

SOMMAIRE

Liste des abréviations.....	8
Introduction.....	9
Partie I : Revue de la littérature.....	10
A- De l'infection à HPV au cancer du col de l'utérus	10
1- Epidémiologie de l'infection à HPV	10
a) Caractéristiques des papillomavirus.....	10
b) Prévalence	12
c) Mode de contamination	12
d) Types de HPV et lésions provoquées	12
e) Facteurs influençant la contamination par HPV.....	15
- Age	
- Précocité du premier rapport sexuel	
- Nombre de partenaires	
- Autre IST	
- Tabagisme	
- Contraception hormonale	
2- Histoire naturelle de l'infection à HPV	16
a) élimination spontanée	16
b) évolution possible vers un cancer	17
3- Epidémiologie du cancer du col de l'utérus	18
B- Mesures de prévention du cancer du col utérin	21
1- Prévention primaire.....	21
2- Dépistage par le FCU	21

3- Test de détection d'HPV	24
C- Le vaccin anti papillomavirus	26
1- Principes du vaccin	26
a) Mode d'action.....	26
b) Vaccins disponibles	26
- Vaccin quadrivalent	
- Vaccin bivalent	
c) Efficacité	27
- Age de la population cible	
- Vaccination masculine	
- Durée de protection	
d) Protection croisée	30
2- Indications de la vaccination	30
a) Recommandations françaises.....	30
b) Recommandations étrangères	30
3- Limites de la vaccination	33
a) Effets secondaires	34
b) Coût.....	35
c) Modification de la stratégie de dépistage.....	36
Partie II : Etude : Entretiens semi-directifs	37
A- Contexte	37
B- Matériel et méthode.....	37
C- Résultats et analyse	38
1- Echantillon des médecins interrogés	38
- Nombre de médecins inclus	

- Sexe	
- Age	
- Lieu d'exercice	
- Mode d'exercice particulier	
- Pratique d'acte de gynécologie	
- Pourcentage de femmes en âge d'être vaccinées	
- CSP de la patientèle	
2- Analyse des données	40
a) Formation des médecins	40
- Echelle de formation	
- Type de formation	
b) Proposition de la vaccination anti papillomavirus	41
- Limites d'âge de proposition de la vaccination	
- Présence des parents lors de la proposition de la vaccination	
- Question des rapports sexuels	
- A quelle occasion ce vaccin est-il prescrit ?	
- Quel vaccin est prescrit ?	
- Le rythme des vaccinations est-il tenu ?	
c) Freins pour les médecins	45
d) Demandes des patientes.....	46
e) Freins pour les patientes	46
f) Effets secondaires rencontrés	47
D- Discussion	48
1- Discussion de la méthodologie.....	48
a) Médecins	48
b) Questionnaires.....	48
2- Discussion des résultats.....	48
a) Médecins	48
b) Connaissance et respect des recommandations.....	48
c) Freins pour les médecins	50

d) Freins pour les patientes et leurs parents	51
e) Occasion d'une consultation de prévention	51
f) Impact de la campagne de vaccination	52
Conclusion	53
Annexes	54
I- Questionnaire des entretiens semi-directifs.....	54
II- Verbatim.....	56
Bibliographie	90

LISTE DES ABREVIATIONS

ADN : Acide désoxyribonucléique.
AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
AMM : Autorisation de Mise sur le Marché
ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
ASC-US (*Atypical squamous cells of undeterminate significance*) : Atypies de cellules malpighienne de signification indéterminée
CAE : Condylomes Acuminés Externes
CIN (*Cervical intraepithelial neoplasia*) : Néoplasie cervicale intraépithéliale
CIS : Carcinome In Situ
EMA : European Medical Agency
FCU : Frottis cervico-utérin
FDA : Food and drug administration
HAS : Haute Autorité de Santé
HPV (*Human papillomavirus*) : Papillomavirus Humain
HPV HR (*High Risk*) : Papillomavirus humains à haut risque oncogène
HPV LR (*Low Risk*) : Papillomavirus humains à faible risque oncogène
HSIL : Lésions malpighiennes intraépithéliales de haut grade
INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
IST : Infection sexuellement transmissible
LSIL : Lésions malpighiennes intraépithéliales de bas grade
MEP : Mode d'exercice particulier
OMS : Organisation mondiale de la santé
PCR (*Polymerase Chain reaction*) : Réaction en chaîne par polymérase
VIH : Virus de l'immunodéficience humaine
VLP *Virus like particles* : pseudo particules virales

INTRODUCTION

Le cancer du col utérin est le second cancer féminin en terme de mortalité dans le monde, avec plus de 500 000 nouveaux cas par an.

En France, il est au huitième rang des cancers féminins, et au second rang en terme de mortalité chez la femme jeune.

Il est dû à une infection virale par le papillomavirus humain, cette dernière est considérée comme la plus courante des infections sexuellement transmissibles. L'évolution lente de cette infection pour aboutir au cancer du col utérin permet un dépistage secondaire par frottis cervico-utérin des lésions précancéreuses. Mais le taux de couverture moyen de ce dernier ne dépasse pas les 55 % et ainsi ne permet pas de dépister tous ces cancers. De plus sa mauvaise sensibilité est à l'origine d'un coût et d'une morbidité non négligeables.

Depuis fin 2006 est apparu sur le marché européen le premier vaccin prophylactique dirigé contre les HPV 6, 11, 16 et 18 : Le Gardasil®, suivi fin 2007 du second vaccin : Le Cervarix® dirigé contre les HPV 16 et 18.

Ces vaccins présentent une avancée majeure dans la lutte contre le cancer du col utérin permettant une prévention primaire.

Ils sont recommandés par le Conseil Supérieur d'Hygiène Publique depuis mars 2007 pour « les jeunes filles de 14 ans, ou en rattrapage, aux jeunes filles et jeunes femmes de 15 à 23 ans n'ayant pas eu de rapports sexuels, ou, au plus tard, dans l'année suivant leur premier rapport ».

Ces vaccins sont remboursés à 65 % par la Sécurité Sociale depuis juillet 2007 pour le premier et juillet 2008 pour le second.

Le rôle du médecin généraliste paraît central dans la diffusion de ce vaccin car il est le plus à même de voir en consultation les adolescentes et, en tant que médecin de famille, d'informer voire de convaincre les patientes et leurs parents de le réaliser.

Ainsi leurs opinions et convictions personnelles sont prépondérantes dans la mise en place de cette prévention primaire.

Trois ans après l'autorisation de mise sur le marché de ces vaccins anti HPV, cette étude a pour objectif de connaître les pratiques et les opinions des médecins généralistes de Seine et Marne sur cette vaccination mais également d'en connaître les freins éventuels ainsi que ceux des patientes et de leurs parents.

PARTIE I

REVUE DE LA LITTÉRATURE

A- De l'infection à HPV au cancer du col de l'utérus

1-Epidémiologie de l'infection à HPV

a) Caractéristiques des papillomavirus

Les papillomavirus sont des petits virus nus et résistants de 50 à 55 nm de diamètre dont la capsid est composée de 72 capsomères formant une structure icosaédrique. Leur génome viral est constitué d'un ADN double brin circulaire dont un seul brin est codant d'environ 8000 paires de bases.

Il est décrit plusieurs régions génomiques :

- Une région précoce dite E (Early) codant pour des protéines non structurales impliquées dans la réplication de l'ADN viral (E1 et E2), la régulation de l'expression des gènes viraux (E2), la formation des virions (E4), et pour les HPV à haut risque seulement, dans des phénomènes de carcinogénèse (E5, E6, E7).
- Et une région tardive dite L (Late) codant pour les protéines structurales L1 et L2 qui composent la capsid.

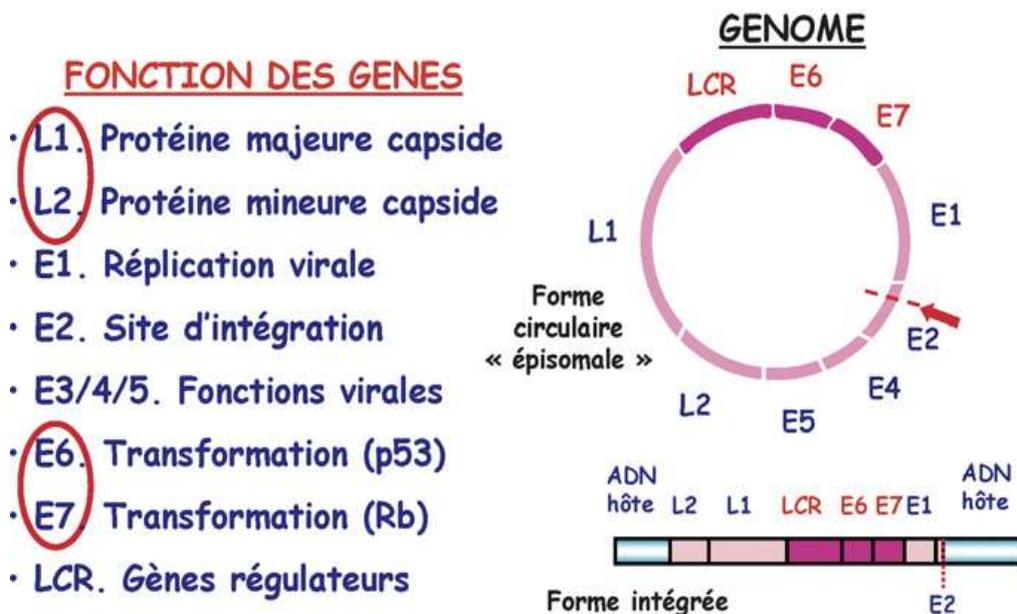


Fig 1 : structure des papillomavirus [6]

Lors d'un rapport contaminant, les HPV vont infecter les cellules souches de l'épithélium malpighien. Les virus atteignent leurs cellules cibles soit de manière directe, au niveau de la zone de jonction entre l'épithélium malpighien de l'exocol et l'épithélium glandulaire de l'endocol, zone de fragilité composée d'une seule et unique couche de cellules basales, ou bien de manière indirecte, par l'intermédiaire de microlésions présentes au niveau de l'exocol. Les cellules souches de l'exocol possèdent des récepteurs reconnaissant certaines protéines de la capsid virale facilitant la phase de pénétration cellulaire

Le cycle viral dépend étroitement du cycle cellulaire. Le génome du virus est répliqué sous une forme épisomale dans les couches basales de l'épithélium. Au fur et à mesure que les cellules épithéliales se différencient et par le biais d'expression de facteurs cellulaires impliqués dans la différenciation épithéliale, le cycle viral se poursuit et conduit à l'expression des gènes viraux L1 et L2 participant à l'élaboration de la capsid, enveloppe protéique qui entoure le matériel génétique du virus. Les virus matures sont ainsi libérés à la surface et peuvent se propager au sein du même épithélium, ou alors, ils sont transmis par contact à un autre partenaire lors de rapports sexuels.

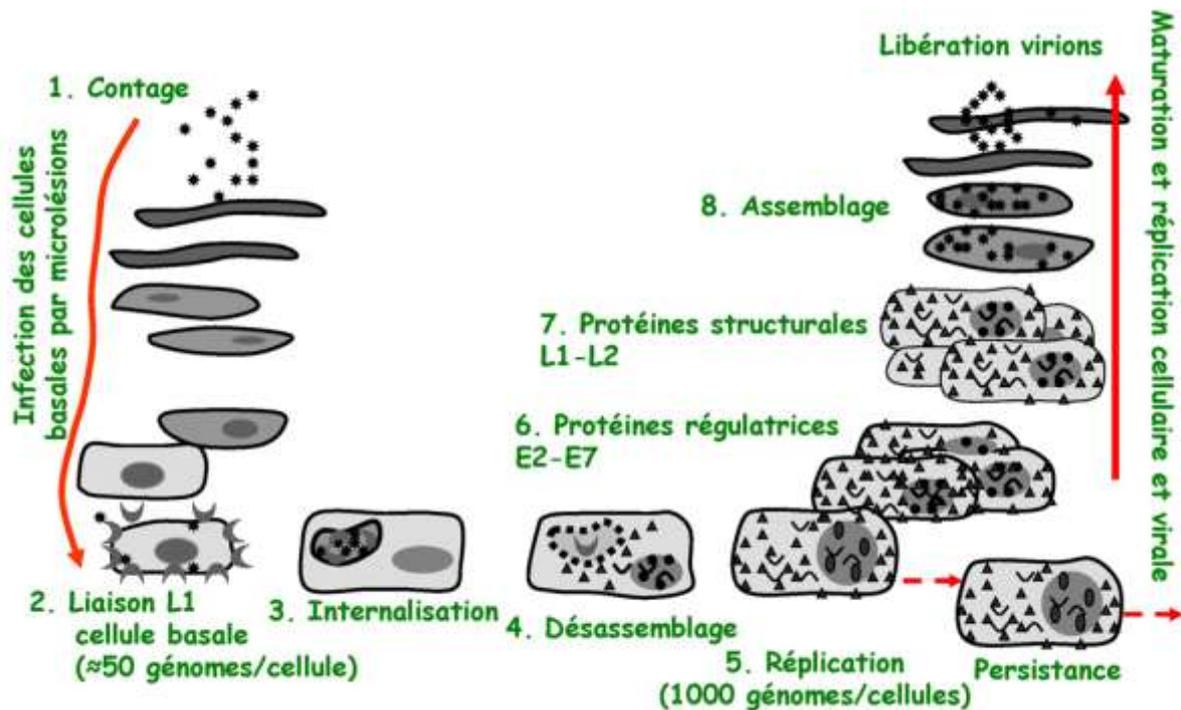


Fig 2 : cycle cellulaire des papillomavirus [6]

L'intégration de l'ADN viral dans le génome de la cellule épithéliale s'observe exclusivement dans les HPV à haut risque, impliquant l'expression des gènes codant pour les protéines E6 et E7, responsables d'une dérégulation du cycle cellulaire et de la transformation des cellules épithéliales en cellules cancéreuses [6,33].

b) Prévalence

La prévalence de l'infection cervicale par les HPV, standardisée sur l'âge, est de 10,5 % en moyenne dans la population générale mondiale. Celle-ci varie fortement d'un pays à l'autre, allant de 1,4 % en Espagne à 25,6 % au Nigeria. La prévalence est augmentée dans les pays en voie de développement [4].

En Europe, les taux d'infection à HPV varient selon les pays entre 1,4 et 7,7 %. En France, le pic de prévalence des infections à HPV dans la population féminine est estimé en moyenne à 14,3 % aux alentours de 20-24 ans [1,2].

L'infection à HPV est la plus fréquente des infections sexuellement transmissibles. Il est estimé que 50 à 75 % des femmes de 15 à 44 ans sont ou ont été exposées aux HPV [12].

c) Mode de contamination

La transmission se fait par contact direct et plus particulièrement par contact sexuel, même non pénétrant, pour les HPV ano-génitaux. Le risque de transmission homme-femme est de 60-70 % après un rapport sexuel avec un partenaire infecté [1,3].

Mais ces virus très résistants aux écarts de température, peuvent être transmis par des vecteurs comme l'eau, le linge, le matériel et les gants souillés, il existe également une contamination lors de l'accouchement.

La zone de transition entre l'épithélium malpighien et l'épithélium glandulaire présente une fragilité mécanique de part les micro-lésions dues aux rapports sexuels, ainsi qu'une fragilité immunitaire. Elle constitue ainsi le principal site d'infection des HPV [3].

d) Types de HPV et lésions provoquées

Plus de 120 génotypes de papillomavirus humains ont été identifiés au cours des 20 dernières années. Les génotypes sont classés en fonction de leur tropisme (peau, muqueuses) et de leur potentiel oncogène.

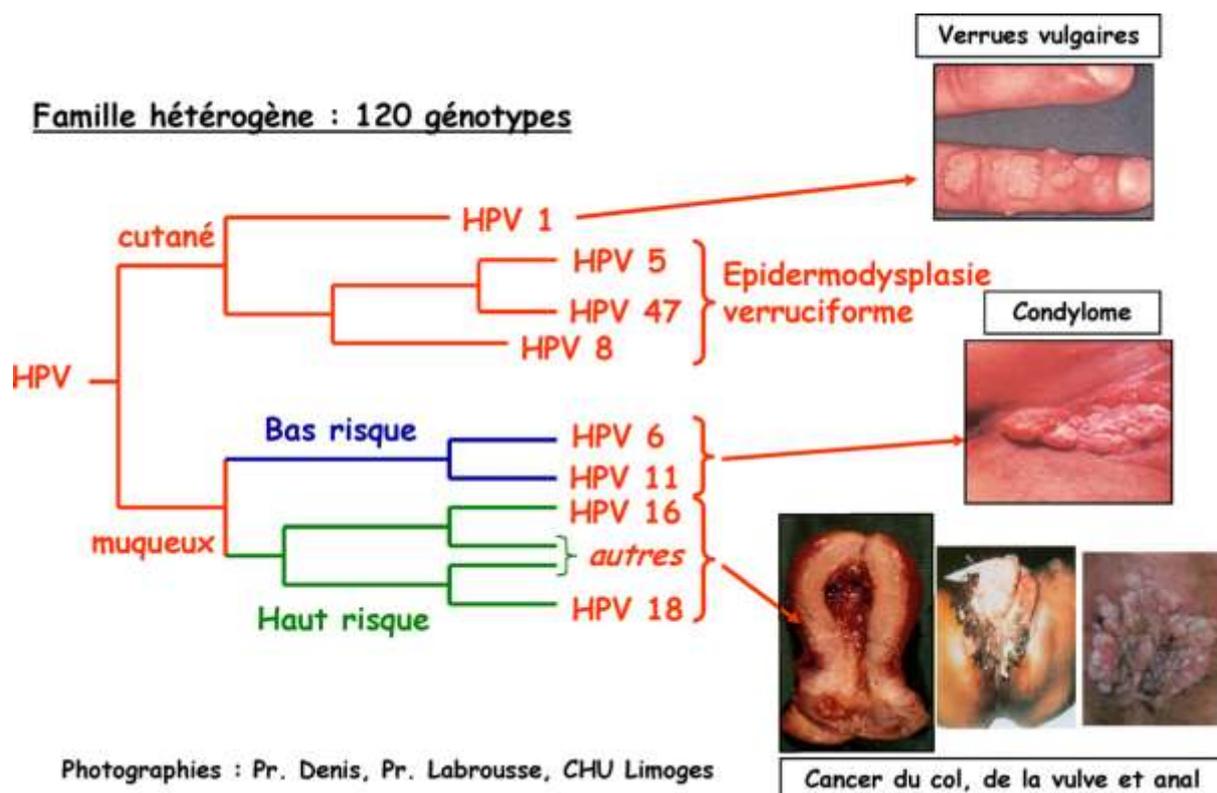


Fig 3 : classification des papillomavirus humains [6]

Deux grandes classes de papillomavirus humains sont répertoriées :

-Les HPV préférentiellement associés aux lésions cutanées. Les HPV de type 1 et 4 par exemple sont fréquemment retrouvés dans les verrues, alors que les HPV de type 5 et 8 sont incriminés dans l'épidermodysplasie verruciforme.

-Les HPV infectant les muqueuses anogénitales (col utérin, vulve, vagin, pénis et anus), oropharyngées et oesophagiennes.

Parmi la quarantaine de virus ayant ce tropisme, certains sont dits à bas risque ou à faible potentiel oncogène : c'est le cas des HPV 6 et 11 communément retrouvés dans les condylomes génitaux, alors que d'autres sont dits à haut risque : c'est le cas des HPV 16 et 18 impliqués dans la carcinogenèse du col utérin. Dans ce dernier groupe, sont aussi inclus des HPV dits à risque intermédiaire, il s'agit des HPV 31, 33, 35, 51... fréquemment détectés dans les lésions anogénitales [3,8].

Par ailleurs, les HPV à haut risque ont été mis en évidence dans 80 à 90% des cancers du canal anal, 60% des cancers du vagin, 50% des cancers de la vulve, 40% des cancers du pénis. Et ils ont été identifiés dans presque tous les épithéliums muqueux : bouche, larynx, trachée, sinus, conjonctives, œsophage...

La papulose bowénoïde et la maladie de Bowen sont également secondaires à des infections à HPV.

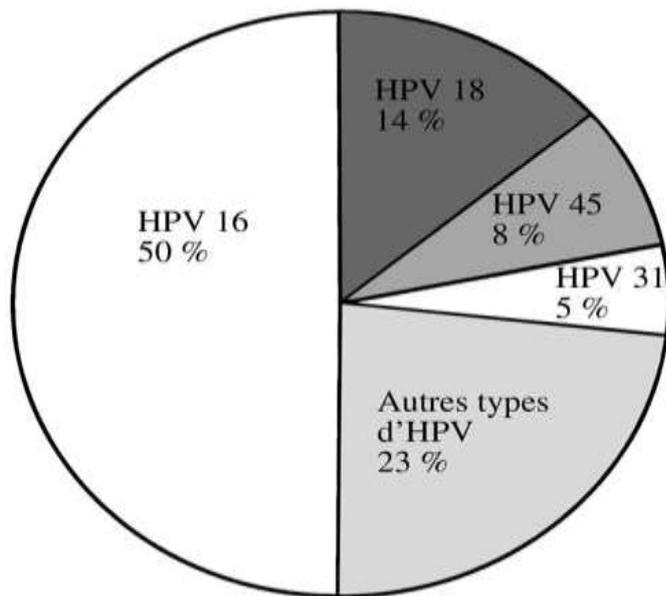


Fig 4 : Répartition globale des HPV oncogènes dans le cancer du col utérin [3]

En Europe, près de 70 % des cancers du col utérin sont associés aux HPV 16. En Asie du Sud-est, les HPV 18 sont présents avec une fréquence élevée, de l'ordre de 32 %. En Amérique Centrale et du Sud, les HPV 39 et 59 sont retrouvés dans près de 5 % des cancers du col, alors qu'ils ne sont pratiquement jamais retrouvés dans le reste de la population mondiale et les HPV 31 et 33 représentent plus de 10 % des types impliqués dans la carcinogenèse. En Amérique du Nord et en Afrique, les HPV 45 sont détectés en moyenne dans 13 % des lésions malignes. Les HPV à bas risque oncogénique, dont les représentants les plus courants sont HPV 6 et 11 sont rarement retrouvés dans les cancers du col utérin, ou alors associés aux HPV oncogènes [3].

Ainsi l'on remarque que la répartition et l'incrimination des différents types de HPV, dans le cancer du col utérin, différent selon les régions du monde.

Les études EDiTH ont analysé la distribution des génotypes de papillomavirus humains dans les cancers invasifs, les néoplasies intra-épithéliales de haut grade (CIN2/3) et les lésions de bas grade du col de l'utérus (LSIL), ainsi que dans les condylomes acuminés externes (CAE) en France.

