou positives.

"Et donc du coup le soir j'avais été regardé un petit peu sur internet quoi, et j'avais pas vu que des choses positives d'ailleurs sur le vaccin." M3

"J'ai tapé "papillomavirus" j'ai tapé ça, voilà vaccination garçons et je suis tombé sur les premiers sites " M7

“Non. Non même sur internet alors peut-être que ce n'est que les positifs qui sont ressortis quand j'avais recherché. Au contraire que c'était assez engageant, c'était assez engageant et j'avais pas vu, j'étais tombé peut-être sur des pages dès le début, j'ai pas lu de choses négatives en fait.” M7

Les sources non médicales tels que les réseaux sociaux, et les médias, étaient traitées avec plus de circonspection.

“Ou alors, effectivement, on va pas faire, on va pas aller sur facebook pour aller chercher ça.” M9

“Mais c'est vrai que y'a les médias aussi qui donnent de mauvaises informations, ils remettent en cause un vaccin.” M6

Les cours d'éducation sexuelle constituaient aussi une source d'information, à condition que les parents s'intéressent à ces cours.

“Je sais même pas si au lycée, des fois vous savez il y a des thèmes au lycée et je sais même pas si... Je lui demanderai à J si ça a été abordé ou pas.” M8

“Alors ça c'était sûr, en cours avec les enfants, ils apprennent ça à l'école. Des cours d'éducation sexuelle, pour les deux. Bah c'est quand on leur apprend les leçons après, on a regardé et puis on apprend des choses, aussi.” M5

“Je sais pas s'ils en ont parlé à l'école. Enfin il ne m'en a jamais parlé. Je suis pas sûr qu'ils aient abordé le sujet. Ou c'est en cours. Pas de retour.” M9

“Alors oui récemment c'est en 4ème, 5ème, oui et ils nous en parlent un petit peu. Ce qui les a marqué en tout cas, ce qu'ils nous ont rapporté c'était la contraception, tout le côté qui les chamboule un petit peu, qui les interroge quoi.” M11

Et même après une consultation médicale avec des informations sur le vaccin HPV, des recherches sur internet étaient possibles pour confirmer ou avoir plus d'informations.

“Et effectivement après, moi je suis allé voir quand même sur internet après qu'on s'était vus. (...) pour les garçons j'avais besoin de plus d'info, alors je suis allé voir sur internet, suite à notre visite.” M7

“Je pense que le médecin est important, dans l'explication, peut-être que le Dr C m'aurait pas expliqué, aurait pris du temps à expliquer etc. Peut-être que je l'aurais jamais fait en fait. Donc je suis allée voir quand même sur internet, je suis allée jeter un œil quand même.” M7

Les mères interrogées notaient et regrettaient la diminution ou l'absence de campagne de sensibilisation grand public, notamment à la télévision, pour sensibiliser sur ce sujet. Elles avaient des souvenirs de campagnes anciennes et qui ne concernaient que les jeunes filles.

“Pas vraiment nan, même à la télé, y'a pas de propagande télévisuelle, nan j'en ai pas entendu parler.” M7

“Même à l'heure actuelle il y a très peu d'informations, (...) les sujets comme ça qui concernent les adultes et les adolescents y'a pas assez.” M8

“C'est les campagnes de prévention en règle générale, ils parlent des jeunes filles. (...) Mais oui oui j'ai déjà vu. Longtemps que j'ai pas vu d'ailleurs.” M3

“Donc c'est vrai que dans les infos, euh, les articles un peu plus récents non, mais les plus anciens c'était focalisé que sur les filles.” M2

B. Sur un vaccin différent

a. Une protection par le vaccin non nécessaire

Concernant les moyens de se protéger des HPV, le préservatif masculin arrivait en premier, avant le vaccin. Pour les parents, du fait de la transmission par voie sexuelle, la protection par le préservatif semblait évidente voir la seule. Le vaccin paraissait accessoire.

“Préservatif je suppose. Alors le préservatif masculin je pense que ça protège bien, parce que ça couvre tout.” M8

“Je pense déjà les préservatifs, ça doit éviter. C'est ça c'est une maladie sexuellement transmissible donc euh... Je ne sais pas.” M10

“Bah ce sera le préservatif, c'est évident. Après y'a que ça dans un premier temps.” M2

“Non. Non. A part le préservatif, je vois pas... Ça peut être que ça, le préservatif, y'a rien d'autre.” M5

De plus, la confiance dans le préservatif était grande. Le danger venait uniquement des risques habituels des préservatifs, par exemple la rupture. Pour les parents, la contamination se faisait par le sperme.

“Le risque zéro n'existe pas, mais oui, ça minimise le risque.” P11

“Pas fiable à 100% en tout cas. Un accident est vite arrivé.” M7

“Bah le masculin il englobe vraiment tout le sexe de l'homme donc je me dis y'a pas de toucher, de sperme sauf si il se perce, qui peut venir.” M8

Cette confiance venait aussi de la croyance que, de toute façon, leurs enfants se protégeraient, qu'ils ou elles seraient prudents vis-à-vis des IST. Néanmoins, les parents considéraient leurs enfants comme loin de commencer une sexualité.

“Mais bon ils font attention.” M3

“Mais bon elle fait attention.” M4

“Bon déjà j'ose espérer qu'il a encore pas couché.” M8

b. Un vaccin lié à la sexualité

Le vaccin contre les HPV était vécu comme un vaccin différent, un vaccin lié à la sexualité, à sa future vie sexuelle, à sa vie d'adulte. La sexualité et sa gestion étaient des sujets où les parents considéraient que le garçon avait son mot à dire, donc concernant ce vaccin aussi.

“C'est vrai que oui quand on est petit, on fait les vaccins de base et c'est vrai qu'on demande pas l'avis à son enfant si il veut ou pas se faire vacciner M10

“Surtout celui-là, il est super important. Les autres aussi mais celui-là c'est sa vie d'adulte quelque part. M8

Cette sexualité était un facteur de risque des infections à HPV, non contrôlé par les parents. Le vaccin permettait de le protéger. L'arrivée probable de cette sexualité incitait les parents à vacciner.

“Mais G et L j'ai du les faire vacciner que à l'adolescence parce que je me suis dit à l'adolescence "bon bah voilà y'a les amours et patati et patata”.” M6

“Parce que bon A commençait à avoir un petit peu des amourettes et on s'est dit "là c'est peut-être le moment de le faire”.” M12

“C'est surtout à l'adolescence qu'il y a le risque avec les jeunes qui commencent... Voila. Avec les hormones qui les travaillent et tout et tout.” M6

Les questionnements autour de la sexualité concernaient aussi l'orientation sexuelle de son garçon. Les rapports homosexuels étaient ressentis comme plus à risque, et constituaient des questions que les parents n'avaient pas encore envie de se poser.

“Et surtout pour les garçons, puisque en fonction de leur orientation... enfin n'importe, ça va protéger tout le monde.” M2

“Effectivement bah ça peut protéger les garçons d'autre chose pour plus tard en fonction de ce qu'ils décideront (de leur sexualité).” M4

c. Devoir d'expliquer ce vaccin

Du fait de son lien avec la sexualité, dans un âge d'exploration potentielle de cette dernière, ce vaccin tenait une place différente et devait être expliqué aux garçons (et aux filles).

“Ouais c'est plus simple pour expliquer à son enfant quand on sait ce que ça peut engendrer derrière. Comment ça se manifeste, voilà les jeunes après ils comprennent mieux et puis du coup ils peuvent mieux comprendre l'utilité de la vaccination. C'est comme tout c'est le dialogue, je pense.” M6

“Oui quand même ça le concerne (...) Je pense que je vais lui expliquer directement.” M10

“Euh je lui ai expliqué pourquoi. Je lui ai expliqué, oui, pourquoi, à quoi ça servait.” M7

“Bah je lui ai parlé de à quoi ça servait, même si je sais pas tout, en totalité, mais on en a parlé, et puis je lui ai dit que même si pour l'instant il n'avait pas de relation, mais que c'est pour son avenir.” M1

Cette discussion abordait la vaccination mais était aussi l'occasion d'aborder tout le champ de la sexualité.

“Après ça n'empêche pas de leur donner des conseils sur les maladies sexuelles transmissibles, parce que ça n'empêche pas les autres maladies sexuellement transmissibles.” M1

“Et voilà, on essaie quand même de leur dire, voilà, d'amener les choses de façon euh. De leur dire voilà, y'a ces risques, ces machins, ces trucs, donc on les fait participer, on leur demande leur avis.” M12

d. Difficultés à discuter sexualité

Mais la sexualité restait un sujet difficile à évoquer avec ses garçons. Il existait une méconnaissance du début de la sexualité de leur adolescent et de ses connaissances sur le sujet.