Dans les cancers invasifs et les CIN2/3, l'HPV 16 était le plus prévalent (73 % et 62 %, respectivement), suivi de l'HPV 18 (19 %) pour les cancers et de l'HPV 31 (15 %) pour les CIN2/3. Dans les LSIL, l'HPV 66 (25 %) et l'HPV 16 (21 %) étaient les plus fréquents, alors que dans les CAE, l'HPV 16 (68 %) et l'HPV11 (16 %) étaient les plus fréquemment identifiés.

Ainsi, les génotypes 16 et 18 étaient principalement observés dans les cancers (82 %) et dans les lésions précurseurs (64 % dans les CIN2/3 et 28 % dans les LSIL), tandis que les génotypes 6 et 11 étaient essentiellement associés aux condylomes (83 %) [9].

« é

e) Facteurs influençant la contamination par HPV

Le risque de transmission de l'infection augmente chez les femmes jeunes (<25 ans), avec la précocité des premiers rapports sexuels, le nombre de partenaires, l'existence d'IST concomitantes, l'existence d'un tabagisme ou l'utilisation de contraceptifs hormonaux. [1, 3, 4]

- L'âge

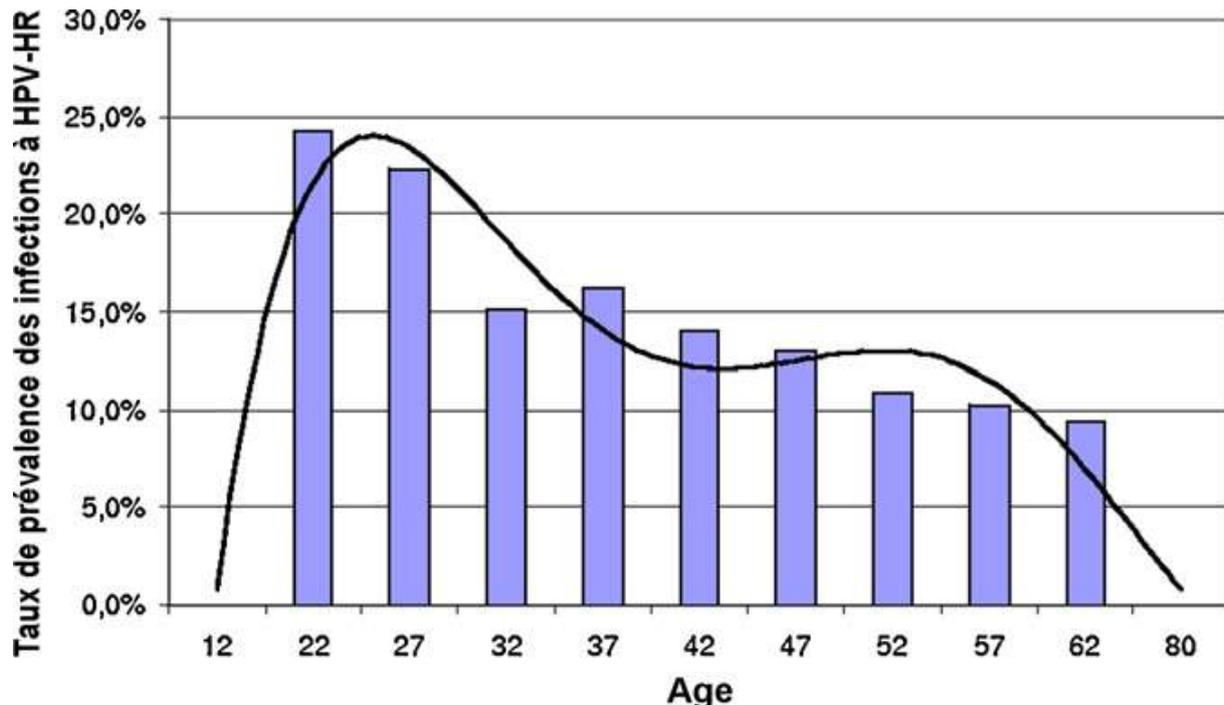


Fig. 5 : Taux de prévalence des infections à papillomavirus humains à haut risque oncogène (HPV-HR) par âge en France [2]

Cette figure montre une augmentation rapide du taux de prévalence des infections à HPV-HR avec l'âge, à partir du début de la vie sexuelle et jusqu'à la tranche 20 à 24 ans, suivie par une baisse progressive [2].

Il existe un pic de fréquence des HPV oncogènes entre 20 et 25 ans, âge de la grande vulnérabilité de la zone de jonction exo-endocol par où pénètrent les HPV [3,4,6].

- Précocité du premier rapport sexuel

Les femmes ayant eu leur premier rapport sexuel avant l'âge de 16 ans présentent un risque de développer un cancer du col utérin deux fois plus élevé que celles dont le premier rapport a eu lieu après 20 ans. Cette relation entre la précocité du premier rapport sexuel et le risque de cancer du col pourrait refléter la plus grande sensibilité du col utérin à l'action de différents carcinogènes pendant l'adolescence [3]. Selon certains auteurs, chez les femmes jeunes, l'infection à HPV serait plus « un marqueur de l'activité sexuelle qu'un stigmate de lésion cervicale » [3,4].

- Nombre de partenaires

Selon les études, le nombre de partenaires annuel aboutissant à une majoration du risque infectieux est de 3-4 [4]. Le risque de développer un cancer du col est environ trois fois supérieur chez les femmes ayant dix partenaires différents, comparativement à celles ayant un seul partenaire [3].

- Autre IST

La fréquence de ces infections est plus élevée dans la population dont les partenaires présentent des antécédents de lésions génitales ou d'IST (notamment HSV 2, chlamydia trachomatis, VIH) [3]. La prévalence chez les femmes VIH est très élevée, aux alentours de 50 % (mais d'autres facteurs semblent influencer ces chiffres : faible nombre de CD4, jeune âge, pays en voie de développement, peu d'utilisation du préservatif) [3,4].

- Tabagisme

L'étude de Boulanger et al. [4] montre l'existence d'une augmentation très nette du portage de HPV chez les fumeuses lequel est étroitement corrélé à l'importance du tabagisme.

- Contraception hormonale

Les résultats des études sont divergents quand à son influence sur les infections à HPV, un grand nombre d'études ne retrouvent pas ce lien [4].

2-Histoire naturelle de l'infection à HPV

a) élimination spontanée

La plupart des infections à HPV sont infracliniques et transitoires, 40% des jeunes femmes sont infectées dans les deux années qui suivent les premiers rapports sexuels [17].

Seul un très faible pourcentage de ces infections génitales à HPV va aboutir à des lésions malignes. Le taux de progression des infections génitales à HPV sans dysplasie vers des lésions intraépithéliales est de 8 à 13%. L'évolution naturelle de l'infection génitale à HPV est la guérison, avec une clairance virale de trois à six mois pour les HPV à bas risque et de 12 à 16 mois pour les HPV à haut risque [3,6].

Malgré la fréquence de la prévalence de l'infection à HPV chez la jeune femme, les CIN à cet âge sont relativement rares. Ainsi entre 15 et 25 ans, la prévalence de l'infection à HPV est de 30 à 35 %, celle des atypies koilocytaires est d'environ 4%, les CIN 3 représentent 1 cas sur 10000 et les cancers du col étant pratiquement inexistant [5].

La majorité des infections à HPV, en particulier des HPV à haut risque, sont transitoires avant 35 ans. Les femmes concernées par cette infection après 35 ans sont celles qui ont une infection persistante par les HPV à risque et pour lesquelles une lésion cervicale actuelle ou future a une forte probabilité d'être détectée [5].

Les lésions précancéreuses peuvent persister pendant plusieurs années, mais peuvent aussi régresser pour donner des formes subcliniques, voire des formes latentes. La charge virale diminue progressivement et de façon linéaire de la forme clinique à la forme subclinique puis latente. Les lésions subcliniques et latentes, plus difficiles à détecter, sont probablement les plus courantes. Les lésions de bas grade incluant les condylomes plans et les CIN 1 et les lésions indéterminées ou ASCUS seraient les plus communes. Ces lésions apparaissent en général un à deux ans après le début de l'infection [3].

En cas de portage transitoire de l'HPV, le risque de progression de telles lésions est nul, alors qu'en cas de portage persistant, défini par la présence d'un même type d'HPV sur deux prélèvements cervico-utérins à un an au moins d'intervalle, le risque est de 7,7%. C'est donc bien le portage persistant et non pas l'infection en elle-même, qui représente le facteur de risque de progression lésionnelle, ce dernier représente 10 à 20% des infections à HPV [3].

b) évolution possible vers un cancer

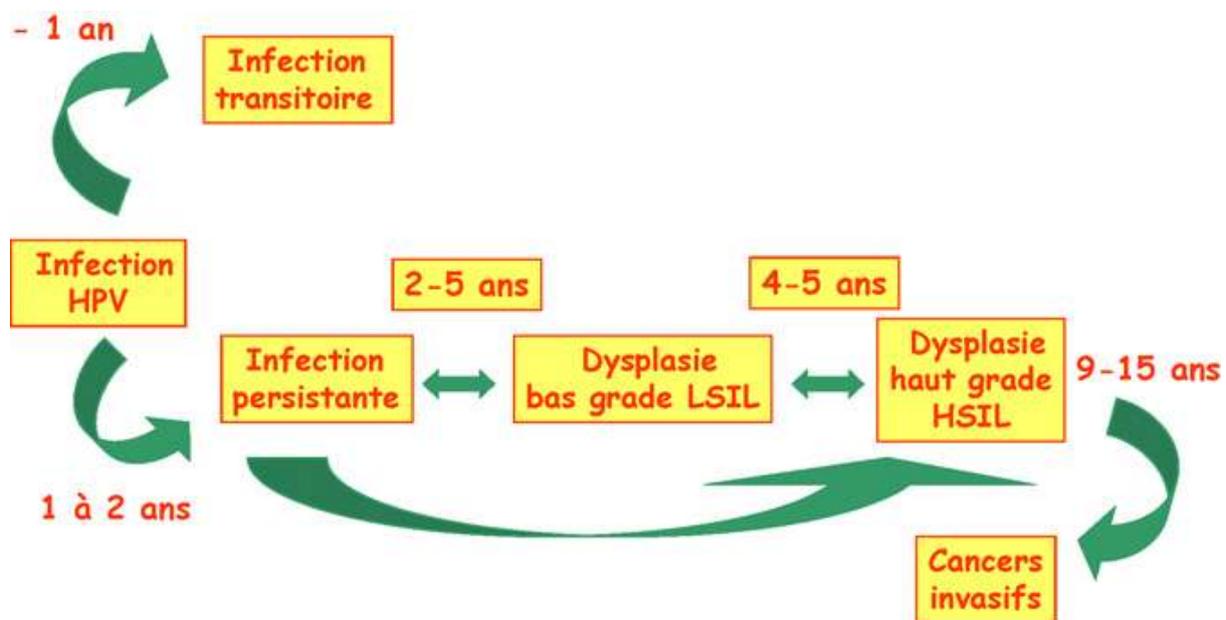


Fig 6 : histoire naturelle de l'infection HPV [6]

Chez certaines patientes, le virus va persister et entraîner des néoplasies intraépithéliales de bas grade puis de haut grade.

Le cancer est précédé de lésions précancéreuses classées en :

- Dysplasies de bas grade LSIL comprenant les CIN 1(dysplasie légère) et les condylomes plans
- Dysplasies de haut grade HSIL comprenant les CIN 2 (dysplasie modérée) et 3 (dysplasie sévère ou carcinome in situ)

De nombreux facteurs sont susceptibles d'influer sur la clairance virale, d'accroître la persistance des HPV et ainsi de conduire au cancer du col utérin :

- des facteurs liés à l'hôte : constitutifs telle une susceptibilité génétique ou acquise comme l'âge, l'immunodépression

- des facteurs environnementaux ou exogènes : l'utilisation au long cours de contraceptifs oraux (plus de 5 ans), le tabagisme actif ou passif, l'existence d'autres IST, certains facteurs nutritionnels
- des facteurs viraux : génotype (dont HPV 16 voir 18), une infection par certains variants viraux, une charge virale élevée [6,12].

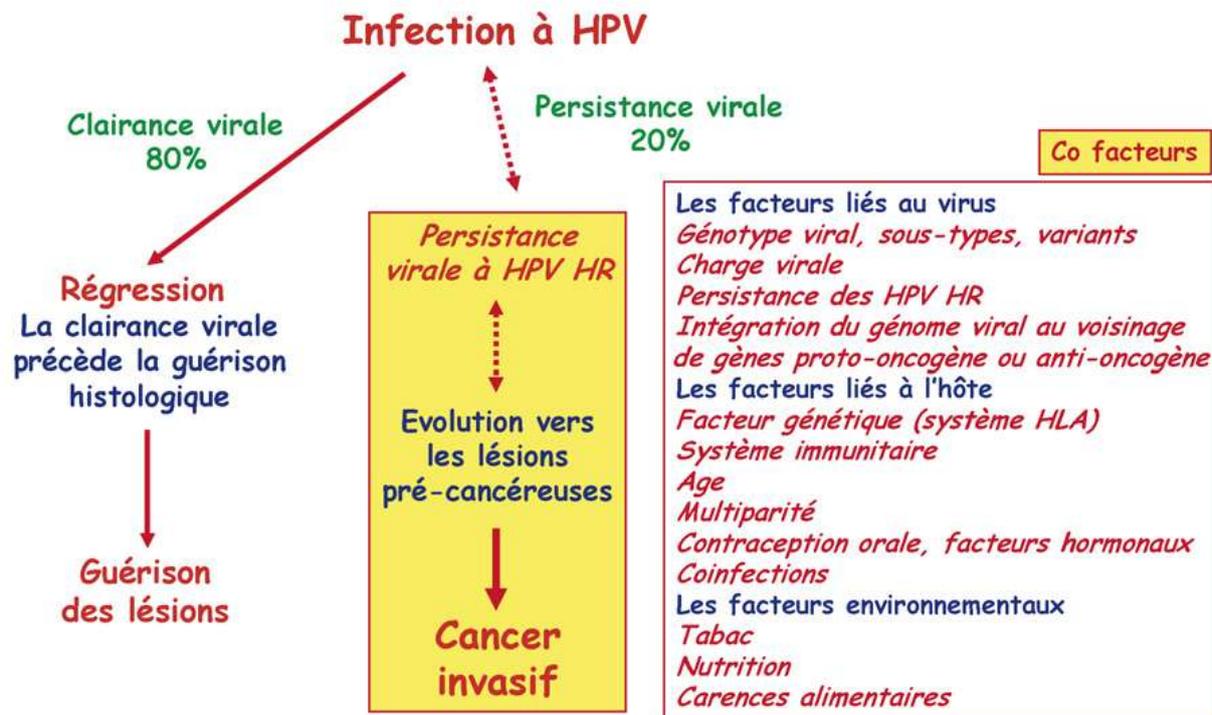


Fig 7 : les HPV : histoire naturelle [6]

3-Epidémiologie du cancer du col de l'utérus

Le cancer du col utérin est le second cancer féminin en terme d'incidence et de mortalité dans le monde, plus de 500 000 nouveau cas par an par le monde (chiffres 2005) dont les trois quarts dans les pays en voie de développement, avec plus de 80% des cas diagnostiqués à un stade inopérable et 250 000 décès.

Il est au huitième rang des cancers féminin en France en terme d'incidence avec 3 200 nouveaux cas par an et au cinquième rang en terme de mortalité avec 1 600 décès annuels [3,12]. Ce cancer est le second chez la femme jeune (15-44 ans) en terme de mortalité.

La répartition par âge de l'incidence des cancers invasifs du col utérin indique une fréquence croissante à partir de 20 ans, jusqu'à 40-44 ans, suivie d'une diminution jusqu'à 50 ans, puis d'une stabilisation jusqu'aux âges les plus élevés. L'âge médian au moment du diagnostic est de 51 ans [10].

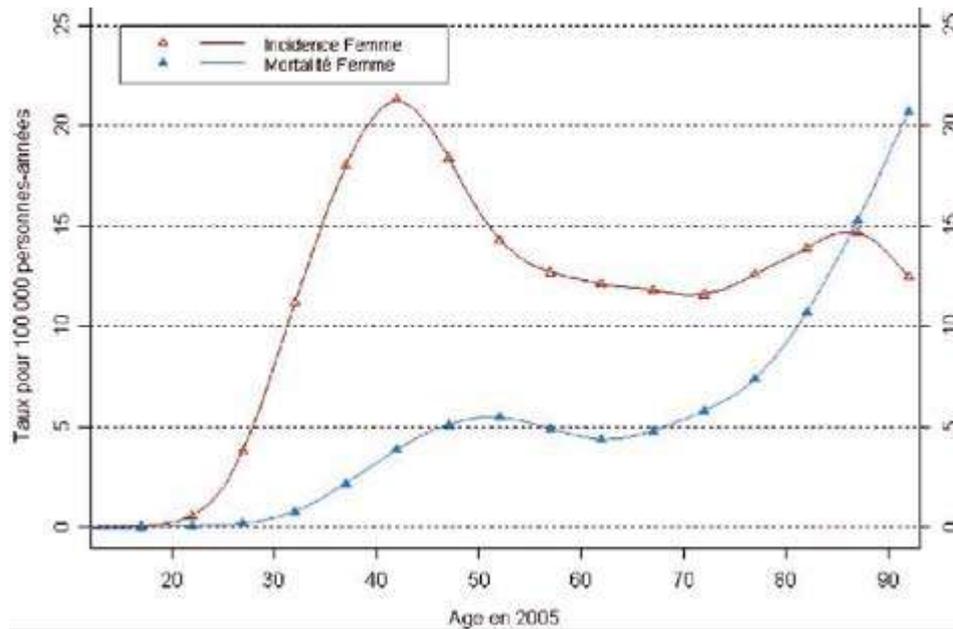


Fig 8 : Taux d'incidence et de mortalité par âge en 2005 en France [12]

Le taux d'incidence du cancer du col de l'utérus n'a cessé de diminuer entre 1980 et 2005, de même pour le taux de mortalité. Celui-ci est corrélé à la mise en place du dépistage du cancer par frottis cervico-utérin et sa généralisation. Cette décroissance a tendance à ralentir depuis 2000 [12].

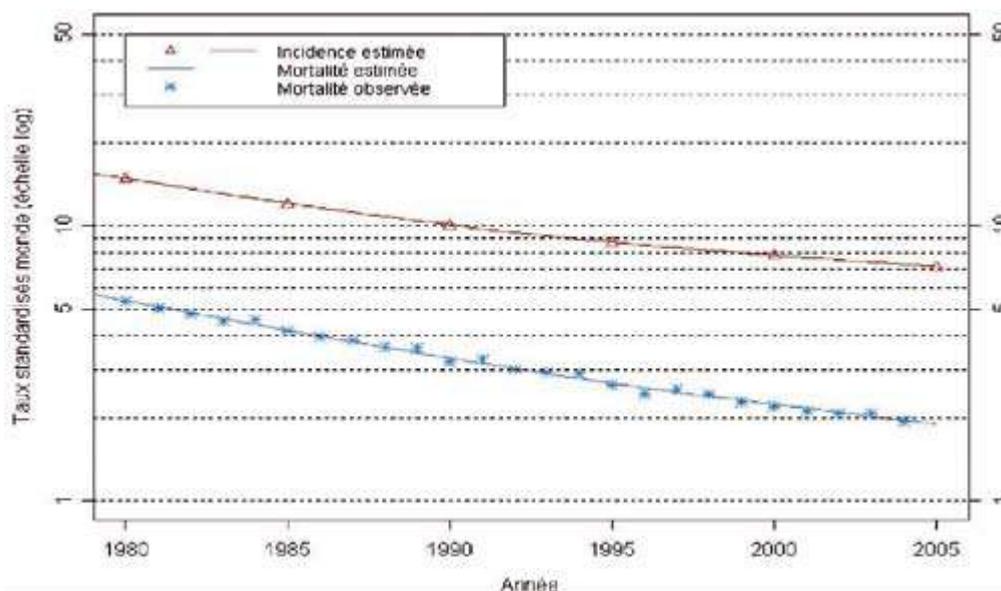


Fig 9 : Tendances chronologiques des taux standardisés d'incidence et de mortalité du cancer du col utérin en France [12]

De nombreuses études épidémiologiques ont permis de montrer que les HPV oncogènes sont les principaux facteurs de risque. La présence d'HPV oncogènes est retrouvée dans 99,8% des cancers utérins, le développement de ces lésions concerne en particulier les femmes infectées de manière chronique par les HPV oncogènes. Ces virus sont donc les facteurs nécessaires, mais non

suffisants, de la carcinogénèse cervicale. C'est le premier cancer solide viro-induit démontré dans l'espèce humaine [3].

B- Mesures de prévention du cancer du col utérin

1-Prévention primaire

La fréquence des cancers utérins diminue lorsque le partenaire utilise des préservatifs [3]. Mais l'utilisation des préservatifs n'entraîne qu'une prévention très partielle car une pénétration pénienne n'est pas indispensable pour transmettre le virus, l'HPV étant présent sur les zones non recouvertes par le préservatif. Les patientes qui utilisent le préservatif dans plus de la moitié de leurs rapports ont une diminution de 50% du risque de transmission comparé à celles l'utilisant dans moins de 5% des rapports [7]

De plus la suppression des facteurs favorisant les infections à HPV font partie de la prévention primaire : diminution du nombre de partenaire, recul de l'âge des premiers rapports, arrêt du tabagisme ...

2-Dépistage par le FCU

La procédure décrite en 1943 par Papanicolaou consiste à prélever des cellules du col de l'utérus. Le matériel prélevé est ensuite étalé et fixé sur une lame, dans le cas du frottis dit conventionnel ou mis en suspension dans un flacon contenant un liquide, dans le cas du frottis en couche mince. L'interprétation du FCU par les anatomo-pathologistes se base actuellement sur le système de Bethesda.

1. QUALITE DU PRELEVEMENT

- Satisfaisant pour évaluation
- Non satisfaisant pour évaluation (préciser la raison)

2. INTERPRETATION /RESULTAT

- Absence de lésion malpighienne intra-épithéliale ou de signe de malignité (frottis normaux, modifications non néoplasiques) (s'il y a lieu, préciser)
- Anomalies des cellules malpighiennes
 - ASC-US
 - ASC-H
 - LSIL
 - HSIL. Le cas échéant : présence d'éléments faisant suspecter une invasion
 - Carcinome épidermoïde
- Anomalies des cellules glandulaires
 - AGC endocervicales, endométriales ou sans autre précision
 - AGC en faveur d'une néoplasie : endocervicales ou sans autre précision
 - Adénocarcinome endocervical in situ
 - Adénocarcinome : endocol, endométrial, extra-utérin ou sans autre précision
- Autres
 - Cellules endométriales chez une femme âgée de 40 ans ou plus.

3. (PRECISIONS, NOTES ET RECOMMANDATIONS)

- Préciser si l'examen est automatisé et si la recherche des HPV a été réalisée.
- Notes et recommandations concises, formulées en termes de suggestions, et si possible accompagnées de références.