“Bon déjà j'ose espérer qu'il a encore pas couché.” M8

“Peut-être qu'on serait surpris de savoir si c'est un sujet qu'ils ont abordé et qu'ils connaissent et qui si ça se trouve, ils connaissent beaucoup plus de choses que nous.” M12

Les garçons pouvaient être amusés ou ne pas prendre au sérieux ce sujet de discussion avec leurs parents.

“Même si les garçons c'est plutôt l'âge bête à 14 ans, ça fait sourire un peu.” M6

“Du genre bêta "la prof elle nous a parlé de zizi".” (rire) M8

A l'inverse, avec l'âge évoluant, la discussion autour de la sexualité avec l'adolescent était source de gêne, entraînant des incompréhensions, voire une fermeture à cette discussion.

“Mme : Oui c'est ça, y'a des enfants ou des ados qui se ferment à la discussion de la sexualité notamment avec leurs parents.

Mr : Bah oui, enfin forcément.” M11, P11

“Après plus on va dans l'âge, plus ils s'enferment et peuvent réagir à contre-courant, le rebelle quoi.” P11

“Mais il est dans un âge où ce genre de discussion ça reste très compliqué.” M2

“Il est un peu gêné dans son dialogue avec les rapports avec les autres, on sait pas si il a une copine, tout ça. Il est assez préservé là-dessus (rire). Il aime pas trop qu'on en parle.” M1

Une autre difficulté ressentie par les parents était la peur de ne pas pouvoir ou oser répondre aux questionnements qui découlait de cette discussion. Le médecin généraliste était vu comme un recours pour aider les parents à aborder ces sujets.

“Autant A, on lui explique une chose, ça va déclencher 10 questions à la fois. Peut-être que j'ai peur de pas savoir lui répondre aussi. De pas savoir trouver les mots adaptés, les mots crus.”

Et qui pourrait transmettre ces informations ?

“Vous (rire). Le médecin, je pense que vous avez plus l'habitude que nous par rapport à ça. C'est difficile de parler de sexe avec ses enfants.” M8

e. Vaccin pouvant amener à la sexualité

Les parents avaient peur que le fait de discuter de sexualité crée chez l'enfant une envie non présente antérieurement.

“C'est bête hein, mais je me dis que si je lui parle, euh, de sexe et tout ça il va aller plus loin dans ses réflexions et j'ai peur de lui donner envie entre guillemets (rire).” M8

“Donc faut pas non plus trop leur dire que ça peut empêcher certaines choses, mais il faut quand même qu'ils se protègent autrement et qu'ils soient suivis médicalement.” M1

“J'en ai pas encore parlé. Pas parce qu'il n'est pas en âge de comprendre bien au contraire, parce que je le trouve un petit peu trop évolué sur le sujet. Il n'a que 10 ans et je trouve qu'il... Bah ça lui fait pas peur.” M8

Pour les mères, la sexualité des enfants semblait plus précoce qu'à leur époque. Cette sexualité difficilement contrôlable était un facteur de risque sur lequel elles pensaient pouvoir agir.

“C'est sûrement ridicule, mais je me dis que 10 ans c'est un peu tôt. En même temps elle va rentrer au collège l'année prochaine, il va falloir que je le fasse avant l'entrée en 6ème.” M8

“Bah je trouve que 11 ans ils sont libérés maintenant, contrairement à nous avant. Ou on avait, je sais pas, peut-être plus de temps.” M8

“Les jeunes maintenant ils font de plus en plus tôt. On va pas se mentir, ils sont précoces.” M12

f. Partage du fardeau de l'HPV

Le lien de ce vaccin avec la sexualité ouvrait des perspectives différentes des autres vaccins. Ces nouvelles perspectives permettaient de créer des leviers vaccinaux puissants. Les mères interrogées, de part leur statut de femme, semblaient plus concernées. Pour elles, les jeunes filles et femmes géraient déjà en grande partie la sexualité et ses risques associés avec la contraception, les grossesses, la protection contre les IST, le dépistage par frottis, etc.

“Et puis après, enfin moi j'estimais, ce que j'ai pu faire comprendre à mes aînées, garçon et fille, c'est que garçon et fille sont autant responsables les uns que les autres dans l'acte quoi. C'est autant aux deux de se protéger.” M6

“Parce que une MST, enfin ça c'est les deux qui sont concernés, les deux sexes qui sont concernés forcément. Et que pouvoir éventuellement protéger les filles, leurs futurs partenaires, je trouve ça bien. Oui c'était surtout pour ça. Parce qu'en plus voilà quoi la contraception c'est toujours pour les filles, etc. Au moins un truc que les garçons peuvent faire donc je trouve ça bien.” M11

De plus, de part leurs connaissances elles pensaient porter la plus grande partie du fardeau (voire l'intégralité) que charrie les HPV, et souhaitaient en vaccinant leurs garçons, partager ce fardeau entre filles et garçons de cette génération. Elles protégeaient leurs garçons, mais aussi, voire avant tout, leurs futurs partenaires des infections à HPV et leurs conséquences.

“Je trouve ça super au contraire, ça va limiter encore plus les risques pour les filles, et pour les garçons.” M2

“Effectivement j'ai vu que ça protégeait aussi, en plus de protéger les femmes donc ses futures conquêtes voilà donc j'ai brièvement, je suis pas rentré dans le détail, mais effectivement c'était plus ou moins expliqué que c'était bon de faire vacciner les garçons pour justement éviter que les jeunes femmes attrapent des cancers ou des trucs comme ça.” M7

“Mais dans le principe c'était pour protéger ses futures partenaires au cas où.” M2

g. Responsabilisation des garçons

Des entretiens ressortaient que le fait de vacciner les garçons permettait de leur faire comprendre leur responsabilité sur la santé de leurs futures partenaires, ainsi que sur la prévention des infections sexuellement transmissibles en général.

“Bah ça responsabilise un peu plus les garçons aussi. Parce qu'eux qui développent moins, enfin je pense que c'est plus souvent les filles qui développent des formes (...) Ça permet aux garçons de se rendre compte qu'eux ils sont aussi responsables que les filles, de cette pathologie là et que ça les obligent à se responsabiliser quoi.” M6

“C'est responsabiliser aussi les garçons face à la vaccination, en ce qui concerne toutes les maladies qui peuvent être sexuellement transmissibles.” M8

h. Nombre de doses

Le nombre de doses de vaccin ne semblait pas important pour les mères, elles le prenaient avec humour, mais reconnaissaient qu'elles ne sont pas les premières concernées.

“Le nombre de doses ? Non, non. C'est pas moi qui me fait piquer (rire).” M9

“Donc fallait le faire maintenant, et qu'il y avait 2 doses. Ca c'était rude (pour lui), 2 doses (rire).” M1

C. Vers une décision de jeune adulte

a. Encore une décision commune

L'âge évoluant, la prise de décision évoluait de la mère seule, vers une décision commune, où le garçon et sa mère avaient leur espace de parole et de décision. La mère devait être convaincue pour convaincre son fils.

“D'accord, mais moi je trouve que ouais, 15 ans, voilà, on peut prendre une décision ensemble.” M2

“Je n'imposerai rien du tout, après on en parlait à la maison et il était absolument d'accord. Mais non non, que les décisions elles soient prises ensemble.” M9

“Voilà, parce que je pense qu'à un moment la décision elle est importante d'être prise ensemble. Sur sa vie à lui, elle est importante.” M8

b. Vers une décision de jeune adulte

La place de l'adolescent dans la prise de décision vaccinale devenait ensuite centrale, mais il fallait que la mère pense que son garçon soit assez mature pour prendre la décision, comprendre les risques liés à cette pathologie et la protection apportée par le vaccin. Il était considéré comme un adulte, à même de gérer ses problématiques de santé. Parallèlement le vacciner trop jeune aurait pu lui ôter une chance d'acquérir ces compétences.

“Après 15 ans c'est génial, enfin 15-16 ans, pour J il est capable de dire "oui j'ai envie, non j'ai pas envie" Est-ce qu'à 11 ans, voilà est-ce que c'est pas trop petit.” M9

“On a reparlé des maladies féminines etc, et je lui ai expliqué qu'il fallait. A 14 ans, on comprend mieux.” M7

“Après il a toutes clefs en main . Après, voilà, c'est lui qui est, la vaccination entre petit où c'est nous qui prenons les décisions parce qu'à un moment on les protège et adulte, voilà parce que je le considère comme un adulte.” M9

Le transfert de ce pouvoir décisionnel était aussi lié au stade pubertaire et à la proximité d'une potentielle exploration de sa sexualité. Ces éléments feraient que le garçon (ou la fille ici décrite) se sentaient plus concerné(e) par les questionnements autour de cette vaccination.