Fig 10 : Système de Berhesda [12]

En France, il est recommandé aux femmes de 25 à 65 ans (éventuellement à 20 ans si présence de facteurs de risque) d'effectuer un FCU tous les 3 ans après deux frottis normaux à un an d'intervalle, le dépistage y est individuel, seuls quatre départements (Bas-Rhin, Haut-Rhin, Martinique, Isère) ont un programme de dépistage organisé depuis une décennie [10].

D'après l'analyse effectuée sur l'échantillon permanent des assurés sociaux (EPAS), pour la période 1998-2000, le nombre de frottis cervico-utérins remboursés par l'assurance maladie sur 3 ans permettrait de couvrir la quasi-totalité des femmes de la tranche d'âge cible du dépistage du cancer du col de l'utérus. Cependant le taux de couverture moyen (tous âges) sur trois ans n'a pas dépassé les 55 % sur deux périodes de trois ans entre 1995 et 2000 : plus de 40 % des femmes n'ont pas fait de frottis en 3 ans, plus de 34 % des femmes n'ont pas fait de frottis en 6 ans. Il s'agit là d'une hypothèse basse de couverture du dépistage du cancer du col de l'utérus, l'ensemble de l'activité de dépistage n'étant pas inclus dans cette base et la tranche d'âge étudiée étant plus large que celle à qui le dépistage est recommandé.

Les enquêtes déclaratives menées en population générale (baromètres santé de l'Inpes, enquêtes décennales de l'Insee) montrent, dans la tranche d'âge où le dépistage est recommandé, une couverture d'environ 80% pour les femmes de 20 à 65 ans ayant effectué un frottis dans les 3 dernières années, avec des disparités liées au niveau socio-économique. Il est probable que la couverture réelle est intermédiaire entre les estimations données par l'EPAS et par les enquêtes déclaratives. En pratique certaines femmes font des frottis plus souvent que tous les 3 ans et d'autres jamais ou trop rarement [12, 20].

La politique de dépistage par l'étude cytologique d'un frottis cervico-utérin réalisé à intervalles réguliers au cours de la vie des femmes a permis une considérable diminution de l'incidence des cancers invasifs depuis les années 1950. Mais le caractère décroissant de la courbe d'incidence en fonction du temps s'est nettement ralenti au cours des années 1970, pour aboutir à un pseudo-plateau. Les principales explications sont l'imperfection du FCU en tant que test de dépistage en regard du taux important de faux négatifs et le taux insuffisant de couverture de la population. La moyenne de sensibilité du FCU est de 58% [11].

Ce dépistage par FCU est une source importante de dépense de santé et de morbidité non négligeable. Environ un tiers des femmes suivies par FCU vont avoir un frottis anormal qui entraîne soit des contrôles, soit des biopsies dirigées par colposcopie, soit un traitement chirurgical des lésions intraépithéliales [17].

L'ANAES a publié en 2002 une recommandation sur la conduite à tenir en cas de frottis anormaux [16] :

- En cas de frottis ASC-H (dans 40 % des cas : CIN 2, CIN 3, exceptionnellement cancer invasif) : colposcopie d'emblée.
- En cas de frottis ASC-US (dans 5 à 10 % des cas : CIN 2, CIN 3, exceptionnellement cancer invasif) : soit colposcopie d'emblée, soit frottis de contrôle 6 mois plus tard, soit recherche d'HPV potentiellement oncogènes.

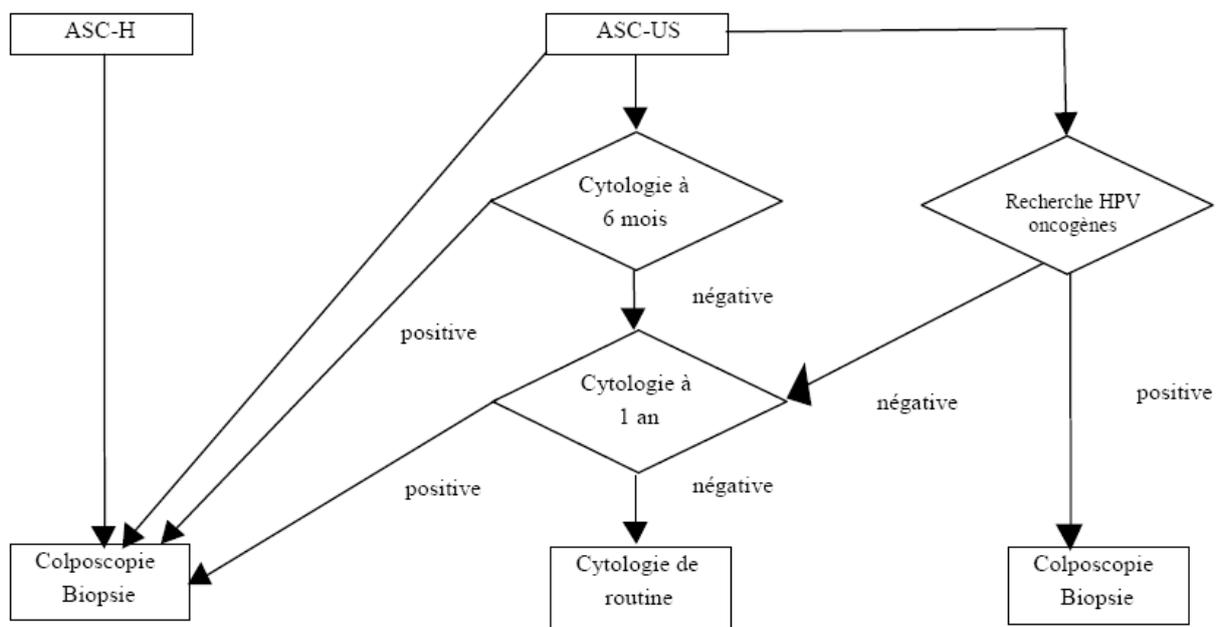


Fig 11 : Recommandation ANAES en cas de frottis anormal [16]

-En cas de LSIL

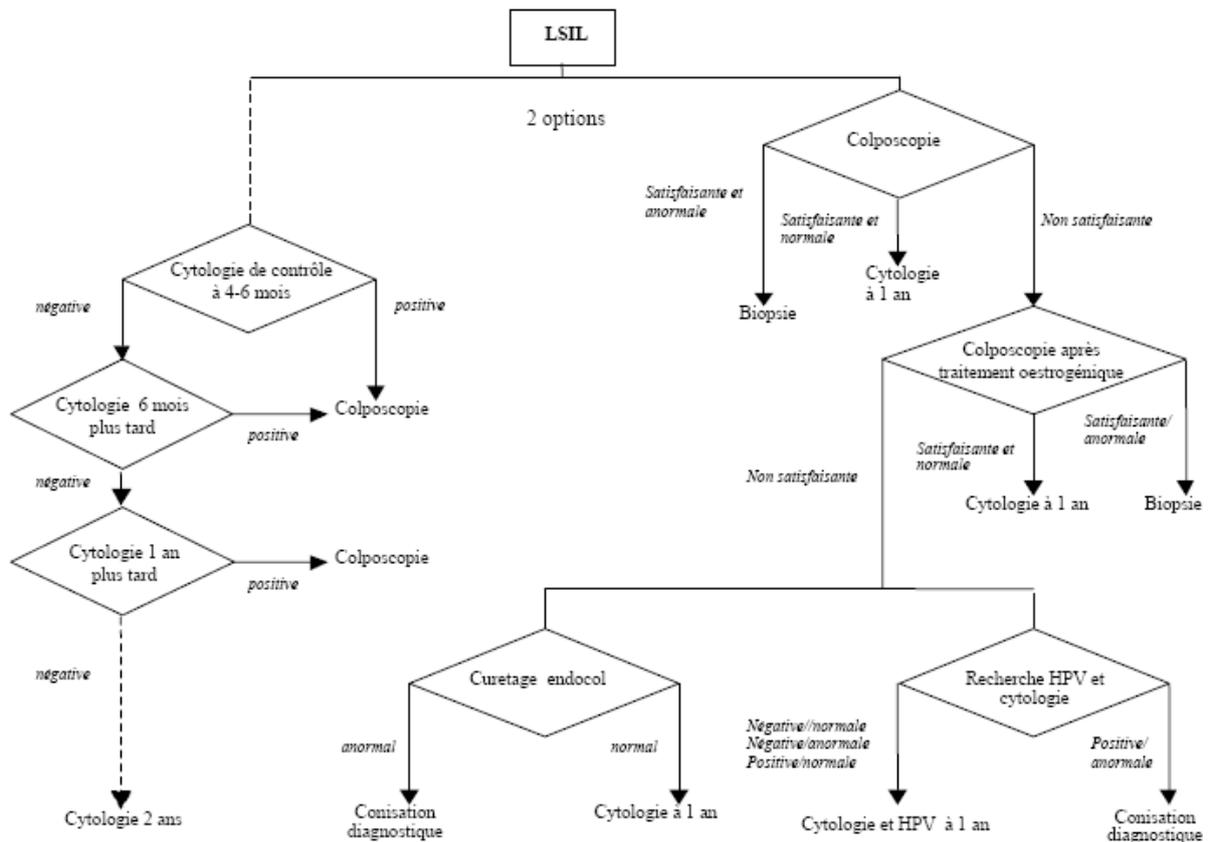


Fig 12 : Recommandation ANAES en cas de frottis anormal [16]

La recherche des HPV en première intention n'est pas recommandée dans les lésions de bas grade en raison du taux élevé de positivité dans ce type de lésions.

-En cas de HSIL : Colposcopie d'emblée (2^e frottis inutile et dangereux) pour repérer les lésions et orienter les prélèvements qui doivent être de bonne qualité. Si l'intégralité des lésions cervicales, notamment vers le canal endocervical, n'est pas observée, la colposcopie n'est pas satisfaisante : exérèse à visée diagnostique.

Puis 1^{er} contrôle à 3-6 mois : colposcopie et frottis utérin avec biopsies dirigées et/ou curetage endocervical selon l'aspect colposcopique et la situation de la jonction squamo-cylindrique.

Si les examens sont normaux : répéter à 6 mois-1 an, puis cytologie annuelle.

Si les examens sont anormaux : traiter les lésions résiduelles selon leur sévérité et leur situation.

Recherche des HPV : non recommandée en 2002 pour le suivi des patientes après conisation (études en cours).

3-Test de détection d'HPV

Il existe deux méthodes principales de détection de l'ADN des HPV dans les cellules cervicales :

- La PCR, ses inconvénients étant sa lourdeur, son caractère « laboratoire dépendant », et le risque de faux positifs par contamination
- Diverses techniques utilisant l'hybridation moléculaire (Hybrid Capture II test®, Amplicor®) sont d'utilisation plus simple

Ces tests sont uniquement remboursés en France pour le triage des ASC-US.

En effet, la fréquence des frottis retrouvant des atypies mineures est un problème majeur conduisant à des colposcopies voir des conisations sur des lésions non cancéreuses. Le test viral a donc un intérêt majeur dans le triage de ces lésions.

L'association FCU et typage HPV permet de détecter 100% des HSIL chez les femmes de moins de 30 ans ayant un frottis ASC-US, alors que le frottis de contrôle ne détecte que 57% de ces lésions de haut grade. Environ 50% des ASC-US sont négatifs en papillomavirus, ce qui évite 50% des colposcopies [11].

La sensibilité du test HPV est supérieure à celle du FCU mais la spécificité est inférieure [13].

La démarche consistant à associer les FCU et les test de détection d'HPV est facilitée lors des frottis en milieu liquide où sur le même échantillon un test HPV peut être réalisé en cas d'anomalie au FCU. La co-réalisation des deux tests diminuerait le risque de faux négatifs, cette réalisation est validée par la FDA pour les femmes de plus de 30 ans du fait de la forte incidence des HPV avant cet âge, elle ne doit pas être répétée à un intervalle inférieur à 3 ans en cas de résultats négatifs de la cytologie et du test HPV.

De plus l'arrivée des vaccins prophylactiques, en évitant un grand nombre d'infection à HPV, diminuerait encore la sensibilité de la cytologie [11,13,15].

C- Le vaccin anti papillomavirus

1-Principes du vaccin

Le fait que l'infection par HPV représente un facteur essentiel dans la genèse de 99,8% des cancers du col utérin permet d'envisager la prévention primaire de ce cancer grâce à une vaccination. De plus, étant donné que 60 à 70% des cancers du col sont induits par deux types de HPV : les HPV 16 et 18, un vaccin bivalent dirigé contre ces deux types a théoriquement un taux de couverture de 60 à 70%. Cela implique que cette vaccination ne peut se substituer au dépistage secondaire, puisque ce vaccin ne protège pas contre 30 à 40% des virus responsables du cancer du col utérin.

a) Mode d'action

Les vaccins à HPV prophylactiques sont fondés sur les VLP (virus-like particles). Il s'agit de la production d'une capside entière dépourvue d'ADN et composée de l'assemblage de la protéine majeure L1 de l'enveloppe virale des HPV, cette dernière a la propriété de s'auto assembler formant les VLP. En microscopie électronique ces VLP ne peuvent se distinguer des virus eux-mêmes.

Ces vaccins ne sont ni infectieux, ni carcinogènes puisqu'ils ne contiennent pas de génome viral.

Ces vaccins induisent des taux élevés d'anticorps neutralisants spécifiques. Ces taux peuvent dépasser 1 000 fois le taux des anticorps acquis naturellement pour les anticorps anti HPV 16 et 18 et 10 fois supérieur pour les types 6 et 11.

Aucune régression des lésions constituées n'est induite, ce vaccin est donc prophylactique et non thérapeutique.

b) Vaccins disponibles

Deux vaccins prophylactiques recombinants dirigés contre certains papillomavirus humains ont obtenu une autorisation de mise sur le marché.

- Vaccin quadrivalent

Il est dirigé contre les HPV de génotype 6, 11, 16 et 18, il s'agit du Gardasil®, développé par le laboratoire Merck, commercialisé et distribué en Europe par le laboratoire Sanofi-Pasteur MSD. L'administration se fait par voie intramusculaire dans le deltoïde ou la région antéro-latérale supérieure de la cuisse d'une dose de 0,5 ml en trois fois avec un rappel à deux mois puis à six mois. Si un autre schéma de vaccination s'avère nécessaire, la deuxième dose doit être administrée au moins 2 mois après la première et la troisième au moins 4 mois après la deuxième. Les trois doses doivent être administrées en moins d'un an.

Gardasil® est indiqué dans la prévention des dysplasies de haut grade du col de l'utérus (CIN 2/3), des cancers du col de l'utérus, des dysplasies de haut grade de la vulve (VIN 2/3), des verrues génitales externes (condylomes acuminés) dues aux Papillomavirus Humains de types 6, 11, 16 et 18. Le Gardasil® a obtenu une extension de son indication à la prévention des lésions précancéreuses du vagin dues aux papillomavirus de type 16 et 18 [25]

Le Gardasil® n'est pas recommandé chez les enfants de moins de 9 ans en raison de l'insuffisance de données d'immunogénicité, de tolérance et d'efficacité. Ce vaccin est déconseillé chez la femme enceinte [18].

Ce vaccin a reçu l'AMM sur le marché européen depuis septembre 2006 et il est remboursé à 65 % par la sécurité sociale depuis juillet 2007.

- Vaccin bivalent

Il est dirigé contre les HPV de génotype 16 et 18, il s'agit du Cervarix®, développé par le laboratoire Glaxo-Smith-Kline.

L'administration se fait par voie intramusculaire dans le deltoïde ou la région antéro-latérale supérieure de la cuisse d'une dose de 0,5 ml en trois fois avec un rappel à un mois puis à six mois. Si un autre schéma de vaccination s'avère nécessaire, la deuxième dose doit être administrée au moins 1 mois après la première et la troisième au moins 5 mois après la deuxième.

Cervarix® est indiqué pour la prévention des néoplasies intra-épithéliales cervicales de haut grade (CIN de grades 2 et 3) et du cancer du col de l'utérus dus aux Papillomavirus Humains (HPV) de types 16 et 18.

L'indication est basée sur la démonstration de l'efficacité chez les femmes âgées de 15 à 25 ans et sur l'immunogénicité du vaccin chez les jeunes filles et les femmes âgées de 10 à 25 ans.

Ce vaccin a reçu l'AMM sur le marché européen depuis septembre 2007 et il est remboursé à 65 % par la sécurité sociale depuis juillet 2008.

c) Efficacité

Administrés à une population de jeunes filles indemnes d'infection à HPV et avec une couverture vaccinale de 100%, ils pourraient théoriquement prévenir un peu plus de 70% des cancers du col utérin qui ne sont actuellement pas évités par le dépistage par FCU, et plus de 90% des condylomes acuminés pour le Gardasil®.

En revanche, dans la population générale qui inclut des sujets qui peuvent être déjà infectés par les génotypes contenus dans le vaccin lors de la première injection vaccinale, l'efficacité est nettement moindre [12].

Efficacité vaccinale évaluée contre placebo (%)

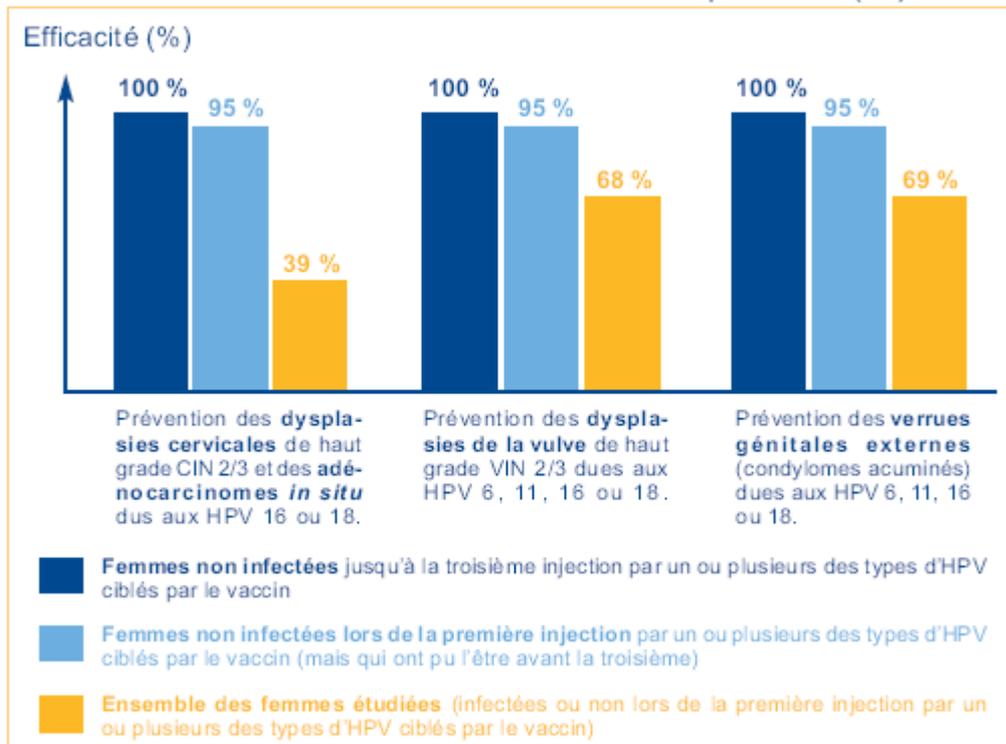


Fig 13 : Efficacité vaccinale [18]

L'efficacité du Gardasil® a été mise en évidence dans plusieurs études dont l'étude FUTURE II de phase III. Cet essai en double aveugle, randomisé versus placebo, s'est déroulé dans 13 pays sur 90 sites et a rassemblé 12 167 femmes de 15 à 26 ans. Les femmes ayant une PCR ou une sérologie positive pour les HPV 16/18 ont été exclues de l'analyse en per protocole, mais retenues pour l'analyse en intention de traiter. Elles sont au nombre de 782 dans le groupe des vaccinées et de 820 dans le groupe placebo. Les femmes ont été suivies 3 ans après la première dose de vaccin. Dans la population réceptive, non préalablement infectée et ayant suivi le protocole, l'efficacité vaccinale est de 98 % sur les lésions cervicales de haut grade. Cette efficacité demeure élevée à 95 % dans le cas des femmes réceptives mais n'ayant pas suivi le protocole dans son ensemble strict. En revanche, lorsque les femmes en intention de traiter sont incluses, l'efficacité n'est plus que de 44 % sur les lésions cervicales de haut grade reliées à une infection par HPV 16/18 et de 17 % pour les lésions liées à une infection par tout type de HPV. Cette étude démontre que l'activité du vaccin est excellente à condition qu'il soit administré avant toute infection par un HPV de sérotype vaccinal.

L'étude FUTURE I de phase II retrouve une efficacité de 100 % concernant les condylomes et les lésions néoplasiques intra-épithéliales vulvo-vaginales et anales liées aux HPV vaccinaux, chez les femmes jeunes indemnes d'infection avant vaccination [33].

L'immunogénicité de Gardasil® a été évaluée contre placebo chez des sujets de sexe féminin, d'une part chez plus de 8 900 femmes âgées de 16 à 26 ans, d'autre part chez plus de 2 000 filles âgées de 9 à 15 ans. Un mois après la troisième dose, le Gardasil® a induit des titres d'anticorps anti-HPV élevés dans tous les groupes d'âge étudiés.

Les réponses anticorps anti-HPV observées au cours du 7^e mois après le début de la vaccination chez les filles de 9 à 15 ans n'ont pas été inférieures à celles observées chez les femmes de 16 à 26 ans, chez qui l'efficacité vaccinale a été établie au cours des études de phase III. Ces réponses ont

permis d'extrapoler aux jeunes filles de 9 à 15 ans les données d'efficacité vaccinale de Gardasil® observées chez les jeunes femmes adultes [25].

L'efficacité préventive du Cervarix® a été évaluée au cours d'une étude phase II multicentrique, contrôlée et randomisée en double aveugle versus un placebo, chez 1 100 jeunes femmes âgées de 15 à 25 ans. Les critères d'inclusion ont été les suivants : patientes séronégatives pour HPV 16 et 18 (Elisa), HPV 16 et 18 négatif (PCR), ayant un frottis en suspension liquide normal à l'inclusion.

Comparée au placebo sur les infections incidentes, l'efficacité varie de 91,5 (types 16 et 18) à 100 % (type 16). Sur les infections persistantes l'efficacité est de 100 % (types 16 et 18). Sur les anomalies cytologiques, liées à ces types viraux l'efficacité est de 93 %. En terme d'immunogénicité on observe une forte séroconversion. Les anticorps neutralisants sont 1000 fois supérieurs pour HPV 16 et 18 au septième mois comparés à ceux avant l'inclusion, alors que par rapport à l'infection naturelle les anticorps sont 80 à 100 fois supérieurs. La tolérance du vaccin n'est pas différente de celle des sujets témoins pour les manifestations locales (93,5 versus 87 %) et générales (78,6 versus 78,5 %) [24].