"Il faut attendre qu'ils grandissent et qu'ils se rapprochent de l'âge où ils vont avoir leur premier rapport." M10

"Oui ou même qu'elle ait ses règles, qu'elle soit un petit peu, on va dire, développée. Là elle est encore pas dans cette période là, d'adolescence et d'hormones." M10

Les adolescents avaient donc ensuite ce pouvoir en leurs mains pour prendre la décision finale sur ce vaccin.

Vous auriez voulu son accord ?

"Que ça soit sincère. Surtout celui-là, il est super important. Les autres aussi mais celui-là c'est sa vie d'adulte quelque part." M8

"Sachant que c'est pas obligatoire, c'est lui qui me dit si il veut le faire ou pas." M1

c. En passant par une opposition des adolescents

Parallèlement à la prise du pouvoir décisionnel avec l'âge et la maturité durant l'adolescence, il pouvait y avoir une défiance envers ses parents propre à cet âge-là. Cette défiance pouvait se traduire par une opposition à la volonté de ses parents de faire ce vaccin.

"Alors il y a deux courbes, l'âge aussi fait que tu as confiance en tes parents, soutenu par le médecin qui nous avait conseillé ça, après plus on va dans l'âge, plus ils s'enferment et peuvent réagir à contre courant, le rebelle quoi." P11.

"Mais il est important quand même qu'on les braque pas dès le début, et qu'on les fasse participer à la chose." M12

"On aurait essayé de le persuader, mais il veut pas il veut pas, après maintenant à 17 ans on peut plus l'obliger." M5

Cette opposition pouvait être majorée par le fait que l'adolescent, à cet âge là, ne se sent généralement pas concerné par les problématiques de santé.

"Oui quand même ça le concerne, mais après c'est vrai qu'il se rend pas compte." M10

d. Face à un refus

Face à un refus de faire le vaccin de la part de l'adolescent, la possibilité de ne pas tenir compte de son avis était moins évoquée que si le garçon était considéré comme un enfant. Les parents étaient conscients que la décision pouvait changer avec l'âge et que ce vaccin était décalable dans le temps.

Vous lui avez imposé cette décision ?

"Oui quelque part." M4

"Voilà, et après on a encore le temps pour faire vacciner après." M6

"J'aurais attendu que M soit plus grand pour qu'on en parle." M8

Durant ce laps de temps, des informations pour convaincre l'adolescent pouvaient être apportées pour le faire changer d'avis.

"Bah je pense que j'aurais respecté mais je lui aurais dit "réfléchis" ou alors je sais pas j'aurais trouver des brochures, des petits articles sur internet, maintenant y'a pas mal de chose. Qu'il puisse un peu se documenter, le laisser cheminer un petit peu, lui laisser du temps pour réfléchir." M6

"J'aurais attendu que M comprenne, plus facilement. J'aurais recherché la documentation." M8

"Et si il est pas d'accord, à la rigueur, est-ce que à un moment voilà, d'aller un peu piocher des infos pour lui dire, voilà, voilà, ça peut faire ça, ça, ça, ça. Ou alors ça peut te préserver de telle ou telle chose." M9

Le médecin généraliste était aussi vu comme compétent pour informer et convaincre l'adolescent de se faire vacciner. Il était un recours en cas de refus.

Et si jamais il le refuse ?

"Bah faudra qu'on essaie de discuter, de comprendre pourquoi il refuse. Et puis bah en parler justement avec le médecin, faire une séance euh, voilà pour que vous ayez d'autre mots qui le toucheront plus que moi." M10

"Mais effectivement une consultation médicale, ça serait vachement bien. Parce que, parce que là y'aura vraiment un échange . Il aura des questions auxquelles, nous on est pas à même de répondre et puis, à un moment, il y a une interaction, et ça c'est bien, ça c'est bien. Absolument." M9

"Si il m'avait dit qu'il était pas d'accord, peut être que je serais retourné, à l'occasion quand on serait retournés chez le Dr E, on aurait vu avec elle, qu'elle en rediscute avec lui." M1

Si l'adolescent maintenait malgré tout son refus, les parents n'auraient pas été contre sa décision.

Vous respecterez sa décision ?

"Oui bien sûr." M8

“A un moment je lui apporterai tout pour qu'il comprenne mais à un moment, je respecterai. Je respecterai.”
M9

“Oui, on aurait essayé de le persuader et de temps en temps de le rappeler à l'ordre. Voilà pour lui dire les conséquences que ça pouvait avoir, mais après moi j'aurais, nan nan, j'aurais pas été contre (sa décision).”
M5

e. Ou un nouvel élément

Le refus vaccinal de la part de l'adolescent n'était pas immuable et de nouveaux éléments pouvaient faire pencher la balance vers la vaccination.

Le fait que ce vaccin était préférablement réalisé avant les premiers rapports était connu. Il pouvait aussi constituer un frein à un garçon qui restait néanmoins vaccinable. D'autant plus si la partenaire était vaccinée, unique, récente. Cette vaccination malgré les premiers rapports pouvait être le nouvel élément.

“On s'est arrêté sur le fait que bah le grand ne pouvait plus le faire puisque il avait déjà eu ses premiers rapports sexuels.” M12

“Et elle me disait "faut le faire avant les premiers rapports sexuels pour les garçons" etc etc.” M9

L'impression que la sexualité risquait de débiter pouvait conduire à un nouvel échange entre parents et adolescents sur la réalisation du vaccin.

“Parce que bon A commençait à avoir un petit peu des amourettes et on s'est dit "là c'est peut-être le moment de le faire”. M12

La connaissance des HPV, du vaccin, ou de l'indication pouvait venir du début de la sexualité avec la première partenaire, ou peut-être de copains de collègue ou lycée qui avaient eu le vaccin.

“Voilà notre grand a justement une petite copine et elle, elle s'est fait vacciner il y a 4 ans. (...) et bah il échange encore sur le sujet tout à l'heure, elle dit "moi(...)étant vaccinée j'ai plus du tout le risque de le choper”. M12

“Après peut-être en parler, demander si il a des copains aussi qui ont été ou pas vaccinés.” M10

Les condylomes semblaient avoir un plus grand impact dans la décision des adolescents que les notions relatives aux cancers lointains ou aux conséquences sur la fertilité. A cet âge, le rapport à l'image est important et ces verrues génitales étaient vécues comme stigmatisantes. C'était un nouvel élément important à apporter pour faire pencher la balance.

“Pour les garçons je crois que ça c’est un peu comme des verrues, j’avais expliqué ça à L, tout de suite à 14 ans, un peu dans le dégoût. Il me dit "ah je veux faire le vaccin”.” M6

“Oui quand je lui ai dit qu’il pouvait avoir des manifestations cutanées, ça a été "aaaaah" (rire). Lui ça a été ça parce que le côté stérilité de tout ça, à cet âge là, je pense que il était pas encore dans cette optique là, c’était plus par rapport aux manifestations cutanées.” M8