L'étude phase III a évalué l'efficacité préventive du vaccin sur les lésions CIN 2 ou plus : CIN 2 et CIN 3 (néoplasies intra-épithéliales cervicales de haut grade, AIS (adénocarcinome in situ), et cancer invasif associés aux Papillomavirus Humain (HPV) de type 16 et/ou 18. L'efficacité préventive du vaccin a été constatée en termes de réduction du risque relatif de survenue des néoplasies intra-épithéliales cervicales (CIN2 ou plus) associés aux papillomavirus de type 16 et/ou 18 et de type 16.

Elle n'a pas été constatée en termes de réduction du risque relatif de survenue des néoplasies intraépithéliales cervicales (CIN2 ou plus) associés aux papillomavirus de type 18. [39].

- Age de la population cible

Le vaccin doit être proposé aux adolescentes et préadolescentes avant le premier rapport sexuel afin qu'elles soient indemnes de toute infection à HPV. L'âge moyen de ce dernier est estimé à 17 ans dans les pays européens. Cependant, beaucoup de jeunes filles ont eu leur premier rapport bien avant cet âge (3 % avant 15 ans et 9 % avant 16 ans en France).

De plus, la réponse sérologique est plus forte chez les adolescentes de 11 à 15 ans que chez les femmes plus âgées [33].

L'OMS, dans son rapport de 2009, conseille de débiter la vaccination entre 9 et 13 ans, afin d'être sûr que les jeunes filles n'aient pas été infectées par les HPV et ainsi de majorer l'efficacité de cette vaccination [38].

- Vaccination masculine

L'immunogénicité du vaccin a également été démontrée chez le jeune garçon, l'efficacité clinique de Gardasil® a été démontrée chez l'homme en prévention des lésions génitales externes et des cancers génitaux HPV induits, péniens, périnéaux et périanaux [25].

La vaccination des sujets de sexe masculin n'est actuellement pas recommandée. Cette dernière mobiliserait des ressources financières plus importantes sans que les bénéfices ne soient démontrés [24]. Cependant celle-ci est autorisée dans plusieurs pays dont l'Australie, le Mexique et certaines parties de l'Europe [42].

L'OMS, dans son rapport de 2009, ne recommande pas la vaccination des hommes car le coût serait élevé pour un bénéfice faible dans la prévention des cancers du col utérin [38].

- Durée de protection

La durée de la protection vaccinale n'est pas connue au-delà de 5 ans pour le Gardasil® et le Cervarix® [18, 39].

Une étude publiée dans Vaccine en 2009, suggère une durée d'efficacité d'un vaccin monovalent contre HPV 16 de 8,5 ans [41].

d) Protection croisée

D'après une étude préliminaire du laboratoire fabricant Cervarix®, l'adjuvant original du vaccin, l'ASO4 (qui potentialiserait l'immunité humorale), favoriserait des réactions croisées avec d'autres génotypes oncogènes. Il a été observé 78 % d'efficacité sur l'infection HPV 31, 77 % sur l'infection HPV 52 et 75,4 % sur l'infection HPV 45, génétiquement proches des HPV 16 et 18 [12,24].

Cette protection croisée n'a pas été mise en évidence pour le Gardasil®.

2-Indications de la vaccination

a) Recommandations françaises

Selon le Comité technique des vaccinations et le Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France, depuis le 9 mars 2007, ces vaccins sont recommandés chez les jeunes filles de 14 ans et, en rattrapage, chez les jeunes filles et jeunes femmes de 15 à 23 ans n'ayant pas eu de rapports sexuels, ou dans l'année suivant leur premier rapport [18,21].

De plus, ils prévoient une prise en charge financière des adolescentes souhaitant être vaccinées sans avis parental [21].

Le Haut Conseil de Santé Publique recommande préférentiellement l'utilisation du vaccin quadrivalent.

Cette recommandation repose sur :

- L'absence de prévention par le vaccin bivalent, des lésions dues aux HPV 6 et 11
- L'absence de démonstration d'efficacité du vaccin bivalent sur des lésions vulvaires précancéreuses de grade 2 ou plus
- Une efficacité, non formellement démontrée bien que vraisemblable, du vaccin bivalent sur les CIN 2 ou plus liées au génotype 18
- L'insuffisance des données concernant la tolérance à long terme de l'adjuvant ASO4 [26].

b) Recommandations étrangères

L'European Medicines Agency (EMA) qui a délivrée l'AMM sur le marché européen, recommande la vaccination à partir de neuf ans sans donner de limites d'âge. Pour les hommes,

l'immunogénicité du vaccin a été démontrée, l'EMEA recommande de les vacciner dans un programme d'immunisation sans plus de précision [17].

Country (Region)	National Recommendations for Vaccination				National/Regional Publically Funded Vaccination Programme		HPV Vaccine Registry	Notes
	Date	Gender	Age Range	Catch-up	Start Date	Age(s)		
England					sept.-08	Per recommendations	N	Vaccination is provided through a national school-based programme.
Estonia	N	N	N	N		N	N	
Finland	N	N	N	N	N	N	N	A committee has been appointed to consider recommendations for HPV vaccination with a planned publication date of 10/2010.
France	mars-07	F	14 years	15-23 years for those having started sexual activity < 1 year	N	N	N	Vaccination is given on demand with 65% of the cost of the vaccine covered by national health insurance for those aged 14-23.
Germany	mars-07	F	12-17 years	N	N	N	N/A	The cost of vaccination for females aged 12-17 is covered by health insurance and it is given on demand.
Greece	févr.-08	F	12-15 years	16-26 years	N	N	N/A	Vaccination is offered free of charge for females aged 12-26 and it is given on demand.
Hungary	N	N	N	N	N	N	N	HPV vaccination has been included in the recommended vaccination list but the costs are not covered by the government.
Ireland	févr.-08	F	12 years	13-15 years	N	N	N	A national vaccination programme for females aged 12 was to have been launched in 2009 but has now been postponed because of the economic crisis.
Italy	févr.-07	F	12 years		Vaccination programmes are administered at the regional level.			
(Abruzzo)					janv.-08	F 12 years	Y	Vaccination is provided free of charge to females aged 12 through local health centres with direct invitation by letter.
(Bolzano)								
(Calabria)								
(Campania)								
(Lombardia)								
(Puglia)								
(Sardegna)					févr.-08			
(Trento)					01/06/2008 01/08/2008			
(Emilia R.)					janv.-08	F 12 & 13 years	Y	Vaccination is provided free of charge to females aged 12 through local health centres with direct invitation by letter. Vaccination for females aged 13 is also free but without invitation.
(Lazio)								
(Liguria)								
(Marche)					mai-08			
(Molise)					avr.-08			
(Sicilia)								
(Veneto)								
(Umbria)					févr.-08			
(Friuli V.G.)					avr.-08	F 12 & 15 years	Y	Vaccination is provided free of charge to females aged 12 & 16 through local health centres with direct invitation by letter.

(Piemonte)					févr.-08	F 12 & 16 years	Y	Vaccination is provided free of charge to females aged 12 & 16 through local health centres with direct invitation by letter.
(V. d'Aosta)					oct.-07	F 12, 13 & 16 years	Y	Vaccination is provided free of charge to females aged 12 & 16 through local health centres with direct invitation by letter. Vaccination for females aged 13 is also free but without invitation.
(Toscana)					janv.-09			
(Basilicata)					juil.-07	F 12, 15, 18 & 25 years	Y	Vaccination is provided free of charge to target cohorts through local health centres with direct invitation by letter.
Latvia	N	N	N	N	N	N	N	The Ministry of Health plans to publish recommendations for HPV vaccination in 2009 and a pilot programme to vaccinate females aged 12 is planned for 2010.
Lithuania	N	N	N	N	N	N	N	The Ministry of Health has announced plans to include HPV vaccination for females aged 12 in the vaccination schedule starting in 2012.
Luxembourg	févr.-07	F	11-12 years	13-18 years	mars-08	12 years	N	Vaccination is provided free of charge for females aged 12-17 and given on demand through healthcare professionals with invitation letters sent to families with 12 year old females.
Malta	N	N	N	N	N	N	N	
Netherlands	juil.-08	F	12 years	13-16 years	01/03/2009 (catch-up) sept-09 (primary)	Per recommendations	Y	Vaccination is provided free of charge through healthcare professionals. Letters of invitation are sent to families having females in the target age range and recruitment is supported by a nationwide information campaign targeting healthcare professionals
Poland	N	N	N	N	N	N	N	HPV vaccination has been included in the recommended vaccination list but the costs are not covered by the government.
Portugal	déc.-07	F	13 years	14-17 years	oct.-08	13 & 17 years	Y	Catch-up vaccination of females aged 17 runs until 2011. Vaccination is provided free of charge on demand through regional health centres across the country. Invitation letters sent by the regional health centre to registered families with females aged 13
Romania	2008	F	10-11 years	N	N	N	N	A national school-based programme to vaccinate females aged 11 (110,000 females) was launched in 2008. Low acceptance limited uptake to 2,615 doses. Current plans are to analyse the causes for the low uptake, implement an information campaign and then re-
Scotland					sept-08	Per recommendations	Y	Vaccination is provided through a national school-based programme.
Slovakia	N	N	N	N	N	N	N	Approximately 10% of the cost of vaccination is covered by compulsory medical insurance for females age 12.
Slovenia	N	N	N	N	N	N	N	A committee was appointed in 11/2007 to prepare recommendations for HPV vaccination but nothing has been published to date.

<u>Spain</u>	oct.-07	F	One cohort of females between the ages of 11-14	N	Vaccination programmes are administered at the regional level.			
<u>(Cataluna)</u>					2007/8	F 12 years	Y	Vaccination is provided free of charge for the targeted ages through regional school-based programmes.
<u>(Pais Vasco)</u>								
<u>(Balears)</u>					2007/8	F 14 years	Y	
<u>(Extremadura)</u>								
<u>(Melilla)</u>								
<u>(Murcia)</u>								
<u>(Valencia)</u>								
<u>(Rioja)</u>					2007/8	F 11 & 14 years	Y	
<u>(Navarra)</u>					2007/8	F 12 & 15 years	Y	
<u>(Asturias)</u>					N	N	Y	Vaccination is provided free of charge for females aged 13 on demand through public health clinics.
<u>(Ceuta)</u>								
<u>(Andalucia)</u>					N	N	Y	Vaccination is provided free of charge for females aged 14 on demand through public health clinics.
<u>Sweden</u>	nov.-08	F	11-12 years	N	2010	11-12 years	Y	Vaccination is subsidised for females aged 13-17 but currently given on demand. A national school-based free vaccination programme for females aged 11-12 is planned to start in 2010.
<u>United Kingdom</u>	oct.-07	F	12-13 years	15-18 years				
<u>Wales</u>					sept.-08	Per recommendations	Y	Vaccination is provided through a national school-based programme.

Fig 14: Recommendations du vaccin HPV à l'étranger [27].

Un grand nombre de pays recommande la vaccination avant l'âge de 14 ans comme c'est le cas actuellement en France.

En Belgique, Allemagne, Grèce, Irlande, Italie, Royaume-Uni, Suède, Luxembourg, Espagne, Portugal, Roumanie la vaccination est recommandée à partir de 11-12 ans.

Au Canada, la vaccination est préconisée en milieu scolaire à partir de 9 ans avec un rattrapage jusqu'à 26 ans [44].

Aux USA, la vaccination est préconisée à partir de 11 ans, mais elle est autorisée dès 9 ans, avec un rattrapage jusqu'à 26 ans [45].

3-Limites de la vaccination

En l'état actuel, les données suivantes ne sont pas établies :

- Le maintien de l'efficacité vaccinale au-delà de 5 ans (nécessité d'un rappel ?) ;
- L'efficacité en prévention des cancers du col de l'utérus ; l'effet préventif de Gardasil® sur les cancers du col ne pourra être démontré qu'à long terme, puisque le délai entre l'infection à HPV et la survenue d'un cancer invasif est de 15 à 25 ans.
- L'immunogénicité dans les populations d'immunodéprimés à haut risque d'infection évolutive à HPV ;

- L'interaction éventuelle avec d'autres vaccins en cas d'administration simultanée : l'administration concomitante de Gardasil® et d'un vaccin anti-hépatite B n'a pas modifié la réponse immunitaire vis-à-vis des types d'HPV, de même la vaccination DTCoqPolio est possible conjointement. Un rapport de l'OMS de 2009, permet la coinjection du vaccin anti HPV avec d'autres vaccins vivants ou non, par des seringues différentes et des voies d'injection différentes [38].

Des effets potentiellement néfastes sont susceptibles d'être induits par la vaccination :

- Diminution de l'utilisation du préservatif, le vaccin pouvant être perçu comme une protection contre toutes les maladies sexuellement transmissibles
- Diminution du recours au dépistage du cancer du col de l'utérus avec le risque de voir augmenter le nombre de cancers du col de l'utérus dus à des types d'HPV oncogènes autres que 16 et 18. Le dépistage par frottis cervico-utérin, est un moyen de prévention secondaire efficace des cancers du col de l'utérus. Or, 30 % des cancers du col de l'utérus sont liés à d'autres types d'HPV que ceux ciblés par Gardasil®. Si les femmes vaccinées se faisaient moins dépister, une augmentation de l'incidence et de la mortalité de ces cancers serait probable.
- Décalage de l'incidence du cancer du col vers un âge plus avancé si un rappel devait s'avérer nécessaire et si certaines femmes négligeaient d'y recourir
- Sélection d'autres types d'HPV oncogènes,

a) Effets secondaires

D'après les données de tolérance disponibles, issues des études cliniques menées durant 24 à 44 mois sur un total de plus de 11 000 sujets exposés au vaccin quadrivalent, le profil de sécurité d'emploi de Gardasil® a été jugé satisfaisant.

Des réactions locales au site d'injection ont été observées plus fréquemment que dans le groupe placebo, surtout la douleur (82,9 % de réactions, dont 4,5 % sévères, contre 73,3 % de réactions, dont 1,9 % sévères). Les cas de fièvre transitoire ont été plus fréquents que sous placebo (11,4 % contre 9,7 %). Peu de sujets (0,2 %) sont sortis d'étude en raison d'effets indésirables. Ce profil de tolérance est à confirmer dans les conditions réelles d'utilisation. En effet, les effectifs des essais ne permettent pas de repérer des effets indésirables dont la fréquence serait inférieure à 1 pour 4 000.

L'Afssaps a donc mis en place un plan national de gestion de risque pour détecter et étudier tout signalement d'effet indésirable de ce nouveau vaccin, avec surveillance nationale des risques et suivi du registre national de grossesse. Un comité d'experts cliniciens et épidémiologistes est notamment chargé d'analyser si nécessaire d'éventuels cas de manifestations auto-immunes qui pourraient être déclarés au réseau national des centres de pharmacovigilance et de prévoir la mise en place d'études épidémiologiques en France pour la surveillance de ce vaccin [18].

Le second bilan de ce plan, datant de septembre 2009, montre qu'environ 2,7 millions de doses de Gardasil® ont été délivrées. On estime qu'environ 1,1 million de jeunes filles ou jeunes femmes ont été vaccinées. Parmi elles, 60% ont reçu trois doses, 20% deux doses et 20% une dose.

Les principales données de pharmacovigilance sont les suivantes :

- Plus de 1300 notifications ont été recueillies et analysées. Comparativement au bilan communiqué par l'Afssaps en juillet 2008, la proportion et la nature des effets indésirables restent

similaires. Il s'agit principalement d'évènements connus, bénins et transitoires, soit environ 85% de cas non graves représentés majoritairement par des douleurs au site d'injection, fièvres, éruption de type urticaire et syncopes vasovagales.

- L'analyse des cas supplémentaires d'effets indésirables graves ayant conduit à une hospitalisation ne diffère pas de celle des cas précédemment rapportés dans le cadre du bilan antérieur. Lorsqu'elle est connue, l'évolution est favorable pour la grande majorité de ces nouvelles observations. Les réactions attendues de type syndromes fébriles, arthromyalgies, syncopes prédominent.

- Le nombre de manifestations auto-immunes recueillies (démýélinisations aiguës centrales, arthrites, lupus érythémateux systémique, thyroïdite, diabète insulino-dépendant et thrombopénies) reste faible et inférieur à celui observé dans la population générale sur la base des données d'incidence et de prévalence disponibles. L'analyse de chaque cas déclaré n'a pas permis d'établir un lien de causalité entre la vaccination et les complications observées.

- Aucun signal particulier n'a été identifié pour plus de 70 cas d'exposition à Gardasil® au cours ou un mois avant une grossesse.

A la suite du signalement d'évènements indésirables inattendus, notamment aux Etats-Unis, en Australie et en Espagne fin 2009, l'Agence européenne du médicament (EMA) en lien avec les agences nationales a successivement examiné le risque d'apparition de réactions anaphylactiques – risque déjà mentionné dans le résumé des caractéristiques du produit (RCP) - de syncopes associées à des mouvements tonico-cloniques et de pathologies démyélinisantes du système nerveux central à la suite de l'administration de Gardasil®. A l'issue de ces analyses, l'EMA a recommandé de modifier le résumé des caractéristiques du produit (RCP) de ce vaccin et d'y inclure le seul risque de « syncopes parfois accompagnées de mouvements tonico-cloniques ». Dans ce cadre, afin de prévenir la survenue des syncopes, l'Afssaps souhaite rappeler que les personnes vaccinées par Gardasil doivent être suivies avec attention durant les 15 minutes suivant son administration.

Enfin, au début de l'été, la FDA a fait état de cas d'évènements thrombo-emboliques (phlébite, embolie pulmonaire) pour lesquels l'association avec le vaccin Gardasil® ne peut être considérée comme établie en raison de la présence d'au moins un facteur de risque coexistant (contraception, tabac, obésité,...) dans 90 % des cas. L'évaluation récente de ce point par l'EMA a conduit aux mêmes conclusions que la FDA. A l'heure actuelle, aucun signal n'a été identifié en France concernant les évènements thromboemboliques.

Compte tenu de l'ensemble des données disponibles à ce jour, l'Afssaps considère que le rapport bénéfices-risques de ce vaccin reste favorable [19].

b) Coût

Le coût d'une seringue de Gardasil® s'élève à 123,65 € soit 370,95 € pour l'ensemble de la vaccination. Tandis que celui d'une seringue de Cervarix® est de 111,82 € soit 335,46 € les trois injections, selon les données du Vidal® 2010, remboursé à 65 % par la sécurité sociale pour les deux traitements.

Une étude française de modélisation médico-économique a porté sur plusieurs stratégies associant ou non le dépistage individuel et la vaccination. Si le dépistage est organisé selon un modèle éprouvé (modèle alsacien) et si la couverture vaccinale des jeunes filles est de 80% les conclusions

des auteurs sont les suivantes : « l'analyse coût-efficacité montre que la priorité devrait être donnée à l'organisation du dépistage du cancer du col de l'utérus, mais aussi que l'introduction de la vaccination des adolescentes avant l'initiation de leur vie sexuelle a un impact épidémiologique significatif avec un coût par année de vie gagnée supplémentaire compris, selon l'hypothèse retenue pour le taux d'actualisation des bénéfices, entre 55 500 € et 27 500 € si on prend en compte l'ensemble des coûts médicaux et entre 35 400 € et 17 500 € pour l'Assurance Maladie » [14,21,33].

En effet, on anticipe une diminution significative de l'incidence des frottis anormaux, des colpobiopsies, des traitements, des suivis et des coûts liés à ce dépistage, ces effets seront perceptibles dans un délai court. L'incidence sur la diminution des cancers du col utérin sera plus tardive

c) Modification de la stratégie de dépistage

Le Comité technique des vaccinations et le Conseil supérieur d'Hygiène Publique de France recommandent que soit développée la priorité du dépistage organisé comme méthode de prévention par rapport à une éventuelle vaccination, ainsi ils recommandent d'organiser le dépistage par FCU sur tout le territoire [20,21].

Une couverture optimale de la population féminine par un dépistage organisé des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus sur l'ensemble du territoire reste nécessaire, y compris chez les femmes vaccinées. Des explications adéquates à ce sujet doivent être fournies par le médecin aux jeunes filles et jeunes femmes avant de les vacciner [18]. Cette vaccination serait ainsi une occasion de s'impliquer dans l'éducation des femmes et de promouvoir le dépistage du cancer du col utérin.

Une modification de la stratégie de dépistage sera à prévoir avec la possibilité d'un recul de l'âge de début du dépistage, un espacement des dépistages ainsi qu'une place prépondérante du test HPV [24].

En effet, du fait de la vaccination, la baisse de la prévalence des lésions précancéreuses et des cancers sera à l'origine d'une diminution du nombre de frottis anormaux qui seront inférieurs à 3%. Dans ce contexte, les anatomopathologistes et cytologistes auront moins d'expérience pour reconnaître les anomalies d'où une éventuelle diminution de la sensibilité des programmes de dépistage. Le développement d'outils plus sensibles tels les tests HPV deviendra nécessaire. A long terme le dépistage cytologique pourra s'appliquer à une population à risque, susceptible de développer un cancer, dûment repérée auparavant, ou chez les femmes HPV positives [33].

PARTIE II

ETUDE : ENTRETIENS SEMI-DIRECTIFS

A- Contexte

Malgré une prévention secondaire permettant une prise en charge précoce, le cancer du col de l'utérus reste le second cancer en terme de mortalité mondiale et le huitième en France. Ce dernier est à l'origine d'une morbidité non négligeable du fait de la prise en charge des frottis anormaux. La mise sur le marché de deux nouveaux vaccins préventifs de ce cancer, depuis septembre 2006 pour le premier, et septembre 2007 pour le second, ainsi que leur remboursement, devrait diminuer la morbi-mortalité liée à ce cancer.

Une campagne de vaccination a été mise en place par le biais d'une médiatisation que ce soit télévisuelle ou par la presse écrite. De plus des campagnes de sensibilisation sont effectuées dans les écoles.

La place du médecin généraliste est prépondérante dans cette campagne de vaccination. De sa conviction et de sa formation vont dépendre le bon déroulement de cette dernière.

Nous avons cherché à connaître les freins qui pouvaient contrer cette campagne, qu'ils émanent du médecin lui-même ou de ses patientes.

B- Matériel et méthode

Afin de recueillir les opinions, de connaître la pratique des médecins généralistes et les réactions de leurs patientes, vis-à-vis de la vaccination anti-papillomavirus, nous avons choisi de les interroger par l'intermédiaire d'entretiens semi-directifs en vis-à-vis.

Un hétéro questionnaire a été élaboré afin de guider les entretiens tout en laissant libre parole aux médecins interrogés (cf annexe I).

Ce dernier comprend plusieurs parties :

- La première situe le médecin dans sa fonction : sexe, âge, années d'installation, type d'exercice, type de clientèle, pratique t'il des actes de gynécologie...
- La seconde cerne sa formation sur ce vaccin
- La troisième porte sur le vaccin lui-même : la pratique du médecin vis-à-vis de cette vaccination, son opinion et l'acceptabilité de la part des patientes et de leurs parents.

Les entretiens ont eu lieu dans les cabinets médicaux du sud de la Seine et Marne. Leurs coordonnées ont été fournies par la DRASS 77.

Ces derniers ont été contactés par téléphone afin de leur exposer la démarche et d'obtenir un accord pour un entretien en vis à vis. Ces derniers étaient effectués par un seul enquêteur (moi-même).

Sur les 919 médecins de Seine et Marne, 327 exercent dans le sud de ce département. Voulant réaliser un travail plus qualitatif que quantitatifs, les médecins ont été contactés au fur et à mesure des entretiens et ceux-ci ont pris fin lorsque ces derniers devenaient trop répétitifs et sans apport de nouvelles données. Les entretiens se sont déroulés entre janvier 2010 et mars 2010. Les entretiens étaient enregistrés afin de pouvoir en reproduire le verbatim (cf annexe II).

C- Résultats et analyse

1- Echantillon des médecins interrogés

- Nombre de médecins inclus

Sur les vingt-cinq médecins contactés cinq ont refusé les entretiens soit par manque de temps ou contact difficile à établir sans franc refus.

Vingt médecins ont été interrogés dont un par le biais d'un entretien téléphonique.

- Sexe

Les médecins inclus comprenaient six femmes (30 %) et quatorze hommes (70 %), dont trois maîtres de stages parmi les hommes (15 %).

- Âge

L'âge moyen était de 51,4 ans, l'on note que la moyenne d'âge des hommes est plus élevée que celle des femmes, respectivement 54,8 et 43,3 ans. Avec dans les limites d'âge : un homme et une femme de 33 ans ainsi qu'un homme de 73 ans et une femme de 50 ans.

	< 35 ans	35 – 44 ans	45- 54 ans	55 – 64 ans	≥ 65 ans
Hommes	1	0	5	5	3
Femmes	1	1	4	0	0
Total	2	1	9	5	3

Tableau 1 : répartition des médecins en fonction du sexe et de l'âge

- Lieu d'exercice

Concernant le lieu d'exercice huit médecins (40 %) sont installés en région urbaine, onze (55 %) en région semi-rurale et un (5 %) en région rurale.

	Urbains	Semi-ruraux	Ruraux	Total
Hommes	6	7	1	14
Femmes	2	4	0	6
Total	8	11	1	20

Tableau 2 : répartition des médecins en fonction du sexe et du lieu d'exercice

- Mode d'exercice particulier

A la question d'un éventuel mode d'exercice particulier, huit médecins (40 %) ont répondu « oui » : deux pratiquant des vacations aux urgences pédiatriques dont un assurant en plus des gardes à SOS médecin, un coordinateur de maison de retraite, un en médecine aérospatiale/alcoologie/toxicomanie, deux en homéopathie, un en acupuncture et un en andrologie.

- Pratique d'actes de gynécologie

Sur la question de la pratique d'actes de gynécologie en cabinet, les six médecins femmes ont répondu « Oui » (100 %) tandis que quatre médecins hommes ont répondu « Non » (28,5 %), quatre ont répondu « très peu » (28,5 %) et seulement six ont répondu « Oui » (43 %).

Ainsi sur les 80 % de médecin pratiquant des actes de gynécologie, seulement 60 % ont une réelle activité dans ce domaine.

- Pourcentage de femmes en âge d'être vaccinées

Pour ce qui est du pourcentage de femmes en âge d'être vaccinée contre le papillomavirus, les réponses sont assez diverses avec une difficulté des médecins à chiffrer. Sept médecins ne chiffrant pas : deux médecins répondent « beaucoup », un « peu » et un « très peu », trois ne se prononcent pas.

Les autres réponses sont 6 % pour l'un d'entre eux, 8 % pour quatre médecins, 10 % pour quatre médecins, 12 % pour deux, 15 % pour un et enfin 25 % pour un.

- CSP de la patientèle

La méthode du choix sur menu a été utilisée afin de recueillir les catégories sociales professionnelles (CSP) des patients consultant le plus fréquemment au sein du Cabinet. Au niveau des CSP, toutes sont représentées. Trois médecins n'ont pas répondu ; pour les autres :

	Réponses médecins	Pourcentage médecins
<u>agriculteurs exploitants : secteur primaire</u>	4	20 %
<u>artisans, commerçants et chefs d'entreprises</u>	10	50 %
<u>cadres, professions intellectuelles supérieures</u>	5	25 %
<u>professions intermédiaires</u>	11	55 %
<u>employés</u>	15	75 %
<u>ouvriers</u>	9	45 %
<u>retraités</u>	16	80 %
autres personnes sans activité professionnelle	4	20 %

2- Analyse des données

a) Formation des médecins

- Echelle de formation

A la question « comment vous trouvez-vous formé sur ce vaccin sur une échelle de 0 à 10 ? », un grand nombre de médecins ont du mal à se situer.

Un répond 0, tout en indiquant qu'il se trouve bien formé de par lui-même, sans avoir reçu de formation spécifique.

Un autre répond entre 5 et 10 mais dit avoir une bonne formation.

L'un ne se juge pas formé et répond 4, il justifie ce peu de formation par le fait que l'on n'a pas de recul sur ce vaccin et que la réduction du risque de cancer du col utérin n'est pas connue à long terme.

Sur les réponses plus directes : les cotations 5 et 6 reviennent une fois, 7 deux fois.

La cotation 8 est la plus donnée par six médecins (30 %) soit quatre femmes et deux hommes.

Une femme a répondu 10, sa connaissance approfondie de ce vaccin venant du fait qu'elle a aidé sa fille à faire un exposé pour le baccalauréat sur le Gardasil®.

	0-2	3-4	5-7	8-10
Moins 35 ans	0	1	0	0
35-44 ans	0	0	0	0
45-54 ans	0	0	6	0
55-64 ans	1	0	1	2
Plus 64 ans	0	0	0	0

Estimation de la formation chez les médecins hommes interrogés

	0-2	3-4	5-7	8-10
Moins 35 ans	0	0	0	1
35-44 ans	0	0	0	0
45-54 ans	0	0	0	4
55-64 ans	0	0	0	0
Plus 64 ans	0	0	0	0

Estimation de la formation chez les médecins femmes interrogées

Les femmes se trouvent mieux formées sur ce vaccin que les hommes.

Au niveau de l'âge, les médecins hommes plus âgés se trouvent mieux formés que les plus jeunes.

Cette différence n'est pas retrouvée chez les femmes.

Six médecins n'ont pas répondu à cette question.

- Type de formation

A la question : « comment vous êtes-vous formé à ce nouveau vaccin ? », les laboratoires médicaux, par le biais des visiteurs médicaux, sont, avec la presse médicale, la principale source de formation des médecins : respectivement quatorze médecins (70 %) et treize (65 %) les citent. Puis viennent les séances de formation médicale continue pour quatre médecins (20 %).

Sont aussi évoqués : les recommandations de la HAS par un médecin, un cours universitaire dans le cadre du diplôme universitaire de médecine générale, une réunion avec des gynécologues, Internet par le biais de Google® et enfin le médecin évoquant ses recherches dans le cadre de l'exposé de sa fille sur le Gardasil®.

b) Proposition de la vaccination anti papillomavirus

A la question : « Proposez-vous systématiquement le vaccin anti-papillomavirus et si oui à qui ? », les résultats sont les suivants :

La proposition du vaccin antipapillomavirus est systématique pour dix-huit médecins (90 %) soit six femmes (100 %) et douze hommes (86 %).

Deux hommes ne le proposent pas systématiquement dont un car il y pense moins qu'au moment de sa sortie du fait de la diminution de la médiatisation.

Parmi les médecins le proposant systématiquement, un homme dit le proposer car c'est une occasion d'une consultation préventive sur les IST, la contraception et la sexualité en général : « une chose qui n'est pas toujours facile pour un homme », mais sur le vaccin lui-même il est « sceptique » et en parle à ses patientes sans conviction.

De même une des médecins femmes le propose tout en laissant le choix à ses patientes : « j'explique bien qu'il n'est pas obligatoire, je les convainc pas forcément de le faire, je leur laisse le choix ». Elle considère que pour les femmes bien suivies, le frottis est suffisant et que le coût de ce vaccin n'est pas justifié. Par contre, dans un contexte de population défavorisée ayant un mauvais suivi gynécologique, ce vaccin s'avère, à ses yeux, utile.

Un des médecins juge que ce vaccin devrait être proposé aux hommes car, selon lui, il aurait un effet bénéfique sur le cancer de la prostate et les cancers urologiques.

- Limites d'âge de proposition de la vaccination

	13-14	14	15-16	16-17	18-19	20-21	22-23	Plus 23
Hommes	0	13	1	0	4	4	1	5
Femmes	1	4	1	0	1	2	0	3

Prescription du vaccin antipapillomavirus selon le sexe du médecin et la classe d'âge des patientes : en bleu âge de début de prescription, en rouge âge de fin de prescription

Dix-sept médecins (85 %) le prescrivent à partir de 14 ans soit treize hommes (92 %) et quatre femmes (67 %), une femme le prescrit entre 13 et 14 ans, un homme et une femme à partir de 15 ans.

Huit médecins (40 %), soit deux femmes (33 %) et six hommes (43 %), en parlent avant 14 ans afin d'informer surtout les parents. Cinq médecins en parlent à partir de douze ans, deux à partir de 13 ans et un ne donne pas d'âge.

Pour un médecin le rappel DTCoq Polio est l'occasion d'aborder le sujet.

Un des médecins n'en parle jamais avant 14 ans car il lui est arrivé d'effectuer une ordonnance à quelques jours du 14^{ème} anniversaire d'une patiente et celle-ci n'a pas été remboursée.

Concernant l'âge limite de fin de prescription, les réponses sont très diverses :

-Cinq médecins (25 %) ne le proposent plus après 18 ans soit quatre hommes et une femme : « J'ai l'impression qu'après 18 ans c'est trop tard », « Après 18-19 ans, c'est trop tard, c'est déjà fait, elles sont contaminées », « j'oublie d'en parler après (18 ans) ».

-Six médecins arrêtent aux alentours de 20 ans soit quatre hommes et deux femmes.

-Les autres réponses sont : 23-25 ans pour un homme

24 ans, 25 ans, 25-30 ans pour trois femmes.

Deux médecins hommes le prescrivent le plus longtemps possible malgré la date butoir qui est de 21 ans pour l'un et de 23 ans pour le second.

L'un des médecins hommes répond 23 ans en précisant que si l'activité sexuelle est peu intense il le prescrit plus longtemps.

Deux médecins hommes le prescrivent jusqu'au premier rapport sexuel quelque soit l'âge ; pour l'un deux c'est jusqu'au premier rapport sexuel non protégé.

- Présence des parents lors de la proposition du vaccin

Lors de la proposition du vaccin, sur les sept médecins en parlant avant 14 ans, cinq médecins hommes n'en parlent que si les parents sont présents, voire en l'absence de l'adolescente.

Au moment de la prescription, trois médecins hommes (15 %), n'en parlent que si les parents sont présents.

Pour l'un d'entre eux c'est médico-légal, l'on n'aborde pas le thème de la sexualité seul avec une mineure.

Entre 14 et 16 ans, un second, n'aborde le sujet qu'en présence des parents ; après 16 ans il en parle directement aux patientes.

A noter que les cinq médecins en parlant aux parents avant 14 ans et les trois leur en parlant après 14 ans ne sont pas les mêmes. Donc huit (40 % des médecins et 57 % des hommes) médecins estiment que la présence des parents est nécessaire à un moment ou un autre dans le cadre de la prescription du vaccin anti papillomavirus.

	Information avant 14 ans	Prescription à partir de 14 ans
Moins de 45 ans	0	0
45-54 ans	2	0
55-64 ans	2	1
Plus de 65 ans	1	2

Nécessité de la présence des parents donc le cadre de la vaccination antipapillomavirus en fonction de l'âge des médecins

Sur ces huit médecins, on note une moyenne d'âge plus élevée que celles des médecins interrogés : 60,6 ans. De plus cette moyenne est plus élevée que celle des hommes (54,8 ans).

Aucune des femmes médecins n'a soulevé ce problème.

- Question des rapports sexuels

La question de savoir si il y a eu rapport sexuel est facilement posée par quinze médecins (75 %) soit onze hommes (78 %) et quatre femmes (67 %).

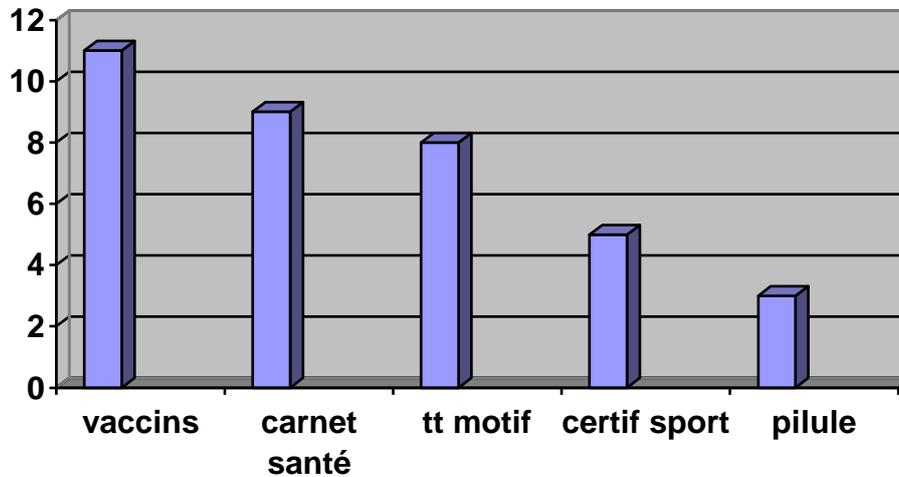
L'un des médecins hommes ne pose jamais la question à l'adolescente avant l'âge de 16 ans : « ce n'est pas si simple d'en parler à 14 ans ».

Un autre ne la pose pas à une mineure sans la présence d'un parent, un troisième ne pose pas la question car il dit que cela se voit.

Pour les femmes, l'une ne pose pas la question après 20 ans « c'est parfois difficile de poser la question, à partir de 20 ans tu ne demandes pas si elles ont déjà eu des rapports », « j'estime que sûrement après 20 ans, elles ont déjà eu des rapports ».

Une seconde ne pose la question des rapports sexuels que si le père est absent.

- A quelle occasion ce vaccin est-il proposé ?



La majorité des médecins abordent le sujet au moment des vaccinations (onze soit 55 %) ou lorsqu'ils vérifient le carnet de santé (neuf soit 45 %) dont cinq citent les deux : onze hommes (79 %) et quatre femmes (67 %).

Huit médecins (40 %) abordent le sujet lors de tout motif de consultation : quatre hommes (29 %) et quatre femmes (67 %).

Cinq médecins (25 %) lors d'un certificat d'aptitude au sport : quatre hommes (29 %) et une femme (17 %).

Trois médecins (15 %) profitent d'une première prescription de pilule contraceptive ou de son renouvellement : deux femmes (33 %) et un homme (7 %).

Les autres occasions citées sont un bilan de santé ou une première consultation.

- Quel vaccin est prescrit ?

Dix-huit médecins sur les vingt interrogés (90 %) ne prescrivent que le Gardasil®, l'un cite les deux en disant prescrire préférentiellement le Gardasil® à plus de 80% et un médecin prescrit plus souvent le Cervarix®.

Pour quatorze des médecins (70 %), le Gardasil® est prescrit car c'est le premier vaccin anti papillomavirus mis sur le marché, ils s'y sont donc habitués.

Seuls neuf médecins (45 %), soit huit hommes (57 %) et une femme (17 %), avancent une autre raison : Sept une couverture plus large pour le Gardasil® et deux une protection contre les condylomes.

Deux médecins (10 %), un homme et une femme, affirment qu'il n'y a pas de différence entre les deux. L'un d'eux parle d' « une querelle sur les différences d'activité qui le laisse indifférent ».

Un des médecins dit prescrire le Gardasil® car c'est un vaccin français.

Le médecin prescrivant le Cervarix® est une femme, elle dit le faire car ce dernier protège plus du cancer du col utérin.

- Le rythme des vaccinations est-il tenu ?

Dix-huit médecins (90 %) ont répondu « Oui » et une femme a répondu « Non ».
Cinq médecins (25 %) remarquent des retards à la troisième injection.
Et même deux médecins ont eu des perdus de vue.

Deux médecins indiquent qu'ils font les trois ordonnances en une fois et notent les dates des prochaines injections afin de limiter les retards.

c) Freins pour les médecins

A la question : « quels sont vos freins vis-à-vis de cette vaccination ? » :

Dix-huit médecins (90 %) n'en expriment pas.
Un médecin homme et une femme en ont.

Pour le médecin homme, l'efficacité de ce vaccin sur la prévention du cancer du col utérin n'est pas démontrée, cela est juste une supposition.

Pour le médecin femme, il n'y a pas de recul suffisant sur l'efficacité à long terme, le recul n'est que de 5 ans. De plus elle pense qu'effectuer des frottis tous les 2 ans est suffisant comme prévention, ce vaccin nécessitant de poursuivre les frottis n'apporte rien de nouveau. Ces deux médecins considèrent que cette vaccination ne présente un intérêt que pour les populations défavorisées. En effet ces dernières ont un moins bon suivi gynécologique et effectuent moins de frottis. A noter que ces deux médecins travaillent ensemble.

Dix-neuf médecins (95 %) rappellent aux patientes la nécessité d'effectuer des frottis réguliers malgré ce vaccin.

Parmi eux, deux expriment la crainte d'un risque de diminution de la réalisation des frottis du fait de la vaccination. Un autre, au contraire, estime que les femmes qui vont réaliser cette vaccination seront plus sensibilisées à la prévention du cancer du col utérin et ainsi effectueront mieux la surveillance par frottis.

Une femme estime que l'intérêt de ce vaccin est de ne plus effectuer de frottis, de plus elle considère que les frottis sont affaire des gynécologues et n'en parle jamais avant 30 ans.

Quatre médecins (exclusivement des hommes) en profitent pour rappeler les risques des IST lesquels ne sont pas diminués par ce vaccin et informent sur les moyens de prévention de ces dernières.

En ce qui concerne les autres freins exprimés : un médecin estime que ce vaccin présente un coût non justifié pour la société au regard de son efficacité non prouvée : « Pour moi, un vaccin pour qu'il ai un intérêt doit avoir un bénéfice certain », un autre exprime la difficulté d'aborder la question de la sexualité avant l'âge de 16 ans.

d) Demandes des patientes

A la question : « Existe-t-il une demande de la part des mères ou des filles ? » :

Trois médecins (15 %) estiment avoir très peu de demande des patientes.

Pour huit médecins (40 %) la demande vient principalement des mères, pour trois médecins (15 %) elle vient des filles et pour sept médecins (35 %) elle vient à la fois des mères et des filles.

La demande est plutôt tournée vers des renseignements plutôt que directement vers une prescription du vaccin : neuf médecins (45 %) contre quatre (20 %). Pour cinq médecins (25 %) la demande porte autant sur des renseignements que sur la vaccination.

Deux médecins estiment que les demandes des patientes et de leurs mères vis-à-vis de cette vaccination ont nettement diminué depuis la sortie du vaccin, du fait d'une diminution de la médiatisation de ce dernier.

Seize médecins (80 %) estiment que les médias ont une influence sur ces demandes. Certains y sont favorables permettant ainsi une meilleure diffusion de l'information aux patientes. Un des médecins estime que cette publicité faite par un laboratoire est « Honteuse ». Pour un médecin, les médias ont peu d'influence sur les demandes, trois autres ne se prononcent pas.

Six médecins (30 %) estiment que l'école est une source de connaissance de ce vaccin du fait des nombreuses campagnes réalisées. Un médecin considère que ce sont les gynécologues et les camarades de classe qui diffusent l'information.

e) Freins pour les patientes

A la question : « Ce vaccin est-il bien accepté des patientes ? Si non pourquoi ? » :

Tous les médecins considèrent que ce vaccin est bien accepté des patientes.

Sept médecins (35 %) indiquent n'avoir jamais eu de refus lors de la proposition de ce vaccin.

Les causes de ces refus sont :

- Nouveauté du vaccin : sept médecins
- Familles anti-vaccin en général : six médecins
- Peur des effets secondaires : six médecins
- Caractère non obligatoire de ce vaccin : trois médecins
- Absence de besoin de ce vaccin du fait d'une absence de risque car pas de rapport sexuel avant mariage et fidélité dans le couple : deux médecins (dont l'un parle d'argument religieux)
- Peur d'une entrée précoce dans la vie sexuelle : deux médecins
- Efficacité sur le cancer non encore démontrée : un médecin
- Polémique sur les autres vaccins : un médecin cite la vaccination antigrippal H1N1 et un second cite la vaccination anti-hépatite B
- Nécessité de poursuivre les frottis donc absence d'intérêt de ce vaccin : un médecin

Sept médecins (35 %) estiment que le fait que ce vaccin protège contre un cancer diminue nettement les freins des patientes et de leurs mères : « les mères se sentant pas de refuser cette protection à leur fille » « avancée thérapeutique importante ».

Pour un médecin, le fait que ce vaccin soit remboursé incite les patientes à le faire car cela signifie qu'il a « un intérêt pour la population ».

f) Effets secondaires rencontrés

Sept médecins (35 %) n'ont rencontré aucun effet secondaire lors de leurs vaccinations contre les HPV.

Pour treize médecins (65 %) ce vaccin est plus douloureux que les autres. A la suite de ces douleurs, trois médecins ont constaté des malaises vagues, un des médecins a pris la décision de faire systématiquement l'injection en position allongée en prévenant les patientes d'un risque de douleur.

Un médecin a remarqué la survenue d'un épisode fébrile à la suite de la vaccination et un autre une rougeur locale.

Aucun effet secondaire différé n'a été signalé.

D- Discussion

1- Discussion de la méthodologie

a) Médecins

L'objectif de cette thèse était d'effectuer une analyse qualitative et non quantitative des pratiques des médecins généralistes du Sud Seine et Marne. Ainsi le nombre de médecins à interroger n'a pas besoin d'être important. Les entretiens ont cessé après avoir interrogé vingt médecins du fait d'une redondance des réponses.

De plus l'on peut imaginer que les médecins ayant refusé l'entretien se sentaient moins concernés par ce vaccin. Ceci implique un biais de recrutement.

b) Questionnaires

Les questionnaires étaient semi-directifs, permettant d'orienter le déroulement des entretiens. Les questions posées étaient largement ouvertes afin de recueillir au maximum les expériences des médecins interrogés.

Certaines questions ont été perçues de manières différentes selon les praticiens avec parfois des difficultés à obtenir des réponses précises aux questions posées.

Ces réponses ont de plus un caractère déclaratif, de ce fait elles peuvent ne pas refléter les pratiques des médecins en situation.