3) Modèle explicatif

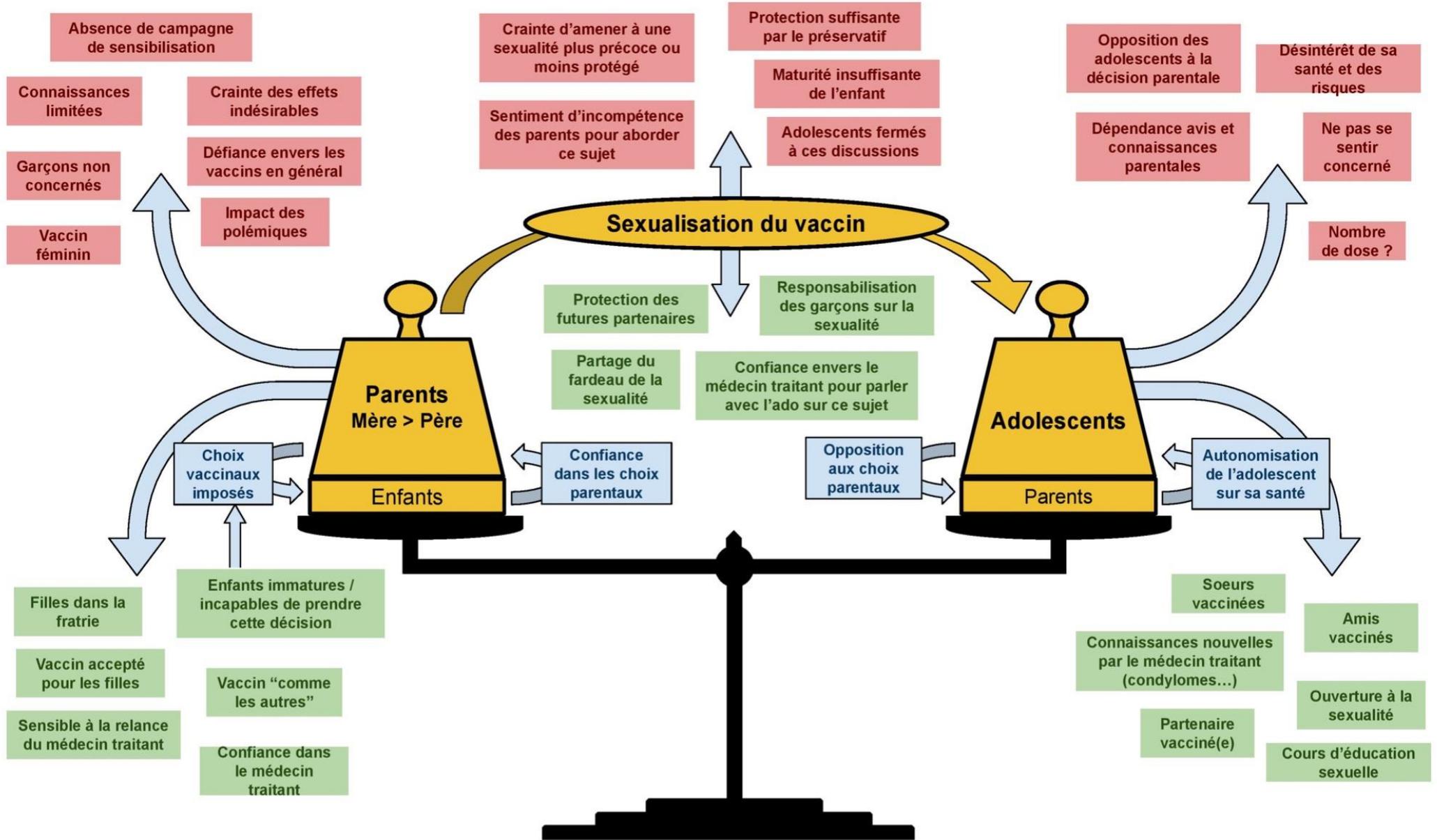


Figure 1 : Evolution du pouvoir vaccinale et éléments décisionnels

DISCUSSION

Cette étude avait pour objectif principal d'explorer le partage du pouvoir décisionnel entre des parents et leurs garçons concernant la vaccination contre l'HPV des garçons de 9 à 17 ans. Elle a permis l'émergence d'une théorie sur le cheminement « mental » des parents vers la décision vaccinale. Deux périodes différentes se distinguaient. Le passage de la décision se faisait des parents à l'adolescent en fonction de la maturité de celui-ci, aux yeux de ses parents.

Connaissances sur le vaccin

Le manque de connaissance parmi les patients autour de la possibilité de vacciner les garçons est connu et représente un frein important à cette vaccination. Notre étude retrouvait, comme d'autres, ce manque de connaissance. Les informations autour de la possibilité de se protéger par un vaccin contre le cancer du col de l'utérus sont établies mais souvent restreintes à ce seul cancer [66-67]. A part quelques interviewés, la majorité n'avait pas de notion d'autres cancers féminins, masculins ou sur les condylomes. C'est une pathologie féminine et les parents de garçons ne se sentaient pas concernés. Pour eux, le garçon tient seulement un rôle de vecteur, sans risque propre. Bien que la protection des futures partenaires suffise à certaines mères et adolescents comme condition pour faire le vaccin, d'autres ne l'envisageaient pas du fait de l'absence de connaissance sur les risques encourus par les garçons. Il est évident qu'une diffusion plus large de ces informations réduirait ce frein. A noter qu'une fille dans la fratrie jouait sur le niveau de connaissances de la famille. Le corps médical et notamment le médecin généraliste était vu comme une autre aide précieuse pour acquérir ces connaissances et aider au choix vaccinal.

Les parents regrettaient d'ailleurs particulièrement le manque de campagne de sensibilisation récente sur les HPV, notamment leur absence totale chez les garçons. Les campagnes sont anciennes, à la sortie du vaccin, et uniquement pour les jeunes filles. Ce problème semble en partie avoir été résolu depuis une nouvelle campagne du gouvernement à partir de l'été 2022 sur la vaccination des garçons contre l'HPV.

La prise de décision : 2 périodes très différentes

La nouveauté apportée dans notre étude était l'existence de deux périodes distinctes pour la prise de décision autour de ce vaccin chez le garçon. Pour chacune de ces périodes, la personne à qui le praticien devra s'adresser en priorité et les informations recherchées ne seront pas les mêmes.

D'une part : un enfant, pour lequel le parent (surtout la mère) décide. Le vaccin n'est pas différent des autres, son rapport à la sexualité est écarté, la mère a les connaissances, l'enfant n'a pas la maturité et la projection suffisante sur le futur pour comprendre les tenants et les aboutissants. Parler sexualité n'est pas nécessaire, aidant un parent qui aurait peur de donner des idées ou de ne pas pouvoir répondre aux questionnements provoqués par cette discussion. Le médecin doit donc s'adresser au parent décideur.

De l'autre : un adolescent, ayant les pouvoirs d'un adulte sur sa santé, sa sexualité et sa gestion, qui décide pour lui-même. Le vaccin est lié à la sexualité. Les parents devront expliquer et transmettre leur savoir à l'adolescent pour qu'il prenne une décision éclairée, ce dont les parents le juge capable. Parler de ce vaccin amène obligatoirement à parler sexualité, il existe aussi la peur de ne pas pouvoir répondre aux questionnements de l'adolescent, mais il existe aussi une classique attitude opposante de l'adolescent qui peut limiter cette discussion importante dans l'acceptation du vaccin. Le médecin doit s'adresser à l'adolescent dans ce cadre. De plus, pour les parents, le médecin a le pouvoir de parler de ces sujets, d'apporter des éléments en faveur de l'acceptation.

Connaître, comprendre et pouvoir analyser ces deux situations peut permettre au médecin généraliste d'adapter son discours sur ce sujet pour augmenter l'acceptabilité de ce vaccin.

Dans ces deux situations, les mères doivent elles-mêmes être convaincues. Il leur faut pour cela les connaissances nécessaires. Mais même avec des connaissances maigres et limitées au cancer du col et à la possible transmission par un garçon vecteur, elles peuvent décider de vacciner afin de protéger les futures partenaires de leurs fils. Cette protection HPV est alors un partage d'une partie du fardeau lié à la sexualité que les femmes portent habituellement avec la gestion de la contraception, des IST, des grossesses, etc. Les mères souhaitent ainsi responsabiliser leurs garçons dans la gestion de ces problématiques. Avec des connaissances plus approfondies, elles décident de vacciner le garçon pour le protéger lui-même en plus des autres éléments évoqués. Lorsque que c'est l'adolescent qui a le pouvoir vaccinal, tous ces éléments font partie du discours maternel pour convaincre son garçon de se faire vacciner.

La maturité : point de bascule

Le transfert du pouvoir vaccinal entre un parent sur son enfant et un adolescent aux compétences d'adulte n'a pas de limite nette et franche, mais relève plutôt d'un long continuum basé sur l'âge et le degré de maturité de l'enfant. Il existe un passage de relais du pouvoir décisionnel en lien avec la sexualité, la puberté, la maturité, etc.

Notre étude n'a pas pu relever chez les parents quels étaient les critères précis qui leur faisait percevoir ce sentiment de maturité. L'âge est défini mais la maturité est relative et connaître ces critères pourrait aider le médecin généraliste à comprendre vers quelle situation de partage du pouvoir vaccinal il se trouve avec telle famille, aidant à l'acceptation du vaccin. Est-ce la proximité perçue avec un possible début de sexualité ? Des changements corporels ou comportementaux en rapport avec la puberté ? Quels éléments participent à ce passage de relais ? Et avec quelle importance ?

Un refus vaccinal, dans ce contexte de pouvoir évolutif, ne sera jamais définitif, on changera d'interlocuteur, et l'interlocuteur lui-même changera intrinsèquement. Ce transfert du pouvoir, ce lien avec la sexualité, amènera donc de multiples occasions vaccinales au médecin traitant. Il devra identifier ces occasions et les saisir pour augmenter la couverture vaccinale de sa patientèle. Allant du rappel DTPCa que le parent vient faire, à une demande de dépistage des IST chez un adolescent, en passant par les consultations de suivi ou certificat où l'on suit le bon déroulement de la croissance, de la puberté et de tous les enjeux de notre société moderne (bien-être scolaire, écran, toxique, etc)

Lutte contre les idées reçues

Le préservatif masculin est décrit comme une alternative efficace et durable, une protection suffisante pour peu qu'il soit utilisé et qu'il ne rompe pas. Les parents sont confiants dans le fait que leur enfant se protégera. Ces facteurs limitent le recours au vaccin comme protection contre les HPV. Le préservatif n'a pourtant qu'une efficacité relative [69]. Les HPV sont très résistants et survivent longtemps sur peau et muqueuse non couvertes par le préservatif. Le port de ce dernier est aussi moins fréquent avec la sensation que les risques autour des IST sont moindres avec la baisse des campagnes autour du HIV ou le recours à la PrEP, comme peut en témoigner l'augmentation des cas de certaines IST. De plus, le port du préservatif est généralement aboli des pratiques d'un couple après un dépistage des IST, qui ne comprend pas les HPV. L'information aux parents ou aux jeunes sur la protection relative du préservatif masculin est un facteur d'acceptation probable du vaccin.