2- Discussion des résultats

a) Médecins

L'échantillon de médecins interrogés a été comparé à ceux exerçant en Seine et Marne [46].

En ce qui concerne la répartition hommes/femmes, l'échantillon est représentatif car notre étude comporte 30 % de femmes, or le pourcentage de femmes médecins généralistes libérales exerçant en Seine et Marne est de 31 %.

De même en ce qui concerne la moyenne d'âge, celle-ci est de 51,4 ans dans notre étude et elle est de 52 ans en ce qui concerne la région de Seine et Marne.

b) Connaissance et respect des recommandations

Sur le plan de la formation, les médecins estiment bien connaître ce vaccin.

Les femmes s'estiment mieux formées et toutes indiquent pratiquer des actes de gynécologie au Cabinet contre seulement 43 % des hommes. Ainsi, elles sont plus impliquées dans les suivis gynécologiques des patientes et se sentent plus concernées par ce vaccin.

L'âge des médecins ne semble pas entrer en compte dans l'estimation de leur formation.

Concernant le type de formation reçue, les laboratoires semblent être la principale source d'information des médecins, suivi de près par les articles de presse médicale.

Un seul médecin cite les recommandations de la HAS.

Ces dernières sont en majorité bien suivies :

Les recommandations françaises concernant la vaccination contre le papillomavirus sont de vacciner les jeunes filles de 14 ans et, en rattrapage, les jeunes filles et jeunes femmes de 15 à 23 ans n'ayant pas eu de rapports sexuels, ou dans l'année suivant leur premier rapport [18,21].

85 % des médecins commencent à prescrire ce vaccin aux patientes dès 14 ans. L'âge du début de prescription est bien connu des médecins même si ce dernier n'est pas toujours respecté. En effet, certains médecins attendent l'âge de 15 ans pour le proposer considérant que le contexte de questionnement sur la sexualité des patientes est difficile avant cet âge.

En ce qui concerne l'âge de la fin du rattrapage vaccinal, les connaissances des médecins semblent plus floues.

Un quart des médecins ne prescrivent plus ce vaccin après 18 ans. Près de la moitié auraient tendance à le prescrire après 23 ans.

Ainsi les limites d'âge de l'application de la vaccination, par les médecins interrogés, sont en moyenne en faveur de patientes plus âgées que celles conseillées dans les recommandations françaises.

Or un certain nombre de pays recommande cette vaccination à des âges plus jeunes [27, 44, 45]. De plus, la réponse sérologique est plus forte chez les adolescentes de 11 à 15 ans que chez les femmes plus âgées [33].

L'OMS, dans son rapport de 2009, conseille de débiter la vaccination entre 9 et 13 ans, afin d'être sûr que les jeunes filles soient exemptes de toutes infections à HPV et ainsi de majorer l'efficacité de cette vaccination [38].

Si de telles recommandations, d'une diminution de l'âge de début de la vaccination, étaient appliquées en France, on pourrait s'interroger sur l'attitude qu'adopteraient les médecins généralistes à cet égard.

Ces derniers ne semblent pas convaincus de l'intérêt de débiter la vaccination au plus tôt ce qui permettrait d'être sûr que les jeunes filles ne soient pas déjà entrées en contact avec les HPV visés par ces vaccins.

En ce qui concerne l'âge limite du rattrapage vaccinal, la moitié des médecins sont prêts à dépasser 23 ans, certains estiment qu'il n'y a pas de mal à vacciner même si les jeunes femmes ont déjà été en contact avec les papillomavirus.

Cette idée a été débattue, il en ressort une diminution de l'intérêt de vacciner plus d'un an après le début des rapports sexuels car certaines femmes ont déjà été en contact avec les HPV oncogènes 16 et 18 et au regard du coût pour la société, ces vaccinations ont un bénéfice trop faible [6, 33].

Peu de médecins semblent informés des différences entre les deux vaccins. Le Gardasil® est le plus prescrit du fait de sa meilleure connaissance car ce fut le premier sur le marché. Le fait que le

Haut Conseil de Santé Publique recommande de vacciner de préférence avec le Gardasil® [26] n'a pas été évoqué par les médecins.

Ceci s'explique en grande partie par le fait que la principale source d'information des médecins sur cette vaccination est délivrée par les laboratoires médicaux et Sanofi® en particulier. Ainsi la plupart des médecins connaît peu le second vaccin sur le marché : le Cervarix® et donc ne le prescrit pas.

c) Freins pour les médecins

Les médecins interrogés sont en majorité largement favorables à cette vaccination.

Le principal frein, évoqué par les médecins, réside dans le fait que cette vaccination implique un questionnement sur la vie sexuelle des patientes, ce qui à 14 ans n'est pas toujours facile d'autant plus pour les praticiens hommes et pour les plus âgés.

La présence des parents lors de la proposition de ce vaccin semble importante chez un grand nombre de médecins hommes, contrairement aux femmes qui ne soulèvent pas ce problème. Elles semblent plus à l'aise pour parler de sexualité avec leurs patientes et pratiquant plus d'acte de gynécologie que leurs confrères hommes, elles ont plus l'occasion d'aborder ce thème.

Les médecins disent pourtant poser facilement la question des rapports sexuels à leurs patientes. Mais peu le font réellement et beaucoup décident de ne plus proposer la vaccination de manière arbitraire selon des critères liés uniquement à l'âge ou l'apparence, leur faisant présumer que la patiente a déjà débuté sa vie sexuelle.

Ceci explique pourquoi certains médecins ne proposent pas ce vaccin avant l'âge de 15 ans. Et d'autres s'arrêtent de le proposer vers 20 ans.

Ceci a pour conséquence de diminuer la population cible de ce vaccin et donc la couverture vaccinale.

Un second frein vient du fait qu'un grand nombre de médecins ne pense pas à cette prescription ou n'a pas « l'occasion » de le prescrire.

La diminution de la médiatisation de cette vaccination avec la baisse des demandes des patientes et le peu de consultations des jeunes filles de 14 ans, complique cette attente des médecins d'une consultation « adéquate ».

La majorité des médecins propose ce vaccin lors de rappels vaccinaux ou de la consultation du carnet de santé. Or, vers l'âge de 14 ans, le rappel DTCoqPolio a, en général, déjà été effectué et les patientes se présentent moins fréquemment avec leur carnet de santé.

Certains médecins profitent d'une première prescription de contraception hormonale pour prescrire ce vaccin. Mais la demande de contraception ne signifie-t-elle pas que la sexualité a débuté ?

Ce motif de consultation ne semble pas être le plus opportun pour proposer ce vaccin.

La crainte d'une diminution du suivi des femmes par frottis du fait de cette vaccination n'est évoquée que par deux médecins, ces derniers n'oublient pas d'informer les patientes sur la nécessité de poursuivre la surveillance par frottis tous les 3 ans.

Seul deux des médecins interrogés ne sont pas convaincus par ce vaccin. Ils informent les patientes sur l'existence de cette vaccination sans pour autant les inciter à l'effectuer. Pour eux la prévention secondaire par les frottis est suffisante dans la lutte contre ce cancer. Ce vaccin n'étant pas selon eux une avancée en terme de santé publique.

De plus, le coût de ce vaccin au regard de la société ne leur semble pas justifié surtout dans un contexte d'une politique de réduction des coûts menée par la sécurité sociale.

d) Freins pour les patientes et leurs parents

La vaccination est en règle générale bien acceptée des patientes.

Les freins viennent souvent des mères et sont liés le plus souvent au fait que ce vaccin soit nouveau, ainsi le manque de recul sur les effets secondaires est au premier plan. Ces réticences ne sont pas spécifiques à ce vaccin, la nouveauté entraîne souvent la méfiance des patients. De plus, cette enquête a été conduite en hiver 2009-2010, lors de la polémique sur la vaccination contre le virus H1N1 ce qui a, d'après certains confrères interrogés, redoublé les craintes d'effets secondaires graves liés à un vaccin dont l'efficacité sur la prévention du cancer du col utérin n'est pas à ce jour prouvée.

Le fait que cette vaccination soit liée à l'entrée dans la vie sexuelle des patientes ne semble pas être un frein majeur mais est cité toutefois par 20 % des médecins. Deux d'entre eux évoquent une peur des parents d'une entrée précoce dans la vie sexuelle et deux autres évoquent des refus de vaccination du fait de l'absence de rapport avant mariage et donc de l'absence de risque de contracter ce virus.

Le remboursement à 65 % par la sécurité sociale a fortement incité à cette vaccination, et malgré la charge restant aux familles, d'environ 129 euro pour le Gardasil® et 117 euro pour le Cervarix®, le coût n'est pas apparu être un frein dans cette étude.

L'on voit à quel point la conviction du médecin est importante pour le bon déroulement de cette vaccination. Des explications et informations données aux patientes vont dépendre l'adhésion à cette vaccination. L'on remarque dans cette enquête que les freins des médecins interrogés se retrouvent souvent dans les freins des patientes, ainsi un médecin non convaincu aura plus de mal à convaincre et rassurer sa patientèle.

e) Occasion d'une consultation de prévention

L'HAS préconise la poursuite de la réalisation de frottis tous les 3 ans entre 25 et 65 ans après deux frottis normaux à un an d'intervalle, à la suite de la vaccination contre le papillomavirus. Les médecins ont bien intégré la nécessité de rappeler l'importance de poursuivre la surveillance par frottis cervico-utérin tous les 3 ans malgré cette vaccination. Le fait que ce vaccin ne protège pas de tous les types de HPV est bien connu des médecins.

Environ un quart des médecins profitent de la proposition de cette vaccination pour effectuer des rappels de prévention des IST et pour parler de contraception.

Il semblerait effectivement judicieux d'effectuer peu avant l'entrée dans la vie sexuelle, une consultation y étant dédiée, permettant de répondre aux interrogations des adolescentes et d'aborder les différents thèmes de prévention. La proposition de la vaccination anti papillomavirus semble un bon moyen d'initier cette consultation « entrée dans la vie sexuelle » et d'aborder ainsi différents thèmes pas toujours évidents à cet âge : nécessité d'utilisation du préservatif lors des rapports, contraception, suivi gynécologique régulier par le biais des frottis...
Encore trop peu de médecins profitent de cette consultation pour le faire.

f) Impact de la campagne de vaccination

La campagne de vaccination télévisuelle ou par le biais de la presse écrite, a eu un fort impact sur cette vaccination. Les médecins faisaient face à plus de demandes de vaccination de la part des patientes et étaient ainsi plus disposés à le proposer. Un grand nombre de médecins remarque une diminution des vaccinations réalisées à la suite d'une baisse de cette campagne publicitaire. Actuellement l'on assiste à une reprise de cette campagne ; de ce fait l'on peut s'attendre à une augmentation des vaccinations.

CONCLUSION

Le cancer du col utérin représente un véritable problème de santé publique. En France, il est la seconde cause de mortalité chez la femme jeune.

Depuis trois ans, les premiers vaccins anti papillomavirus sont sur le marché européen. Ils ont pour objectif de diminuer l'incidence des cancers du col utérin. Une couverture vaccinale de 80 %, associée au dépistage par frottis cervico-utérin, serait nécessaire afin de diminuer d'environ 33 % l'incidence et la mortalité des cancers du col utérin. Elle est deux fois supérieure à la simple mise en œuvre d'une organisation du dépistage par FCU (16 %) [14,33].

La place des médecins généralistes est centrale dans l'application de cette campagne vaccinale du fait de leur proximité avec les patients. Leur rôle de médecins de famille leur permet de voir les jeunes filles aux alentours de 14 ans, le plus souvent accompagnées de leur mère et ainsi d'aborder plus facilement ce sujet.

Il nous est paru intéressant d'étudier les différents freins des médecins, des patientes et de leurs parents vis-à-vis de cette vaccination afin de connaître les moyens d'améliorer la couverture vaccinale. Ainsi des entretiens semi-directifs ont été menés en Seine et Marne, trois ans après l'AMM de ces vaccins.

Les médecins interrogés sont largement favorables à cette vaccination et les recommandations de la HAS sont en règle générale bien suivies, mais l'on constate une tendance à un décalage plus tardif de l'âge vaccinal ; certains médecins préférant débiter la vaccination aux alentours de 15 ans et d'autres poursuivant les rattrapages au-delà de 23 ans.

Ceci va à l'encontre des recommandations de l'OMS de débiter la vaccination à 9 ans, ce qui pourrait bientôt être préconisé en France.

La nécessité d'associer la poursuite des frottis est bien intégrée et les patientes en sont informées. Seuls quatre médecins profitent de cette vaccination pour faire une consultation préventive sur le thème de l'entrée dans la vie sexuelle et ainsi rappeler les principes de prévention des IST et des méthodes contraceptives. Or les visites nécessitées par les trois injections de ce vaccin, pourraient être mises à profit par les médecins pour aborder ces thèmes avec les patientes.

Du côté des patientes, l'acceptabilité est très bonne avec peu de refus. Le plus souvent c'est la nouveauté du vaccin qui freine avec en particulier une peur d'effets secondaires.

L'on pourrait déplorer que les médecins ne proposent pas suffisamment cette vaccination. Notre étude, en a relevé plusieurs causes : l'oubli pur et simple ou la nécessité pour un grand nombre d'une consultation « adéquate » (rappels vaccinaux et lecture du carnet de santé) qui à 14 ans reste rare.

Il semble important de garder en mémoire les limites de ce vaccin ; à savoir, le fait que 30 % des cancers du col utérin sont dus à des papillomavirus non prévenus par ce vaccin et donc que de ce fait le dépistage par frottis cervico-utérin reste indispensable et qu'enfin il est très probable qu'un rappel soit par la suite nécessaire.

ANNEXE I :

Entretiens semi-directifs

Date

Sexe

Age /nbr années installation

Lieu exercice

Type exercice

Pourcentage femmes en âge d'être vaccinées

CSP prédominantes :

- agriculteurs exploitants : secteur primaire
- artisans, commerçants et chefs d'entreprises
- cadres, professions intellectuelles supérieures
- professions intermédiaires
- employés
- ouvriers
- retraités
- autres personnes sans activité professionnelle.

Formation :

-Comment vous trouvez-vous formés sur une échelle de 1 à 10 sur cette vaccination ?

-Comment vous tenez vous informé ?

Proposition systématique du vaccin antipapillomavirus :

- Si oui : A qui ?

A quelle occasion ?

Lequel est prescrit en priorité ? Pourquoi ?

Le rythme des vaccinations est-il tenu ?

- Si non : quels sont vos freins ?

-efficacité incertaine

-pas un problème de santé publique

-prévention secondaire suffisante par le frottis

-risque de diminuer la réalisation des frottis en se croyant protégé

-effets secondaires inconnus

-difficulté de parler de sexualité à cet âge

Existe-t-il une demande de la part des mères/filles ?

- de renseignement
- de vaccination

Quelle est l'influence des médias sur cette demande ?

Le vaccin est-il bien accepté ?

-par les mères

-par les filles

-si non : pourquoi ?

- antivaccin en général
- effets secondaires inconnus
- vaccination non obligatoire
- coût
- difficulté d'aborder la sexualité à cet âge

Avez-vous observés des effets secondaires ?

- Immédiats

- différés

ANNEXE II :

Verbatim

-Premier entretien le 14/12/09

Homme, 68 ans, exerce depuis 35 ans en milieu urbain, MEP en médecine aérospatiale, alcoologie et toxicomanie, ne pratique pas d'acte de gynécologie en cabinet, déclare un pourcentage d'environ 8 % de femmes en âge d'être vaccinées.

CSP déclarées : professions intermédiaires, employés, ouvrier, retraités.

«- Proposez-vous systématiquement le vaccin antipapillomavirus ?

-Ahh ..Pas systématiquement, non

-A qui le proposez-vous ?

-Euhhh, Je le propose à des jeunes filles après l'âge de 15 ans en général, en fait je le propose quand elles viennent accompagnées de leur mère, car le problème se pose toujours quand elles sont accompagnée de leur mère, elles viennent jamais demander ça seule. Donc c'est toujours dans le cadre d'une discussion avec la mère mais c'est jamais avant 15 ans, c'est même plutôt des jeunes filles de 16, 17, 18 ans.

-Jusqu'à quel âge vous abordez le sujet ?

-Au delà de cette période je ne l'aborde pas, c'est aux patientes me de dire j'ai entendu parler du vaccin, est-ce que je peux en bénéficier ou pas ?

-Jusqu'à 18 ans vous en parlez

-Oui, après j'en parle plus

-A quelle occasion vous en parlez ?

-Souvent quand les filles sont sous pilule, lors d'un renouvellement de pilule, quand les filles prennent la pilule assez tôt vers 15 – 16 ans c'est souvent l'occasion d'en parler

-Le fait de prescrire une pilule, ne veut il pas dire qu'elle a déjà eu des rapports ?

-Euh... Je suis sûr de rien

-Vous posez la question

-Je pose la question

-Depuis combien de temps elle a des rapports

-Voilà

-Quel vaccin prescrivez-vous ?

-Gardasyl ®

-Pourquoi celui là ?

-Car c'est le premier que j'ai connu (rires)

-Est-ce que le rythme des vaccinations est tenu ?

-En général oui

-Avez-vous des freins quand à cette vaccination ?

-Non, je n'en ai pas rencontré

-Le fait que l'efficacité ne soit pas encore connue, pour vous ce n'est pas un frein ?

-Non, je pense que c'est un vaccin qui a déjà été utilisé ailleurs, il y a déjà un certain recul

-Le cancer du col est-il un problème de santé publique ?

-Absolument, c'est un problème de santé publique

-La prévention secondaire par le frottis vous paraît elle suffisante ?

-Ouais, moi je le fais

- Ne craignez vous pas, que le fait de vacciner ces jeunes filles, vont faire qu'elles se sentent plus protégées et ainsi elles auront moins de prévention secondaire ?
- C'est le risque, moi je suis très frottis, donc j'en demande régulièrement pendant les renouvellements de contraception, je fais toujours le point, quand le dernier frottis à été fait, est ce qu'il était normal ou, pas. Donc ça ne me pose pas de problème, cela ne change pas mes habitudes par rapport à la prévention frottis
- Le fait de qu'on ai peu de recul quand aux effets secondaires
- Je ne pense que 3 ans... De toute façon on n'est jamais sûr de rien à 100%, ce n'est quand même qu'une vaccination, je ne voit pas pourquoi il y aurai plus d'effets secondaires que pour les autres
- Est-ce que vous rencontrez une difficulté à parler de sexualité à cet âge ?
- ...Non, pas vraiment, moins qu'il y a 35 ans
- Avez-vous des difficultés à vous tenir informé sur ce vaccin ?
- Non
- Est-ce que vous avez fait face à une demande soit de renseignement, soit de vaccination de la part des mères ou des filles ?
- Oui, les mères et les filles, elles questionnent c'est sûr, comme c'est un nouveau vaccin elles posent des questions, elles ont vu et entendu des pub à la radio ou à la télé, elles veulent savoir si c'est efficace, si c'est pas dangereux, si ... comment on fait après, si il y a un suivi, pas de suivi etc. C'est un nouveau vaccin donc il y a des nouvelles questions sur un nouveau vaccin
- C'est plus une demande de renseignements que de vaccination directe.
- C'est plus une demande de renseignements
- Vous avez l'impression qu'il y a une influence des médias sur cette vaccination
- Oui
- Le vaccin est-il en général bien accepté par les mères et par les filles ?
- Oui
- Il y a-t-il des difficultés d'acceptation chez certaines personnes ?
- Non, je n'ai pas eu d'opposition depuis que je le prescris
- Pas de personnes craignant qu'il y ai des effets secondaires encore inconnus ?
- Non, je n'ai jamais, je crois que ce vaccin il est tellement connoté prévention du cancer qu'en fin de compte..euh, mais en fait c'est le premier vaccin qui est intitulé prévention d'une néoplasie, il y en a pas d'autre, donc les gens pour eux c'est une avancée thérapeutique importante
- Vous n'avez pas rencontré d'effets secondaires immédiats ou différés?
- Non »

-Second entretien le 14/12/09

Homme, 62 ans, exerce depuis 35 ans en milieu urbain, pas de MEP ni d'exercice de gynécologie en cabinet, déclare un pourcentage d'environ 8 % de femmes en âge d'être vaccinées.
CSP déclarées : professions intermédiaires, employés, ouvrier, retraités.

- «-Proposez-vous systématiquement le vaccin antipapillomavirus ?
- ...Je, j'en parle systématiquement lorsque je vois une jeune fille entre 14 et 16 ans accompagnée de sa mère, si elle n'est pas accompagné je ne lui en parle pas...à 14-16 ans, donc si elle vient me voir pour un autre motif ou pour un motif de vaccination, je leur parle à ce moment là du vaccin antipapillomavirus systématiquement
- Après 16 ans vous ne leur en parlez pas ?

-Plus de 16 ans je leur en parle même s'il n'y a pas leur mère, de 14 à 16 il faut qu'il y ai la mère, enfin moi je fais comme ça, parce que je vais pas leur parler, euh, ça me gêne, enfin ça me gêne, je ne trouve pas si simple de parler à 14 ans, à une jeune fille qui vient pour une angine, je ne vais pas leur demander les rapports sexuels c'est pour bientôt ? Est-ce que tu as pensé au papillomavirus.

Donc de 14 à 16 ans si il y a la mère et au dessus de 16 ans systématiquement

-Jusqu'à quel âge vous en parlez à peu près ?

-J'en parle jusqu'à une vingtaine d'année, c'est difficile à dire, j'ai l'impression qu'après 18 ans en général c'est trop tard

-A quelle occasion vous en parlez ?

-C'est quand même principalement à l'occasion quand je met le nez dans un carnet de santé, donc souvent lors des vaccinations ou quand quelqu'un vient me voir pour la première fois.

-Lequel prescrivez vous en priorité ?

-Gardasyl®

-Pourquoi celui-là ?

-Parce que j'en ai pris l'habitude et parce que si je ne m'abuse, il est actif sur les condylomes

-Effectivement. Trouvez vous qu'il est facile de tenir le rythme des vaccinations, ou avez-vous du mal à les suivre ?

-En général, je prescris, quand je fais une injection je fais l'ordonnance pour l'injection suivante si il y a besoin

-En général, elles reviennent ?

-C'est-à-dire je leur donne l'ordonnance et précise quand elles doivent venir

-Avez-vous des freins vis-à-vis de cette vaccination ?

-Aucun

-Le fait que l'efficacité soit incertaine n'en ai pas un pour vous ?

-Non

-Pensez-vous que le cancer du col soit un problème de santé publique ?

-Oui

-Ne pensez vous pas que cela risque de diminuer la réalisation des frottis de surveillance?

-...

-En se croyant protégée contre le cancer, l'on va moins pratiquer de frottis

-C'est un problème d'éducation, les femmes sont quand même suivies en gynécologie, et dans le suivi il y aura le frottis. Donc éducation et prescription, c'est quand même le médecin qui dirige la surveillance donc il y aura prescription de frottis

-Pour vous est-ce que la prévention secondaire par le frottis est suffisante ?

-...Frottis et colposcopie au moindre signe si nécessaire

-Les effets secondaires inconnus ne vous freinent pas ?

-Sur la vaccination ?

-Oui

-Non

-Le fait de la difficulté de parler de sexualité à cet âge ?

-Oui, c'est pour ça que de 14 à 16 ans je n'en parle que si la mère est là

-Arrivez-vous à vous tenir facilement informé sur ce nouveau vaccin ?

-Oui, c'est principalement les délégués, moi je m'y suis intéressé car j'avais fait ma thèse sur ce domaine

-Est-ce que vous faites face à une demande de la part des mères ou des filles soit de renseignement ou directement de vaccination

-Je trouve en général, c'est nous qui en parlons, spontanément elles en parlent assez peu

-Vous n'avez pas ressenti une influence des média sur leur demande ?

-Non, car maintenant c'est retombé, on n'en parle plus

- Même au départ ?
- Au départ peu être un peu, mais ça fait déjà deux ans qu'il est sorti
- Trois ans
- Le vaccin est –il bien accepté par les mères et les filles ?
- Oui
- Vous n'avez pas fait face à des mères qui refusaient
- C'est déjà arrivé
- Pour quelles raisons ce refus ?
- Il y a des gens, je pense à une famille, la mère est systématiquement opposé au vaccin, elle avait même refusé la vaccination ROR
- Le fait que cela ne soit pas obligatoire, est-il aussi un frein ?
- Oui
- Le fait que tous les effets secondaires ne soient pas encore connus, que cela soit encore tôt ?
- Bien sûr, pour certaines personnes ça l'est, pas pour moi mais pour certaines personnes
- Le coût est il un argument contre ?
- Si c'est pris en charge, au niveau individuel ce n'est pas un argument, au niveau de la sécurité sociale, c'est un coût de prévention
- Faites vous face à une difficulté de parler de sexualité à cet âge au sein de la famille, entre les mères et filles
- Oui incontestablement, je...s'il m'en parle je ne suis pas gêné
- Mais les mères vis-à-vis des filles
- Il y a des fois des gens qui n'en parlent pas, c'est assez rare
- Avez-vous observé des effets secondaires soit immédiats soit différés lors de cette vaccination ?
- Non
- Merci »

-Troisième entretien le 20/01/10

Homme, 54 ans, exerce depuis 22 ans en milieu urbain, pas de MEP, ni d'exercice de gynécologie en cabinet, déclare un pourcentage d'environ 8 % de femmes en âge d'être vaccinées.
 CSP déclarées : professions intermédiaires, employés, ouvrier, retraités.

- «-Est-ce que vous prescrivez systématiquement le vaccin anti papillomavirus à vos patientes ?
- Oui
- A qui le proposez-vous ?
- Aux jeunes filles, bien sûr, à partir de 14 ans
- Donc à 14 ans vous le proposez...
- Enfin, à partir de 13 ans je commence à leur en parler, j'en parle aux parents quand ils viennent avec leurs parents, puis après je leur propose
- A quelle occasion vous leurs en parlez ?
- Lors d'une consultation pour un motif X, Y, même un rhume ou pour une autre vaccination, y a pas de tabou
- Jusqu'à quel âge vous en parlez ?
- J'en parle jusqu'à une vingtaine d'années, l'avantage d'être en Cabinet c'est que les gens on les connaît depuis déjà pas mal d'années, donc tu sais si ils ont des aventures sexuelles débridées ou

pas, je peux le proposer à une jeune fille à 25 ans car je sais qu'elle n'a pas une vie sexuelle délirante, tu en a à 25 elles ont déjà des partenaires...

-Vous posez la question sans problème

-Ouais, cela fait 22 ans que je suis là donc j'ai fait pas mal de pédiatrie, donc je les ai vu petits, comme je leurs dit : « je t'ai vu en couches » donc ils viennent me voir tout seul parfois. Une fois j'ai eu le cas d'une jeune fille de 16 ans qui était enceinte et c'est moi qui ai du l'annoncer aux parents car la gamine elle ne voulait pas, c'est l'avantage de voir une patientèle de gens régulier, c'est un turn over de population énorme. Dans les villes nouvelles cela doit être moins facile je pense.

-Vous prescrivez quel vaccin ?

-Que le Gardasil® car il a une couverture plus large

-Le rythme des vaccinations est-il facilement tenu ?

-Oui, à une semaine 15 jours près, oui ce n'est pas un problème

-Pour vous c'est un problème de santé publique ?

-Oui

-Vous ne craignez pas qu'elles se croient trop protégées ?

-Non, non, je leur explique, que un il faut faire des frottis et que deux je ne protège pas du sida avec mon vaccin

-Le fait que l'efficacité soit encore incertaine ou que les effets secondaires ne soient pas encore connus

-A ce moment là le ROR ou le Priorix®, on ne sait pas si les gens ne vont pas faire une rougeole à 70 ans, donc à ce moment tu ne fait pas de vaccin

-Donc c'est un risque à prendre

-Oui, il y a bénéfice risque, si tu fais un cancer du col de l'utérus à 80 c'est quand même moins embêtant que si t'en fais un à 18, c'est mon point de vu, en plus je suis un homme

-Elles acceptent facilement qu'il y aura peut être un rappel dans quelques années ?

-Ah bah oui, ah partir du moment... Tu sais ça fait mal le Gardasil®, apparemment c'est pas un vaccin indolore, le liquide est assez agréable, t'es crispée donc vraiment parfait, que tu fasse ou dans la fesse ou dans le deltoïde c'est pareil, ça fait mal

-Vous n'avez jamais eu d'effets secondaires suite à ce vaccin ?

-Non

-Hormis les douleurs

-Y a que les douleurs, oui à l'injection et parfois dans les 24 à 48 heures, mais c'est essentiellement le phénomène douloureux qui revient constamment

-Pas de fièvre

-Non je n'ai jamais eu ce genre de problème

-Est-ce que vous avez une demande de la part des mères ou des filles soit de vaccination ou de renseignement ?

-Oui, il y en a

-Plutôt des mères ou des filles ?

-Plutôt des filles, ils en parlent à l'école : « Ma copine elle a eu tel vaccin, c'est bien, c'est pas bien... »

-Y a-t-il une influence des médias sur cette vaccination ?

-Oui, surtout les mères, car les mères doivent regarder la télé plus que les filles qui sont sur facebook (rire)

-Donc le vaccin est accepté quand vous le proposez ?

-Allez neuf fois sur dix

-Et les fois où c'est pas accepté, pourquoi ?

-Tu as les arguments... Je connais les familles donc la plupart du temps c'est des arguments religieux, ou alors tu as des gens qui sont contre les vaccinations aussi

-Quand vous dites religieux, c'est-à-dire qu'ils ne veulent pas parler de cela à cet âge, c'est trop jeune ?

-Il y a ça entre autre et il y a le fait que l'on est catholique et donc on ne va pas tremper n'importe où

-Le fait que cela ne soit pas obligatoire est-il un motif de refus ?

-Euh, non ça non, quand ce n'est pas obligatoire et que ce n'est pas remboursé là oui ça serait un frein, mais le fait que cela ne soit pas obligatoire et remboursé, non. Car le fait que cela soit remboursé, on peut considérer que c'est quand même assez intéressant, c'est que cela présente quand même un intérêt pour la population. S'ils ne remboursent pas, on peut se poser la question. C'est vrai que l'on est pas un pays de médecine préventive, quand tu voit que l'on ne rembourse pas le Lariam® ou la Savarine® et que l'on va traiter des palu à mille ou quinze cent euro la journée, alors que la Savarine® doit couter 5 euros, pour moi y a pas photos, mais bon...

-Donc vous êtes plutôt très favorable à cette vaccination

-Oui... Je ne suis pas très vaccin, j'estime que les vaccins, cela doit être fait si tu cours un risque, mais si tu n'en cours pas le risque, tu n'as pas besoin de vaccin. Mais ça c'est quand même quelque chose qui me paraît très utile, je n'en dirais pas autant du vaccin de la rage, si tu n'es pas confronté au virus, tu n'as pas besoin de te faire vacciner

-Et le vaccin de l'hépatite B ?

-L'hépatite B, non, cela s'attrape par voie sanguine et sexuelle, à la naissance il y a peu de chance que tu ai des rapports sexuels dans les trois ou quatre années qui suivent, donc si les parents ne veulent pas, je n'insiste pas, alors que je suis quand même plus incisif sur le Gardasil®. Pour l'hépatite B, le taux de pénétration en France, pour les métropolitains, je parle, est infime, donc après si tu te drogues ou si tu te promènes la petite culotte à la main, tu as plus de risque d'attraper des maladies que si tu es nonne dans un couvent, quoique je sais pas en fait... (Rire). Je pense que la vaccination c'est un risque, il faut accepter de le prendre un léger risque car on ne sait pas ce que cela fait, c'est vrai, un vaccin. Mais il y a le bénéfice et le risque, si le bénéfice est supérieur, tu dois prendre le risque.

-Merci beaucoup

-Quatrième entretien le 26/01/10 (refus d'être enregistrée)

Femme, 42 ans, origine polonaise, exerce depuis 8 ans en milieu urbain, et depuis 1998 en hôpital dont un service de cancérologie, absence de MEP, fait des actes de gynécologie en cabinet.

-Prescrivez-vous systématiquement le vaccin antipapillomavirus ?

-Oui

-A qui ?

-Je prescris à tout ce qui commence à sécréter les œstrogènes. Aux jeunes filles avec un air d'adolescentes qui viennent seules ou avec leurs parents, j'en parle. Il y a deux cas ou c'est la mère qui propose, ou la mère ne veut pas en entendre parler, le début de la sexualité les effraye, elles disent « plus tard, plus tard ». C'est comme avec la pilule, mais cela passe mieux avec le Gardasil® car c'est une maladie mortelle derrière donc c'est plus simple.

-A quel âge vous le proposez ?

-A partir de 13-14 ans

-Et jusqu'à quel âge ?

-Jusqu'à la trentaine..., vraiment jusqu'à 25 ans, en fait je ne me suis jamais posée la question. Entre 13 et 20 on ne se rend pas compte de l'âge des patientes.

-Et vous leur posez facilement la question de savoir si elles ont déjà eu des rapports sexuels ?

-Oui, on la pose facilement

-A quelle occasion vous leur proposez ?

- Sans raison, ça me prend, je suis sensibilisée car j'ai vu des femmes mourir. Une collègue qui a eu un cancer du sein jeune, j'ai travaillée 8 ans en cancérologie.
- Quel vaccin prescrivez-vous ?
- Gardasil® je ne sais plus quel type de virus il protège, je connais plus la différence entre les deux, si il y en a une. Je le prescris car c'est le premier connu et la campagne a été efficace donc on le connaît
- Le rythme des vaccinations est-il tenu ?
- Non il faut vérifier à chaque fois, des fois elles reviennent une fois quand c'est lancé c'est elles qui surveillent
- Avez-vous de freins quand à cette vaccination ?
- Non pas de réticence
- Le fait que l'efficacité soit incertaine ?
- Non, il faut bien tenter
- Est-ce, pour vous, un problème de santé publique ?
- Oui
- Ne craignez vous pas une diminution de la réalisation des frottis du fait du vaccin ?
- C'est possible, pourquoi pas. Le but c'est cela on fera moins de frottis après reste à démontrer
- Parlez-vous de la nécessité d'une surveillance par frottis lors de cette consultation ?
- Je ne sais pas, c'est un examen chiant. C'est les gynécos, j'en parle avec douceur. Les deux sont parallèles. C'est trop d'info en même temps, faut-il les faire si régulièrement chez les jeunes filles, probablement non... Je ne sais pas à quel âge je parle de frottis... à 30 ans
- Faites-vous face à une demande soit de renseignements ou de vaccination des mères ou des filles ?
- Surtout les mères qui demandent des renseignements, les filles attendent que je leur propose
- Y a-t-il une influence des médias sur cette demande ?
- Je ne sais pas
- Le vaccin est-il bien accepté quand vous le proposez ?
- Oui, comme une lettre à la poste
- Y a-t-il eu des refus de vaccination ?
- Non
- Avez-vous été confrontée à une difficulté d'aborder le thème de la sexualité à cet âge devant la mère ?
- Cela a changé, à l'époque, là non, la population d'immigré accepte. Les femmes musulmanes acceptent depuis 8 ans que je suis là. Les françaises pure souche très catho sont plus chiantes que les autres
- Avez-vous observé des effets secondaires ?
- Il y a une légende qui tourne entre les filles que ce vaccin fait mal
- Et vous avez-vous eu des observations de douleurs ou de malaise suite à la vaccination ?
- Non, on arrive à contrôler tout dépend de la façon de la faire, on reste à côté, on rassure
- Vous n'avez pas eu d'autres effets secondaires ?
- Non, pas de fièvre, rien

-Cinquième entretien le 26/01/10

Homme, 50 ans exerce depuis 29 ans en milieu urbain, pratique l'homéopathie, fait des actes de gynécologie en cabinet.

« -Proposez-vous systématiquement le vaccin antipapillomavirus ?

-euhh, c'est vrai que c'est moins d'actualité, cela n'a été pas tellement nous qui l'avons proposé, mais surtout les patientes qui sont venues en masse le demander avec la publicité à travers la presse souvent féminine

-Y a-t-il eu une demande plutôt des mères ou des filles ?

-Les grandes adolescentes ou les adolescentes quasiment à l'âge adulte le demandaient, sinon cela a plutôt été les parents

-Elles demandaient plutôt des renseignements ou la vaccination ?

-Bah, bizarrement elles ont souvent revendiquées la vaccination, les questions sont souvent venues après. Le cas typique de patientes qui étaient plutôt assez réticentes aux vaccinations qui sont revenues après en disant : « mais on n'a pas réfléchi aux effets secondaires de ce vaccin, on aurait peut être dû en discuter »

-Et vous le proposez vous ?

-Euh, on le propose, c'est vrai qu'avec les effets de mode, il y a des choses auxquelles on pense moins après, je ne sais pas, faudrait faire une statistique, on continue à le faire, mais c'est vrai on le fait moins, je fais des rappels

-Vous le proposez moins qu'avant ?

-J'ai pas de raison de le proposer moins, il y a d'autres choses qui nous préoccupent, j'étais assez partant pour faire ce vaccin

-Quand vous le proposez c'est à qui ?

-Les adolescentes le plus jeune possible

-A quel âge le proposez-vous ?

-14 ans, je le propose à 14 ans

-Jusqu'à quel âge ?

-Le plus loin possible, car je sais qu'il y a une date butoir mais je m'en fiche un peu, c'est toujours intéressant de le faire... jusqu'à 21 ans

-Posez-vous la question de la vie sexuelle sans problème ?

-Bien sur, la vie sexuelle et savoir si elles ont déjà eu un risque de contamination par le papillomavirus

-Vous n'avez pas de difficultés à poser la question ?

-Non il n'y a pas eu de réticences, non, ils savent que c'est une vaccination contre le cancer du col de l'utérus, la discussion a lieu soit avec les parents ou les jeunes filles, ou lors des demandes de contraception mais c'est peut être un peu tard

-A quelles occasions vous le proposez ?

-Dans le cadre du calendrier vaccinal, quand on est bien éveillé

-Lorsque des jeunes adolescentes viennent rarement consulter juste à l'occasion d'un simple rhume, vous pensez à le proposer ?

-A l'époque où c'est sorti oui, on y pensait systématiquement, enfin très souvent. Récemment j'ai fait beaucoup moins de prescriptions, on pourrait le voir sur les statistiques

-Quel vaccin vous prescrivez en priorité ?

-Le premier en vente, mais les deux, y a pas vraiment de différence, leur querelle sur l'activité sur tel ou tel papillomavirus, cela me laisse un peu indifférent, parce que celui de Sanofi, sorti en premier, c'est sûr on en a beaucoup plus prescrit, Cervarix® on le prescrit moins

-Le rythme des vaccinations est-il tenu facilement ?

-Oui, je pense que nos vaccinations ont été faites complètement

-Elles acceptent qu'il y ai plusieurs vaccinations ?

-De toute façon c'est proposé, on leur dit qu'il y aura trois injections à faire, elles le savent

-Vous, avez-vous des freins vis-à-vis de cette vaccination ?

-Ca fait mal (rires), quand les labo nous ont présenté cela, ils ont dit « mais tous les vaccins font mal », mais celui là fait vraiment mal dans 90% des cas

-A l'injection ou plus tard ?

-A l'injection, les premières expériences que l'on a eues, on ne savait pas, on a été obligé d'en allonger quelques unes

-Elles faisaient des malaises ?

-Elles n'étaient pas bien, très douloureuses, maintenant, l'injection se fait systématiquement en position allongée en prévenant que cela va leur faire mal, comme elles sont prévenues, cela se passe un tout petit peu mieux

-La douleur passe en combien de temps ?

-Le temps qu'elles restent allongées, en général dans la minute

-Avez-vous fait face à d'autres effets secondaires ?

-Non

-Le fait que l'efficacité de ce vaccin soit encore incertaine ne vous freine pas ?

-Non, ce qui pourrait nous freiner c'est des effets secondaires ou des accidents vaccinaux, c'est tout, une efficacité insuffisante c'est toujours cela de gagné

-Pour vous c'est un problème de santé publique ? La prévention du cancer du col

-C'est une avancée en terme de prévention et de santé publique, les retours d'expériences c'est toujours bon, quand on voit que l'on supprime des médicaments que l'on a prescrit pendant des années

-Est-ce que vous ne craignez pas que les patientes se sentent trop protégées par cette vaccination et ainsi fassent moins de frottis ?

-De toute façon les frottis chez les jeunes femmes ça pose toujours problème, c'est tout le problème de la prescription de contraception prise avec nonchalance par les mères qui veulent une prescription de pilule à la fin de la consultation pour leur gamin et qui fuient totalement la surveillance biologique et les frottis, je crois qu'elles n'en font déjà pas suffisamment donc cela ne changera pas grand-chose

-Elles ne risquent pas encore d'en faire moins ?

-Au contraire, si elles sont vaccinées, on peut espérer qu'elles soient plus sensibilisées au risque que représente le cancer du col, si on leur explique bien que le frottis reste indispensable, c'est plus une incitation à la surveillance, si elles ont déjà fait un acte de prévention, on peut espérer qu'elles continuent après, ce n'est pas la question qui me taraudait

-Avez-vous des difficultés à vous tenir informé sur ce vaccin ?

-Il y a quand même pas mal de réunions d'informations, on oublie toujours des choses, la formation c'est continu, une séance de rappels c'est jamais inutile, on lit à travers les articles de journaux

-Trouvez vous qu'il y a une forte influence des médias sur la demande de vaccination ?

-Oui encore une fois, c'est réellement une grosse demande au moment de la sortie du vaccin, nous on l'a proposé, mais beaucoup de mères qui sont venues. Moins de demandes, il n'y a plus de demandes spontanées, faut que cela soit nous qui pensions à introduire cela dans le calendrier vaccinal

-Le vaccin est-il bien accepté par les mères et les filles ?

-Bah...Il y a eu les questions traditionnelles, les risques, les accidents, l'activité. Encore une fois l'expérience de cette mère qui c'est précipitée dessus alors que normalement elle est réticente vis-à-vis des vaccinations, je crois que la crainte du cancer est quelque chose qui les incitait à se faire vacciner. C'est la première fois que l'on a un vaccin de prévention contre un cancer

-Avez-vous eu des refus des parents ou des patientes ?

-Oui, il y a des refus par les parents et par les adolescentes

-Quelles étaient les causes de ces refus ?

-La réponse bateau : « c'est nouveau, on ne sait pas ce que cela va donner », la polémique sur le vaccin de l'hépatite B est revenue, avec la crainte des maladies etc....A par le fait de refuser un vaccin. Essentiellement la peur de la nouveauté et de, du manque d'historique et de référence sur

le danger. C'est tout. Sinon des remarques plus personnelles du fait que la vie sexuelle étant déjà commencée ce n'est pas la peine de le faire

- Même quand on leur dit que l'on a jusqu' à un an après les rapports dans les recommandations ?
- Oui dans les recommandations
- Y a-t-il une difficulté à parler de sexualité à cet âge, avec des mères qui préfèrent ne pas en parler à leurs filles, de peur de..
- De ce que j'ai vu en consultation, il n'y a pas eu de soucis
- Pas de parents qui ont peur que cela incite leurs filles, en se croyant protégées, à avoir des rapports plus tôt ?
- Ouais, il y a peut être une partie de réticents, mais cela n'a pas été dit en consultation, je n'ai pas ressenti cela
- Vous êtes donc plutôt favorable à cette vaccination ?
- Oui, tant que l'on ne me dit pas qu'il y a eu de réels soucis avec les vaccins. Je pratique, j'ai pratiqué beaucoup, je pratique un peu moins, mais je continue à le faire, je l'ai même proposé à mes filles, une l'a refusé, l'autre l'a accepté. »

-Sixième entretien le 11/02/10 : entretien téléphonique non enregistré environ 25 minutes
 Homme, 73 ans, exerce depuis 65 ans en milieu semi-rural, pas de MEP, a fait beaucoup de biologie et biochimie avant de s'installer, déclare un très faible pourcentage de femmes en âge d'être vaccinée.

CSP déclarées : NSP

- Prescrivez-vous le vaccin antipapillomavirus ?
- Oui, mais ce vaccin devrait être proposé aux hommes, on ne fait rien pour les hommes. Les cancers sont tous dûs à des virus, le cancer de la prostate, l'on se pose pas la question d'une vaccination, j'ai moi-même subi une opération de la prostate qui s'est compliquée. On ne pense pas aux hommes, l'on devrait leur faire aussi le vaccin, l'on verra bien dans quelques années si cela les protège du cancer. Tous les cancers urologiques doivent être aussi du à ce virus. Faut faire des recherches en ce sens.
- Il est prouvé que certains cancers anaux pourraient être dûs à ce virus et donc partiellement évités par le vaccin
- Ah les cancers anaux c'est une population particulière, de toute façon l'homosexualité devient la norme de nos jours
- A quel âge débutez-vous la vaccination ?
- Vers 12 ans j'en parle aux parents, puis à 14 ans j'en parle aux filles et je le fais
- Jusqu'à quel âge ?
- Jusqu'au début de leur vie débridée, de plus en plus tôt, après 18- 19 ans c'est trop tard, c'est déjà fait, elles sont contaminées
- Posez-vous facilement la question de la vie sexuelle ?
- De nos jours, la sexualité s'étale partout
- A quelle occasion en parlez- vous ?
- J'en parle surtout aux parents quand les enfants ne sont pas présents
- Quel vaccin prescrivez-vous ?
- Le premier qui a été lancé, le Gardasil®, je n'ai rien contre l'autre, mais celui-là sort facilement quand on a le stylo dans la main
- Le rythme des vaccinations est-il facilement tenu ?
- Les vaccins ne sont pas que faits par les généralistes, il y a aussi le personnel infirmier, les gynécologues. Souvent l'on en parle, puis ils vont voir les gynécologues pour la vaccination

-Quels sont vos freins ?