Les mères craignent aussi d'envoyer un message contradictoire à leurs garçons, comme si le fait de les vacciner, et donc de les protéger contre l'HPV, les autoriserait à débiter une sexualité précoce et/ou irresponsable. L'hypothèse que cela conduit à une sexualité plus risquée a été étudiée et infirmée [70]. De plus, l'âge moyen du premier rapport en France, 17,4 ans pour les garçons, et 17,6 ans pour les filles, n'évolue quasiment plus depuis 30 ans. Cet âge moyen n'a donc pas bougé depuis l'introduction il y a 15 ans des vaccins anti-HPV [71]. Nous pouvons même supposer que la vaccination aiderait à sensibiliser car d'autres études ont montré que les adolescents et jeunes adultes vaccinées contre l'HPV ont plus de connaissances concernant les IST en général [72].

Les sources d'information sur les HPV, leurs pathologies et leur vaccin sont connues chez les parents, cette étude retrouve des sources superposables à celles d'autres thèses [66-67]. Du fait des entretiens auprès des parents, les sources d'information des adolescents n'ont pas pu être évaluées, l'exploration des représentations des enfants d'une part et des adolescents d'autre part sur leurs représentations et sources d'informations permettrait de compléter ce travail.

L'acte vaccinal : acceptabilité et controverses

L'investigateur a décidé de ne pas développer dans les résultats l'analyse de l'opinion des vaccins qui recoupe ceux présents dans toutes les études d'acceptabilité vaccinale. Citées dans les entretiens on retrouve les peurs classiques, à savoir la crainte des effets secondaires, le manque de recul, le doute sur l'efficacité du produit, l'interrogation sur la réelle nécessité à vacciner son enfant contre la maladie, la confiance portée à l'industrie pharmaceutique et dans les institutions françaises de la santé et du médicament, la sensation d'informations cachées au grand public, la peur d'être manipulé ainsi que les pré-acquis familiaux et du cercle proche.

L'impact du nombre de doses sur l'acceptabilité est mal évalué dans cette étude, nous pouvons pourtant imaginer qu'il puisse être important.

Les liens avec le vaccin contre le COVID 19, sujet de nombreuses controverses et réactions du grand public, ont été réduits au minimum par un laïus au début de chaque entretien. Lorsque ce vaccin était évoqué, l'investigateur laissait les interviewés élaborer, puis recentrait ou relançait tel ou tel élément évoqué pour voir s'il était applicable au vaccin contre les HPV. Durant l'analyse des entretiens n'étaient retenues que les idées en rapport avec le vaccin contre les HPV.

Le médecin généraliste au centre

Enfin, le médecin généraliste tient une place centrale. La confiance des patients en lui est primordiale. Il est souvent la source d'information originelle mais aussi décrite comme la plus fiable. Il est un recours aux questionnements des parents sur ce sujet, qui reste flou pour eux. Il est une aide à la prise de décision et à la relance de la réflexion. Et lorsque le pouvoir décisionnel change de position, le médecin généraliste est jugé apte à discuter des problématiques entourant la sexualité, ainsi qu'à apporter des éléments nouveaux pouvant conduire à la vaccination.

Malheureusement cette population d'adolescents consulte souvent peu le cabinet de son généraliste, d'autant plus les garçons, qui n'ont pas comme certaines jeunes filles des consultations de renouvellement de contraception pouvant être l'occasion de reparler de ce vaccin. Les certificats sportifs sont maintenant valables 3 ans, et une consultation pour une virose hivernale n'est peut-être pas la meilleure occasion. Une thèse sur les échanges autour de la sexualité entre adolescents et médecins généralistes retrouve que les adolescents ne prendront pas l'initiative de parler sexualité, mais ils jugent que chaque consultation est bonne pour aborder la sexualité. Cette même thèse montre que même si le médecin traitant n'est pas le premier interlocuteur cité, il est considéré comme privilégié, fiable et digne de confiance pour aborder la sexualité par la grande majorité des adolescents de l'étude. Elle montre aussi que les garçons possèdent moins de connaissances générales autour de la sexualité que les jeunes filles [73]. Ce rôle primordial du médecin généraliste décrit par les parents est donc aussi ressenti par les adolescents, et chaque opportunité pourra être saisie pour aborder ces questions.

Perceptives

Au vu du pouvoir décisionnel croissant avec l'âge et du niveau de maturité chez l'adolescent, il semble évident que des études complémentaires devront se pencher sur leurs connaissances de l'HPV, des pathologies associées et du vaccin anti-HPV. Ainsi que sur leurs perceptions et leurs ressentis autour de ce thème. Il serait intéressant de l'évaluer à différents âges, ainsi que la perception qu'ils ont de ce transfert du pouvoir vaccinal et de ce qu'ils décident d'en faire. Une comparaison des ressentis et connaissances entre parents et enfants serait aussi bienvenue.

L'investigateur n'a pas trouvé dans les bases de données disponibles une étude de ce genre chez les jeunes filles. Elle serait intéressante à réaliser et à comparer à une étude sur les garçons. Ce travail pourrait aider le généraliste à appréhender encore davantage ce genre de consultations et trouver le bon interlocuteur, le bon ton et les bons mots pour faire accepter ce vaccin à son ou sa patiente.

Les sources d'information sur les HPV, leurs pathologies et leur vaccin sont connues chez les parents, cette étude retrouve les mêmes. Mais les adolescents ont probablement des sources différentes de leurs parents. Dans cette étude, la place des cours d'éducation sexuelle est évoquée. Cette source serait mieux évaluée lors d'une étude auprès d'adolescents.

L'impact du nombre de doses sur l'acceptabilité a été mal évalué, le concerné n'étant pas l'interviewé. Une étude chez les futurs vaccinés (filles et garçons) pourrait mieux permettre de l'évaluer. De plus, en 2022, l'OMS a jugé qu'un schéma avec une dose unique entre 9 et 14 ans serait suffisante pour acquérir une protection solide contre les HPV, et un schéma

en 2 doses ensuite. La possibilité d'une dose unique pourrait aussi lever un frein vaccinal. Cela reste à évaluer, chez les parents et chez les enfants.

Forces et faiblesses de l'étude

Le choix de réaliser une étude qualitative avec des entretiens individuels semi dirigés semblait adapté pour recueillir les opinions et représentations profondes des parents. L'entretien individuel par rapport au *focus group* favorisait l'introspection et évitait le biais de désirabilité sociale entre participants qui pouvait être important du fait du sujet, les parents ayant peur d'être jugés. Avec cette approche, notre travail essaye d'appréhender et de démêler les mécanismes réflexifs et comportementaux des parents concernés et permet d'aboutir à de nouveaux résultats sur le sujet. Cependant, l'enquêteur manquait d'expérience dans la conduite de ce type d'entretiens. L'allongement progressif des durées d'entretien témoigne cependant d'une amélioration. De plus, l'investigateur était jeune médecin, donc formé à l'entretien et à l'écoute.

Un des intérêts de notre étude est qu'elle se penche sur un sujet d'actualité. La vaccination contre le papillomavirus chez les garçons en France n'est possible que depuis début 2020. Du fait de cette recommandation récente, il n'y a pas encore beaucoup de retours sur l'avis des parents d'enfants concernés, notamment dans le partage du pouvoir décisionnel au sein de la relation parents-enfants. Il était donc intéressant d'aller enquêter sur le sujet.

Les mères représentaient la majorité des participants. Aucun père n'a été interviewé seul. Les mamans seraient-elles plus impliquées dans la santé de leurs enfants ? Les professions des parents et leurs modes de vie étaient variés ce qui garantissait une diversité socio-économique. Mais aucun participant n'était mère (ou père) au foyer, faisant courir le risque de méconnaître la représentation d'une partie de la population. La thèse récente de Q.Beaucamp [66], qui explorait le ressenti et la perception des parents autour de cette vaccination chez les garçons, avait dans sa population une mère au foyer. Les représentations étaient similaires dans son étude. Sur ce sujet, il n'y a pas de raison que le partage de la prise de décision soit différent dans ce type de configuration familiale.

L'âge des parents est peu diversifié, mais il est conditionné par le fait d'avoir des garçons âgés de 9 à 18 ans. Un biais de représentation est possible par un échantillon trop restreint géographiquement, en effet même si les parents étaient dans la patientèle de 4 médecins généralistes différents, tous étaient issus d'une même maison de santé pluridisciplinaire. La population était aussi exclusivement semi-rurale. Tous les parents recrutés habitaient en Indre-et-Loire, zone moyennement déficitaire en médecins généralistes, ce qui a pu avoir une influence sur la communication et le manque d'informations perçu par les parents. Nous aurions pu étendre l'étude à d'autres départements

mais l'influence du lieu d'habitation sur le lien entre parents et enfants est discutable. L'intégration d'autres lieux de recrutement auraient peut-être permis d'inclure des participants d'autres cultures ayant d'autres représentations et mécanismes familiaux.

Un biais de mémorisation ne peut être exclu, certains parents ayant des filles à qui il a pu être proposé les vaccins contre les HPV à la sortie de ces derniers il y a 15 ans. Il peut en être de même pour la polémique de 2013 autour de jeunes filles atteintes de SEP dans les mois suivant leurs injections de vaccin anti-HPV.

Le codage et l'interprétation ont entièrement été réalisés par l'enquêteur, sous supervision de la directrice de thèse, mais sans réel double codage, impactant négativement la validité interne de cette étude. Le double codage devra être réalisé en vue d'une publication.

Un biais d'interprétation ne peut être exclu, les préjugés de l'enquêteur ont pu conditionner le codage. Des résultats non attendus sont apparus, ce qui diminue ce biais et augmente la validité de l'étude. La suffisance des données a néanmoins été obtenue au onzième entretien puis confirmée par un entretien supplémentaire. Un biais de désirabilité sociale peut persister, les participants fournissant des réponses ne représentant pas leur opinion, afin de ne pas être jugés négativement par l'investigateur. Ce biais a pu être renforcé lors d'entretiens avec des parents qui avaient déjà consulté l'investigateur comme interne ou médecin remplaçant. Il a pu être minimisé lorsque l'entretien a été proposé par un autre médecin du cabinet, un interne ou la secrétaire médicale.

L'enquêteur est un jeune médecin généraliste, convaincu de l'utilité de la vaccination de manière générale et favorable à vacciner les garçons contre le papillomavirus. Par conséquent, même si l'investigateur a essayé d'être le plus neutre possible dans son apport d'information, dans sa manière de diriger et de se positionner au cours de l'entretien, dans son attitude et son écoute, on ne peut exclure un biais de positionnement.

CONCLUSION

La vaccination HPV suscite chez les parents beaucoup d'interrogation, d'indécision, voire de méfiance.

Bien que responsables du fameux cancer du col de l'utérus, pathologie sur laquelle il y a la quasi-exclusivité des informations au grand public, les HPV restent des pathogènes invisibles, silencieux et inconnus de l'imaginaire collectif. La croyance en l'absence de risque chez les garçons ne permet pas de concerner ces derniers ou leurs parents. Les garçons sont, tout au plus, des vecteurs des HPV. Les sœurs sont une source importante d'information pour ces familles, par leur vaccination, les informations que cette vaccination apporte. Mais les mères de filles se sentent aussi plus concernées par le sujet, y compris pour leurs garçons.

Notre travail de thèse a permis de faire émerger une théorie sur le partage du pouvoir décisionnel sur ce vaccin particulier. Nous pouvons voir que ce pouvoir va d'une mère qui choisit pour un enfant, à un adolescent qui décide pour sa future vie d'adulte, selon un continuum qui évolue avec l'âge et la maturité du garçon.

Conjointement à ce transfert de pouvoir progressif, le statut du vaccin change, passant d'un vaccin de l'enfant comme un autre, à un vaccin lié à la sexualité. Ce lien engage la nécessité d'avoir avec lui une discussion sur la sexualité dans son ensemble, pour qu'il comprenne ce vaccin, et soit conscient des autres aspects de la sexualité. Cette discussion est difficile, entre un garçon pas encore prêt à prendre au sérieux ces sujets et l'opposition classique des adolescents sur le discours parental. Cette discussion fait aussi peser sur les parents le risque de soulever des questionnements sur la sexualité auxquels ils ne peuvent ou ne veulent pas répondre.

Le rôle du médecin généraliste semble primordial, étant désigné par les interviewés comme le premier interlocuteur de confiance, que ce soit pour apporter de l'information sur le papillomavirus, ses pathologies et le vaccin aux parents et aux garçons, mais aussi pour accompagner les adolescents dans le transfert de la responsabilité de la décision vaccinale ainsi que dans leur éducation sexuelle.

RÉFÉRENCES

1. Howley PM, Lowy D., Papillomaviruses. Fields Virology, Harvard : Lippincott, 2007
2. Ducancelle A, Papillomavirus humains, Département des Agents Infectieux, CHU Angers <https://www.infectiologie.com/UserFiles/File/medias/enseignement/gericco/2015/2015-Gericco-Tests-HPV-urinaires-Ducancelle.pdf> consulté le 01/02/2022.
3. de Sanjose S, Quint WG, Alemany L, Geraets DT, Klaustermeier JE, Retrospective International Survey and HPV Time Trends Study Group. Human papillomavirus genotype attribution in invasive cervical cancer: a retrospective cross-sectional worldwide study. *Lancet Oncol.* 2010 Nov p1048-56
4. Schiffman M, Doorbar J, Wentzensen N, de Sanjose S, Fakhry C, Monk BJ, et al., Carcinogenic human papillomavirus infection, *Nat Rev Dis Primers* 2016, 2:16086
5. Mouglin C, Nicolier M, Decrion-Barthod AZ. HPV et cancers : mécanismes de l'oncogénèse. *Rev Francoph Lab.* 2008
6. Josena K. Stephen1 , George Divine 2, Kang Mei Chen1, Significance of p16 in Site-specific HPV Positive and HPV Negative Head and Neck Squamous Cell Carcinoma, *Cancer and Clinical Oncology*; Vol. 2, No. 1; 2013
7. Romagosa, C., Simonetti, S., López-Vicente, L. *et al.* p16Ink4a overexpression in cancer: a tumor suppressor gene associated with senescence and high-grade tumors. *Oncogene* 30, 2087–2097 (2011)
8. Alemany L, Saunier M, Alvarado-Cabrero I, Quirós B, Salmeron J, HPV VVAP Study Group. Human papillomavirus DNA prevalence and type distribution in anal carcinomas worldwide. *Int J Cancer.* 2015 Jan p98-107
9. Urbute A, Rasmussen CL, Belmonte F, Obermueller T, Prigge ES, Prognostic Significance of HPV DNA and p16INK4a in Anal Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2020 Apr;29(4):703-710.
10. Tumban E. A Current Update on Human Papillomavirus-Associated Head and Neck Cancers. *Viruses.* 2019 p922.
11. Rachel L. Winer, Ph.D, James P. Hughes, Ph.D, Condom Use and the Risk of Genital Human Papillomavirus Infection in Young Women, *N Engl J Med* 2006; 2645-2654
12. Organisation mondiale de la santé. , Infections sexuellement transmissibles [En ligne], Genève: OMS, 2016
13. Bruni L, Diaz M, Barrionuevo-Rosas L, Herrero R, Bray F,. Global estimates of human papillomavirus vaccination coverage by region and income level: a pooled analysis. *Lancet Glob Health.* 2016 Jul p453-63
14. Schiffman MH., Epidemiology of cervical human papillomavirus infections. *Human Pathogenic Papillomaviruses.* Heidelberg, Springer-Verlag, 1994
15. Taylor S, Bunge E, Bakker M, Castellsagué X,. The incidence, clearance and persistence of non-cervical human papillomavirus infections: a systematic review of the literature. *BMC Infect Dis* 2016;16:293
16. Stier EA, Sebring MC, Mendez AE,. Prevalence of anal human papillomavirus infection and anal HPV-related disorders in women: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol.* 2015 Sept 278-309.
17. Alemany L, Cubilla A, Halec G, Kasamatsu E, Quirós B, HPV VVAP study group. Role of Human Papillomavirus in Penile Carcinomas Worldwide. *Eur Urol.* 2016 p953-61.
18. Alemany L, Saunier M, Tinoco L, Quirós B, Alvarado-Cabrero I, HPV VVAP study group. Large contribution of human papillomavirus in vaginal neoplastic lesions: a worldwide study in 597 samples. *Eur J Cancer.* 2014 Nov p2846-54
19. Kreimer AR, Clifford GM, Boyle P, Franceschi S., Human papillomavirus types in head and neck squamous cell carcinomas world wide: a systematic review, *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2005, 14 : 467-75
20. Srodon M, Stoler MH, Baber GB, Kurman RJ, The distribution of low and high-risk HPV types in vulvar and vaginal intraepithelial neoplasia (VIN and VaIN), *Am J Surg Pathol* 2006, 30 : 1513-8.

21. Aubin, F, et al. Incidence des condylomes chez les femmes et les hommes. *Ann. Dermatol. Vénérologie* 2011; 138 : A74–A75 (2011)
22. Islami F, Ferlay J, Lortet-Tieulent J, Bray F, Jemal A. International trends in anal cancer incidence rates. *Int J Epidemiol.* 2017 Jun p 924-938
23. Eich ML, Del Carmen Rodriguez Pena M, Schwartz L,. Morphology, p16, HPV, and outcomes in squamous cell carcinoma of the penis: a multi-institutional study. *Hum Pathol.* 2020 Feb p79-86
24. Baandrup L, Varbo A, Munk C, Johansen C, Frisch M, Kjaer SK. In situ and invasive squamous cell carcinoma of the vulva in Denmark 1978-2007-a nationwide population-based study. *Gynecol Oncol.* 2011 Jul p45-9
25. Gallagher KE, LaMontagne DS, Watson-Jones D. Status of HPV vaccine introduction and barriers to country uptake. *Vaccine.* 2018 Aug 6;36(32 Pt A):4761-4767.
26. Anna R. Giuliano, Alan G. Nyitray, Aimée R. Kreimer, Differences in human papillomavirus infection natural history, transmission and human papillomavirus-related cancer incidence by gender and anatomic site of infection. *IJC Volume136, Issue12, 15 June 2015, 2752-2760*
27. Catherine de Martel, Martyn Plummer, Jerome Vignat, Worldwide burden of cancer attributable to HPV by site, country and HPV type Volume141, Issue4, August 2017 664-670
28. Thierry Higuero, Prise en charge pratique des condylomes ; FMC-HGE, POST'U 2015.
29. Bouscarat F, et al., External genital warts condyloma, 133(8-9 Pt 2): 2S36-2S38 , 2006
30. Grosclaude P, Remontet L, Belot A, Danzon A, Survie des personnes atteintes de cancer en France, 1989-2007 - Etude à partir des registres des cancers du réseau Francim. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire ; Feb 2013. 412 p
31. Francesca Valvo, Elisa Ciurlia, Barbara Avuzzi, Cancer of the anal region, *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, Volume 135, March 2019, Pages 115-127
32. Nasser S, Monavari SH, Keyvani H, Nikkhoo B, Vahabpour Roudsari R, Khazeni M. The prevalence of Human Papilloma Virus (HPV) infection in the oligospermic and azoospermic men. *Med J Islam Repub Iran.* 2015 Oct p272
33. Moghimi M, Zabihi-Mahmoodabadi S, Kheirkhah-Vakilabad A, Kargar Z. Significant Correlation between High-Risk HPV DNA in Semen and Impairment of Sperm Quality in Infertile Men. *Int J Fertil Steril.* 2019 Jan p306-309
34. Jeršovienė V, Gudlevičienė Ž, Rimienė J, Butkauskas D. Human Papillomavirus and Infertility. *Medicina (Kaunas).* 2019 Jul p377
35. Bleyer A, Spreafico F, Barr R. Prostate cancer in young men: An emerging young adult and older adolescent challenge. *Cancer.* 2020 Jan p46-57
36. Sarier M, Sepin N, Keles Y, Imir L, Emek M, Demir M, Kukul E, Soylu A. Is There any Association between Urothelial Carcinoma of the Bladder and Human Papillomavirus? A Case-Control Study. *Urol Int.* 2020 p81-86
37. Dépistage du cancer du col de l'utérus, organisation et mise en place du programme de dépistage organisé. *INVS* juil 2022 (en ligne)
38. Schim van der Loeff MF, Mooij SH, Richel O, de Vries HJ, Prins JM. HPV and anal cancer in HIV-infected individuals: a review. *Curr HIV/AIDS Rep.* 2014 Sep;11p250-62.
39. Muñoz N, Kjaer SK, Sigurdsson K, Impact of human papillomavirus (HPV)-6/11/16/18 vaccine on all HPV-associated genital diseases in young women. *J Natl Cancer Inst.* 2010 Mar 325-39
40. Commission de transparence sur le Gardasil, HAS, 18 avril 2007, CT-4029
41. Schwarz TF, Spaczynski M, Schneider A, Wysocki J, HPV Study Group for Adult Women. Immunogenicity and tolerability of an HPV-16/18 AS04-adjuvanted prophylactic cervical cancer vaccine in women aged 15-55 years. *Vaccine.* 2009 Jan p581-7
42. Histoire d'une polémique : vaccination anti-HPV et maladies auto-immunes, Espace professionnel, vaccin info service (en ligne)

43. Denis F, Cohen R, Stahl JP, Martinot A, Dury V, Le Danvic M, Gaudelus J. Papillomavirus vaccination in France according to 2008 to 2012 Vaccinoscopie(®) data. *Med Mal Infect.* 2014 Jan;44(1):18-24
44. Miranda S, Chaignot C, Collin C, Dray-Spira R, Weill A, Zureik M. Human papillomavirus vaccination and risk of autoimmune diseases: A large cohort study of over 2 million young girls in France. *Vaccine.* août 2017;35(36):4761-8.
45. Safety of HPV vaccines, Extract from report of GACVS meeting of 7-8 June 2017, published in the WHO Weekly Epidemiological Record of 14 July 2017
46. Mouchet J, Salvo F, Raschi E, Poluzzi E, Human papillomavirus vaccine and demyelinating diseases-A systematic review and meta-analysis. *Pharmacol Res.* 2018 Jun p108-118.
47. Van Damme P, Olsson SE, Block S, Castellsague X, Immunogenicity and Safety of a 9-Valent HPV Vaccine. *Pediatrics.* 2015 Jul;136(1):e28-39
48. La politique vaccinale : un enjeu de santé publique, une confiance à conforter, Rapport public annuel 2018 - Cour des comptes - février 2018 (en ligne)
49. Évolution de la couverture vaccinale du vaccin contre le papillomavirus en France - 2008-2018, Santé publique France
50. Santé Public France, Données de couverture vaccinale papillomavirus humains (HPV) par Page 60 sur 64 groupe d'âge, [consulté le 25 avril 2022] www.santepubliquefrance.fr/determinants-desante/vaccination/articles/donnees-de-couverture-vaccinale-papillomavirus-humains-hpv-pargroupe-d-age
51. Drolet M, Bénard É, Pérez N, Brisson M; HPV Vaccination Impact Study Group. Population-level impact and herd effects following the introduction of human papillomavirus vaccination programmes: updated systematic review and meta-analysis. *Lancet.* 2019 Aug 10p394
52. Brisson M, Kim JJ, Canfell K, Drolet M, Gingras G, Impact of HPV vaccination and cervical screening on cervical cancer elimination: a comparative modelling analysis in 78 low-income and lower-middle-income countries. *Lancet.* 2020 Feb p575-590
53. Infection à papillomavirus humain(HPV), Espace professionnel info vaccination.fr (en ligne)
54. Gardasil 9, HAS santé (en ligne)
55. Palefsky JM, Giuliano AR, Goldstone S, Moreira ED Jr, HPV vaccine against anal HPV infection and anal intraepithelial neoplasia. *N Engl J Med.* 2011 Oct p1576-85
56. Herrero R, Quint W, Hildesheim A, Gonzalez P, Struijk L, CVT Vaccine Group. Reduced prevalence of oral human papillomavirus (HPV) 4 years after bivalent HPV vaccination in a randomized clinical trial in Costa Rica. *PLoS One.* 2013 Jul 17;8(7):e68329.
57. Marra E, Lin C, Clifford GM. Type-Specific Anal Human Papillomavirus Prevalence Among Men, According to Sexual Preference and HIV Status: A Systematic Literature Review and Meta-Analysis. *J Inf Dis* 2019;219:590–598
58. Wei F, Gaisa MM, D'Souza G,. Epidemiology of anal human papillomavirus infection and high-grade squamous intraepithelial lesions in 29 900 men according to HIV status, sexuality, and age: a collaborative pooled analysis of 64 studies. *Lancet HIV.* 2021, sept, 531-541
59. Liu G, Sharma M, Tan N, Barnabas RV. HIV-positive women have higher risk of human papillomavirus infection, precancerous lesions, and cervical cancer. *AIDS.* 2018 Mar p795-808.
60. Vaccinations des personnes immunodéprimées ou aspléniques. Recommandations. Haut conseil de la santé publique 2013
61. Papillomavirus : la vaccination recommandée pour tous les garçons. HAS santé.fr janv 2020(en ligne)
62. Abramowitz L, Descamps P, Denis F, Dommergues MA, Pradat P, St Guily JL, Judlin P. Papillomavirus and cancers: should we extend vaccination to boys in France? *J Public Health (Oxf).* 2017 Dec :p229-234.
63. Recommandation sur l'élargissement de la vaccination contre les papillomavirus aux garçons HAS, 16 déc. 2019

64. Hartwig S, St Guily JL, Dominiak-Felden G, Alemany L, de Sanjose S., Estimation of the overall burden of cancers, precancerous lesions, and genital warts attributable to 9-valent HPV vaccine types in women and men in Europe. *Infect, Agent Cancer* 2017, 12:19
65. Hartwig S, Baldauf JJ, Dominiak-Felden G, Simondon F, Alemany L, de Sanjosé S, et al., Estimation of the epidemiological burden of HPV-related anogenital cancers, precancerous lesions, and genital warts in women and men in Europe: potential additional benefit of a ninevalent second generation HPV vaccine compared to first generation HPV vaccines, *Papillomavirus Res* 2015, 1:90-100
66. Q.Beaucamp, Ressenti et perception des parents concernant la vaccination des garçons contre le papillomavirus. Thèse de Médecine, Tours, Juin 2022
67. A.Maillard, Explorer les critères d'acceptabilité des parents à vacciner leur garçon contre le papillomavirus, Thèse de Médecine, Montpellier, Novembre 2021
68. J.Lebeau, Initiation à la recherche qualitative en santé, le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire. Janv 2021
69. Lam JU, Rebolj M, Dugué PA, Bonde J, von Euler-Chelpin M, Lynge E. Condom use in prevention of Human Papillomavirus infections and cervical neoplasia: systematic review of longitudinal studies. *J Med Screen*. 2014 Mar;21(1):38-50. doi: 10.1177/0969141314522454. Epub 2014 Jan 31. PMID: 24488594.
70. Vázquez-Otero C, Thompson EL, Daley EM, Griner SB, Logan R, Vamos CA. Dispelling the myth: Exploring associations between the HPV vaccine and inconsistent condom use among college students. *Prev Med*. 2016 Dec;93:147-150. doi: 10.1016/j.ypmed.2016.10.007. Epub 2016 Oct 3. PMID: 27713099.
71. INED. L'âge au premier rapport sexuel. [En ligne]. Mis à jour en septembre 2014. ; <http://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/fiches-pedagogiques/l-age-au-premier-rapport-sexuel/> [Consulté le 18/03/22]
72. Coles VA, Patel AS, Allen FL, Keeping ST, Carroll SM. The association of human papillomavirus vaccination with sexual behaviours and human papillomavirus knowledge: a systematic review. *Int J STD AIDS*. 2015 Oct;26(11):777-88. doi: 10.1177/0956462414554629. Epub 2014 Oct 8. PMID: 25300588.
73. M.Waline, Aborder la sexualité avec un adolescent en médecine générale, Thèse de Médecine, Dijon, Novembre 2016

ANNEXE 1 : trame d'entretien finale

- Recueil des données épidémiologiques (âges des parents, des enfants, nombre d'enfants et quels sexe, milieu social, etc)

1) VACCINATION EN GÉNÉRAL

- Comment cela s'est-il passé pour la vaccination de vos enfants ? Racontez-moi.
 - Qu'est-ce que vous pensez de la vaccination en général ?

2) CONNAISSANCES DES HPV

- Que savez-vous des papillomavirus ?
 - Savez-vous quelles pathologies cela peut engendrer et comment s'en protéger ?
 - Avez-vous été touchés par ces maladies personnellement ou dans la famille ?
 - Pouvez-vous me dire où vous avez appris tout ça (d'où proviennent vos informations ?)
 - En avez-vous discuté avec des professionnels de santé (médecin, infirmier(e), sage-femme, pharmacien, campagne de sensibilisation, collège/lycée ?) ?
 - Si discussion il y a eu, comment cela a-t-il impacté votre décision, racontez- moi.

3) VACCINATION ANTI-HPV

- Racontez-moi ce que vous savez de cette vaccination anti-papillomavirus
 - Qu'est-ce que vous en pensez ?
 - Connaissez-vous des polémiques aux sujets du vaccin contre le papillomavirus?
 - (Si filles dans la fratrie:) Vos filles sont-elles vaccinées ?

4) HPV CHEZ LE GARÇON

- Que pensez-vous du fait d'avoir rendu cette vaccination accessible aux garçons ?
 - Que pensez-vous de le faire à cet âge ? (11 ans) Ou plus tard ? Pourquoi ?
- Quelle décision avez-vous prise concernant votre/vos garçons et comment en êtes-vous arrivés à cette décision ?

5) POUVOIR DÉCISIONNEL

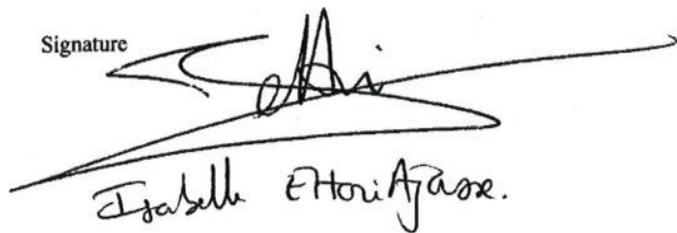
- Qui décide pour la vaccination dans la famille ?
- Qui décide pour ce vaccin ? Pourquoi ?
 - Comment votre garçon a-t-il pris part à la décision ? Sa position a-t-elle changé ?
 - Avez-vous respecté sa décision ? Essayé de la changer ? Comment avez-vous fait ?

6) LIBRE PENSÉE

- Avez-vous quelque chose à ajouter ?

Vu, le Directeur de Thèse

Signature



Isabelle Etroigasse.

Vu, le Doyen

De la Faculté de Médecine de Tours

Tours, le

Thomas BARON

58 pages - 1 Tableau - 1 Figure

Résumé

Introduction : La famille des papillomavirus est responsable chaque année d'une morbi-mortalité importante dans les deux sexes avec 6000 nouveaux cancers par an en France, dont la grande partie chez les femmes. L'évolution des pratiques sexuelles tend à augmenter l'incidence de ces lésions précancéreuses et cancéreuses HPV induites, ainsi que les sites anatomiques touchés. La vaccination est efficace dans la prévention d'un certain nombre de ces manifestations, mais la couverture vaccinale peine encore à décoller avec 1/3 seulement de jeunes filles vaccinées avec un schéma complet. Afin de protéger la population masculine et de participer à une immunité de groupe, le vaccin est recommandé chez le garçon à partir de 11 ans depuis décembre 2019. A qui le médecin doit-il s'adresser pour améliorer la couverture vaccinale ?

Objectif : Explorer la décision à la vaccination anti-HPV chez les parents de garçons en âge de se faire vacciner.

Méthode : Étude qualitative par entretien semi dirigés auprès de 15 parents de garçons âgés de 9 à 17 ans révolus. Analyse phénoménologique interprétative.

Résultats : L'infection HPV reste globalement méconnue. Le risque paraissant toucher principalement les filles, l'intérêt de vacciner le garçon semble moins évident. Ceci constitue un frein important à la vaccination de ces derniers. Le pouvoir décisionnel pour ce vaccin se partage selon un continuum entre 2 grands pôles basés sur l'âge et la maturité : l'enfant et l'adolescent. Pour le jeune garçon, le vaccin est "comme les autres", les parents décident, surtout la maman. Pour l'adolescent en revanche, le lien de ce vaccin avec la sexualité apparaît et en font un vaccin à part. Les parents laissent au garçon la responsabilité du choix vaccinal et de l'éventuel "partage d'une partie du fardeau de la sexualité que portent les femmes". Ce lien avec la sexualité crée des problématiques nouvelles de dialogue dans cette transition d'enfant à adolescent. Le médecin généraliste est vu comme primordial dans son apport d'information tout au long de ce continuum, ainsi que dans le dialogue avec l'adolescent sur sa sexualité. Enfin le refus n'est pas définitif, il évolue tout au long du transfert du pouvoir vaccinal, offrant de multiples occasions au médecin généraliste de vacciner ces garçons.

Conclusion : Le partage du pouvoir décisionnel sur le vaccin anti-HPV, en lien étroit avec la sexualité, se fait d'une mère qui choisit pour un enfant, à un adolescent qui décide pour sa future vie d'adulte, selon un continuum qui évolue avec l'âge et la maturité du garçon. Le médecin généraliste devra s'adresser progressivement de l'un à l'autre pour adapter son discours.

Mots clés : Vaccin Papillomavirus, garçon, décision vaccinale

Jury :

Président du Jury : Professeur Henri MARRET

Directeur de thèse : Docteur Isabelle ETTORI-AJASSE,

Membres du Jury : Professeur Catherine GAUDY-GRAFFIN

Docteur Laetitia CANAZZI,

Date de soutenance : 18 novembre 2022