-Je suis pour ce vaccin, totalement. Des lobbies intellectuels ont profité de la grippe pour réactiver les polémiques sur les effets secondaires sur les vaccins, pour la vaccination anti hépatite B, rien n'indique qu'il y ait vraiment des scléroses en plaques. La vaccination est le progrès le plus important de ce siècle, c'est une évolution majeure.

-Ne craignez-vous pas que ce vaccin soit à l'origine d'une diminution de la réalisation des frottis ?

-Chacun est maître de son corps, il faut expliquer que cela protège mais pas totalement, l'on saura vraiment dans 20 ans

-Avez-vous des difficultés à parler de sexualité avec vos patientes ?

-La question ne se pose pas comme cela, la sexualité cela se voit

-Vous trouvez-vous informé sur ce vaccin et comment vous informez vous ?

-Je suis bien informé, surtout par la presse et les visites du laboratoire Sanofi

-Le vaccin est-il bien accepté par les patientes et leurs mères ?

-Oui

-Il n'y a pas de refus ?

-La sexualité est partout, les parents sont très permissifs, il y a égalité entre les deux sexes du fait de la pilule. Les parents sont complices, cela les flattent, ils n'ont pas connus les temps de la sexualité héroïque sans protection. Il vaut mieux qu'ils soient dans le coup, le cocu magnifique, c'est le temps de la paternalité non biologique, ce n'est pas un hasard que la société sombre. Vous posez des questions qui datent de plus de 40 ans.

-Avez-vous observé des effets secondaires ?

-Je n'ai pas le recul pour avoir un avis définitif

-Septième entretien le 12/02/10 :

Homme, 55 ans, exerce depuis 20 ans en milieu semi-rural, pas de MEP, pratique la gynécologie en cabinet, déclare un pourcentage d'environ 6 % de femmes en âge d'être vaccinées.

CSP déclarées : employés, retraités et autres personnes sans activité professionnelle (étudiants)

Signale en début d'entretien avoir effectué une injection en novembre d'un vaccin Gardasil® n'ayant pas été mis au frigo depuis l'achat un mois auparavant, il n'y a pas eu d'effets secondaires, mais il a considéré cette injection comme nulle et l'a réitérée (première injection)

« -Avez- vous constaté des effets secondaires lors de cette vaccination ou à distance ?

-Non

-Certains de vos collègues m'ont parlé de malaises ou de douleurs importantes, l'avez-vous constaté ?

-Pas de malaise, la douleur je n'ai pas fait attention, c'est un effet secondaire fréquent

-Pour ce vaccin pas plus de douleurs ?

-Non

-Sur une échelle de 1 à 10 comment vous trouvez-vous formé sur ce vaccin ?

-Euhh, je me suis formé moi-même, je n'ai pas eu de formation donc je vais dire 0

-Vous avez plutôt l'impression de bien connaître ce vaccin, de connaître les recommandations ?

-Je pense oui, il n'y a pas de particularité par rapport aux autres vaccins, en dehors du prix je vois pas ce qui le différencie, il y a peut être un schéma particulier, c'est 0, 2 et 6 mois, mais bon ce n'est pas compliqué à retenir

-Donc vous êtes plutôt bien formé

-Oui

-Comment vous tenez vous informé ?

- Par les visiteurs médicaux et internet, Google®
- Prescrivez-vous le vaccin antipapillomavirus systématiquement?
- Je le propose systématiquement
- A quel âge ?
- De 14 ans à 20 ans, le plus âgé que j'ai fait c'était 21 ans
- Vous commencez à en parler à 14 ans ou un peu avant ?
- J'en parle à 12 ans
- Plutôt aux mères ou aux patientes ?
- C'est une bonne question, dès que j'ai la jeune personne je lui en parle, souvent c'est vers 11 ans au rappel DTPolio, je leur dis qu'à l'âge de 14 ans il sera conseillé de faire ce vaccin, je préfère en parler quand l'adolescente vient, il m'est arrivé que des mères viennent sans l'adolescente pour m'en parler, donc j'en parle quand même bien évidemment, mais il faut quand même informer les adolescentes
- La demande de vaccination vient plus souvent des mères que des filles ?
- Je leur propose le vaccin et généralement elles acceptent de le faire, je n'ai jamais eu d'adolescentes qui sont venues me demander le vaccin, j'ai parfois eu 2 à 3 fois une mère qui est venue me demander le vaccin, j'en parle à 12-13 ans et c'est rare qu'elles refusent
- La demande porte plus sur des renseignements ou directement le vaccin ?
- La plupart elles demandent des renseignements, elles ne viennent pas me demander une prescription de Gardasil® mais des renseignements
- Avez-vous constaté une influence des médias sur leurs demandes ?
- Aucune idée
- Vous leur avez demandé comment elles ont été informées sur ce vaccin ?
- Non, je ne me suis pas posé la question
- Lequel des vaccins prescrivez-vous en priorité ?
- Gardasil®
- Pourquoi celui-là ?
- Je crois que dans celui là il y a 4 papillomavirus alors que l'autre en a que 2, si je me souviens bien, et donc, je le prescris, le problème c'est que j'ai une activité quand même assez importante donc je me fis à des idées très simples, il y a sûrement d'autres raisons, mais comme je sais qu'il faut zapper l'autre, je l'ai zappé
- Vous avez raison le Gardasil® protège mieux. Avez-vous du mal à tenir le rythme des vaccinations ou les jeunes filles reviennent facilement pour les 3 injections ?
- Les deux premières vaccinations se font facilement, peut être pour le dernier rappel il y a quelque retard, a part cela il n'y a pas de problème
- Est-ce que vous-même vous avez des freins à cette vaccination ?
- Non
- Le fait que l'efficacité soit encore incertaine ou que les effets secondaires ne soient pas encore connus vous paraît être un frein ?
- On a fait beaucoup de progrès dans le domaine de la vaccination, pour les effets secondaires, ce vaccin est fabriqué sur le même mode que celui pour l'hépatite B ou le DTP, donc je ne suis pas très inquiet sur ce vaccin là
- Vous trouvez que le cancer du col est un problème de santé publique ?
- Le fait de faire un vaccin, qui protège contre un cancer, cela motive
- Ne craignez-vous pas qu'en se croyant protégées contre ce cancer, il y ai une diminution de la réalisation des frottis ?
- Ce n'est pas ma crainte, il faut quand même faire les frottis, moi je leur explique que je crois que 70% des cancers sont dûs aux papillomavirus, donc ce vaccin ne protège pas contre 30% des cancers qu'il faudra dépister par frottis
- Avez-vous rencontré des difficultés de parler de sexualité à cet âge ?

-...

-Par exemple pour savoir jusqu'à quel âge vous allez le prescrire chez une patiente

-Non, parce que ça fait partie des questions que l'on pose durant l'examen

-Du côté des patientes et de leurs mères, avez-vous eu des refus ?

-Non

-Aucun ?

-Je l'ai proposé à des adolescentes qui avaient 11 ans donc, je n'ai pas encore les retours, je ne sais pas si elles vont accepter ou pas, je n'ai jamais eu de refus catégorique

-Donc au total vous êtes plutôt favorable à ce vaccin

-Oui, je ne vois pas pourquoi je serais contre, c'est un vaccin qui protège en plus contre un cancer, je n'ai aucune réticence, je n'ai pas peur d'avoir un procès un jour parce qu'il y a un problème.

J'étais très soutenant envers le vaccin contre l'hépatite B. »

-Huitième entretien le 13/02/10 :

Homme, 45 ans, exerce depuis 35 ans en milieu semi-rural, pas de MEP, pratique la gynécologie en cabinet.

N'a pas d'idée du pourcentage de femmes en âge d'être vaccinée

CSP déclarées : toutes sauf les cadres supérieurs

« -Sur une échelle de 1 à 10 comment considérez vous que vous êtes informé sur ce vaccin ?

-J'en ai aucune idée

-Avez-vous l'impression de bien connaître ce vaccin ?

-Je connais les grandes lignes, ce qui me sert dans ma pratique, mais tout ce qui est scientifique ou biologique, je ne connais pas. On va dire 7 à 8 sur votre échelle

-Comment vous êtes vous formé ?

-En premier c'est les labos qui sont venus me parler de la sortie de ce vaccin, puis la littérature, la presse médicale

-Proposez-vous systématiquement ce vaccin ?

-Pratiquement

-A qui le proposez-vous ?

-Aux jeunes filles en âge, 14 ans, il n'y a pas d'âge limite. Je crois qu'en théorie c'est 23 ans, mais si je vois une bonne sœur de 30 ans qui me demande le vaccin, je lui prescris

-Vous posez facilement la question de savoir si elles ont commencé leur vie sexuelle

-Oui, c'est facile, je leur dis sur le ton de la plaisanterie que si elles ont déjà eu une dizaines de partenaires c'est trop tard pour le vaccin, je le dis devant les parents. En général, elles savent si elles ont déjà eu des partenaires

-A quelle occasion le prescrivez-vous ?

-A toutes les occasions, il y a les jeunes filles qui sont un peu au courant qui viennent me poser la question, il y a les mères qui sont un peu branchées qui me posent la question et moi de mon côté quand il y a des visites que cela soit un certificat de sport, un rappel vaccinal ou une infection saisonnière

-C'est le plus souvent des demandes de renseignements ou de vaccination ?

-Cela dépend de leurs connaissances, surtout de renseignements, ils me demandent mon avis, certaines sur la vaccination, son intérêt.

-C'est plus les mères ou les filles qui demandent ?

-Cela dépend de l'âge des filles, si elles ont 14 ans j'en parle, mais beaucoup de mères posent la question, c'est surtout les mères qui demandent

-Avez-vous remarqué une influence des médias sur cette vaccination ?

-Oui sûrement, je n'ai pas demandé d'où venaient leurs informations

-Quel vaccin prescrivez-vous ?

-Gardasil® généralement, l'autre je l'ai prescrit quelques fois mais la couverture vaccinale est moins large, je n'ai pas d'opinion ancrée, c'est un peu tôt pour les stats. Je pense qu'il y a une couverture correcte avec le Gardasil®

-Le rythme des vaccinations est-il facilement tenu ?

-Oui, on l'explique et le rythme est déjà bien connu des patientes

-Avez-vous des freins vis-à-vis de cette vaccination ?

-Non aucun

-Le fait que l'efficacité soit encore incertaine

-Non

-Et les effets secondaires inconnus

-Non, les effets secondaires sont très minimes

-Ne craignez vous pas qu'en se croyant trop protégée, il y ai une diminution de la surveillance par frottis ?

-Non, cela dépend des médecins, ils doivent bien leur expliquer la nécessité de faire des frottis

-Ce vaccin est-il bien accepté par les patientes ?

-Oui

-Avez-vous eu des refus ?

-Quelques mais peu

-Quelles étaient les causes de refus ?

-Antivaccin en général, des mamans écolo... mais il est plutôt bien accepté

-Le fait que les effets secondaires ne soient pas totalement connus, n'en est pas un ?

-Non

-Avez-vous rencontré des effets secondaires de ce vaccin soit immédiats ou différés ?

-Des douleurs au point d'injection, un petit épisode fébrile 1 à 2 jours, mais moins d'une fois sur 10

-Certains médecins m'ont dit qu'il y avait plus de douleurs voir des malaises par rapport aux autres vaccins

-Non, pas plus de douleur ni de malaise, cela dépend du contexte pour certaines jeunes filles on va prendre des précautions, mais avec tous les vaccins

-Donc en résumé vous êtes plutôt pour ce vaccin

-Oui, je n'ai pas de réticence à faire ce vaccin et je pense que ce premier vaccin contre un cancer est une avancée majeure »

-Neuvième entretien le 15/02/10

Femme, 33 ans, exerce depuis 1 ans en milieu urbain, effectue des vacations aux urgences pédiatriques, pratique des actes de gynécologie en cabinet.

% femmes en âge d'être vaccinées : peu

CSP prédominantes : professions intermédiaires, employés, retraités

« -Comment vous trouvez-vous formée sur une échelle de 1 à 10 concernant ce vaccin ?

-8

-Comment vous êtes vous formée ?

-Par les revues médicales essentiellement, les recommandations vaccinales de la HAS

-Proposez-vous systématiquement le vaccin antipapillomavirus ?

-Quand une patiente entre dans la tranche d'âge, je vais le proposer systématiquement, mais j'explique bien qu'il n'est pas obligatoire, je les convainc pas forcément de le faire, je leur laisse le choix, je leur explique qu'il faudra de toute façon qu'elles fassent un frottis tous les 2 ans et que si tu fais un frottis tous les 2 ans tu arrives quand même à dépister. Je pense que ce vaccin est surtout

utile pour les gens qui sont en situation précaire et qui ne font pas les frottis tous les 2 ans, au moins tu es sûre qu'ils sont, à peu près, protégés. Pour les autres je leurs explique la nécessité de faire les frottis, le vaccin c'est vraiment un choix.

-A partir de quel âge vous le proposez ?

-14 ans

-Jusqu'à quel âge ?

-Jusqu'à 20 ans à peu près, les recommandations c'est durant l'année suivant les premiers rapports sexuels, c'est parfois difficile de poser la question, à partir de 20 ans tu ne demandes pas si elles ont déjà eu des rapports

-Donc il y a une difficulté à poser la question ?

-Non, il n'y a pas de difficultés, j'estime que sûrement après 20 ans, elles ont déjà eu des rapports

-Et chez une femme de 19 ans

-Là je lui pose la question

-A quelle occasion allez-vous le proposez ?

-Quand ils viennent pour les vaccins, un rappel DTP, à chaque consultation de pédiatrie quand je vérifie les vaccins, je leur propose

-Lequel prescrivez-vous ?

-Gardasil®

-Pourquoi celui-là ?

-Car c'est le premier qui est sorti, c'est celui dont je me rappelle, l'autre c'est Cervarix®, je crois

-Le rythme des vaccinations est-il facilement tenu ?

-Oui

-Il n'y a pas de perdu de vu ?

-Non, il y a quelques retards pour la troisième injection, mais elles reviennent en général

-Avez-vous des freins ?

-De la part des parents de temps en temps, mais c'est rare, souvent elles ont vu le gynécologue avant et dans la région ils sont à 100% pour, en général, les gens sont plutôt convaincus quand ils viennent consulter

-Et vous le fait que l'efficacité soit encore incertaine représente un frein ?

-Si, je leur explique que l'on n'a pas de recul à plus de 5 ans, qu'il faut continuer à faire les frottis, je ne suis pas à 100% pour, je leurs présente comme un choix personnel, en leurs expliquant les avantages et les limites du vaccin

-Le fait que les effets secondaires soient encore inconnus ?

-Non, on a pas mal de recul il est commercialisé depuis longtemps aux USA, le frein principal serait plutôt sur le temps de protection, l'efficacité à long terme

-La crainte qui ressort souvent est la diminution d'une réalisation des frottis

-Oui, je leur explique bien qu'il faut continuer à aller voir le gynéco tous les 2 ans

-La prévention du cancer du col vous paraît-elle être un problème de santé publique ?

-Oui

-Y a-t-il une demande de la part des mères et des filles ?

-C'est les deux, parfois les filles en parlent entre elles car les copines ont été vaccinées et parfois c'est les mamans, souvent c'est par le gynécologue qu'elles sont renseignées

-Autant les mères que les filles

-Oui

-C'est plutôt une demande de renseignements ou de vaccination ?

-Des renseignements

-Y a-t-il une influence des médias sur ces demandes ?

-Très certainement

-Le vaccin est-il bien accepté des patientes ?

-Oui en général

- Y at-il eu des refus ?
- Des refus, oui aussi
- Sur quels motifs ?
- Des effets secondaires mal connus, quand tu leur expliques qu'il faut quand même qu'elles soient surveillées, il y en a qui trouve que ce n'est pas nécessaire
- Le fait que cela ne soit pas obligatoire et qu'il y est nécessité d'une surveillance
- Oui
- N'y a-t-il pas de difficultés à poser la question de la vie sexuelle quand la famille est présente ?
- A 14 ans, non il n'y a pas besoin et à 19 ans, elles viennent seules en général
- Avez rencontré des effets secondaires
- Douleurs à l'injection c'est ce qui revient le plus souvent
- Plus qu'avec les autres vaccins ?
- Oui, c'est le ressenti des patientes
- Au final cette vaccination vous en parlez systématiquement sans orienter le choix des patientes ?
- J'en parle, mais je ne suis pas à 100% pour, quand je le propose environ 70% des patientes le font après, je trouve que c'est une bonne indication dans les milieux défavorisés ou il y a une mauvaise compliance aux frottis, mais chez des femmes suivies régulièrement ce n'est pas indispensable »

-Dixième entretien le 15/02/10

Homme, 33 ans, exerce depuis 4 ans en milieu rural, effectue des vacations aux urgences pédiatriques, et travaille à SOS médecin, pratique des actes de gynécologie en cabinet.

% femmes en âge d'être vaccinées : environ 10%

CSP prédominantes : agriculteurs exploitants, artisans, commerçants, chef d'entreprises, employés, retraités

« -La prescription de ce vaccin est pour moi une occasion de parler de contraception, quand elles viennent à 14-15 ans avec leurs mères, cela permet d'initier la conversation sur la contraception, la sexualité, une chose qui n'est pas toujours facile pour un homme, donc on leur dit : « as tu vu les campagnes de pub à la télé, en as tu parlé avec tes copines ... », cela permet de parler contraception, protection pendant les rapports, maladies sexuellement transmissibles, je trouve cela bien plutôt que de dire à la maman à 16 ans : « Avez-vous envisagé un moyen de contraception ? », moi il y a une jeune fille, elle devait avoir 16 ans, elle est venue en grande partie pour cela, je lui ai dit, tu sais pour que cela soit efficace il ne faut pas avoir de rapport dans l'année qui suit la vaccination, elles m'a dit, non, non il n'y a pas de soucis, je l'ai revu seule 15 jours après où elles m'a dit qu'elle avait déjà eu des rapports depuis longtemps et donc qu'elle ne pouvait pas faire le vaccin.

-Comment vous trouvez-vous informé sur ce vaccin sur une échelle de 1 à 10 ?

-On n'est pas très bien formé sur ce vaccin je trouve, il y a eu surtout les laboratoires pharmaceutiques qui ont fait une grande campagne de pub à la fois sur les patientes et sur nous, et puis, il y a les revues comme prescrire qui en ont parlé, mais on n'a pas de recul et on ne connaît pas à long terme quelle est la réduction du risque de cancer du col chez la femme, je suis assez sceptique sur ce vaccin personnellement. Je dirais 4 sur l'échelle.

-Proposez-vous systématiquement ce vaccin ?

-Je le propose systématiquement car cela permet de parler d'autre chose, à 16 ans, lors du rappel DTP, et après souvent à la rentrée des classes, l'ont fait pas mal de certificats médicaux de sport et l'on voit pas mal les gens donc je vérifie toujours si il a été fait et cela permet de parler de tout cela

-Vous commencez à en parler à 16 ans ?

-C'est même 14 ans, mais on les voit pas forcément entre 14 et 16 ans, à 16 ans t'es sûr de les voir

-Jusqu'à quel âge en parlez-vous ?

-Jusqu'à 21 ans, on en parle, après c'est subjectif, à 21 ans si une jeune fille vient me voir pour une demande de contraception et qu'elle me dit qu'elle n'a pas eu de rapport à ce moment là on en parle, mais effectivement si spontanément je la voit pour autre chose, je ne vais pas lui en parler

-Lequel des vaccins prescrivez-vous ?

-Gardasil®

-Pourquoi ?

-C'est celui qui est arrivé en premier, qui a réussi à s'imposer au niveau marketing et il protège de plus de formes de papillomavirus

-Le rythme des vaccinations est-il facilement tenu ?

-Une fois que la vaccination est lancée elles reviennent, quand elles ont décidées de la faire

-Avez-vous des freins ?

-Mes freins sont simples, déjà c'est un vaccin très couteux, il coute cher à la société, qui n'a pas montré son efficacité en terme de prévention sur le cancer du col, c'est une simple supposition, pour moi un vaccin pour qu'il ai un intérêt il faut qu'il y ai un bénéfice certain, je trouve bizarre de vacciner à grande échelle pour cela et puis comme tous le monde on se dit qu'après elles vont croire qu'elles ne risquent plus rien, qu'elles ont été vaccinées et donc qu'il n'y a plus besoin de frottis, elles risquent d'avoir un suivi gynécologique moindre.

-C'est le rôle des médecins de rappeler ce suivi

-Oui, oui, c'est marqué sur la notice, il faut faire les frottis, il ne protège pas de toutes les formes de cancer, il faut bien le dire, il protège que 70 ou 80 % de cancers du col donc 20 à 30% sont pas couvert donc il faut faire les frottis.

-Le fait que les effets secondaires soient encore inconnus ?

-Ce n'est pour moi pas un frein

-Est-ce pour vous un problème de santé publique la prévention du cancer du col ?

-La prévention du cancer du col oui, mais la vaccination je ne suis pas sûr que oui

-Le frottis suffirait

-Je pense, sauf dans certains milieux défavorisés où le suivi ne sera pas correct et les risques plus importants, là effectivement cela vaut peut-être le coût, mais c'est comme le BCG, faire une vaccination sélective

-Y a-t-il une demande de la part des mères ou des filles de ce vaccin ?

-Oui, j'en ai

-Autant les mères que les filles ?

-Je ne sais pas, souvent c'est la maman qui commence à parler en consultation, « je viens pour faire vacciner ma fille », mais si la fille est là c'est qu'elles en ont parlé et qu'elle est d'accord

-C'est plus une demande de renseignements ou de vaccination ?

-Juste la vaccination, c'est tout, elles ne demandent pas de renseignements

-Elles viennent pour le vaccin directement ?

-Oui, elles sont bien renseignées, il y a des tablettes même dans les écoles, les labos ont bien fait leur travail

-Vous constatez une influence des médias sur leurs demandes ?

-Oui, c'est sur il y a un marketing énorme, je trouve cela presque honteux que l'on fasse des pubs à la télé

-Le vaccin est-il bien accepté par les patientes ?

-Oui, très bien

-Y a-t-il des refus ?

-Des réflexions oui, des refus non. Quand on leur propose, elles prennent le temps d'y réfléchir.

-Avez-vous rencontré des effets secondaires ?

-Douleur locale, j'ai l'impression qu'il y en a moins qu'avant, mais souvent il fait mal au bras, elles ont mal plusieurs jours après »

-Onzième entretien le 16/02/10

Femme, 45 ans, exerce depuis 16 ans en milieu semi-rural, pas de MEP, pratique des actes de gynécologie en cabinet.

% femmes en âge d'être vaccinées : beaucoup 15% (30% d'enfants dans la clientèle)

CSP prédominantes : artisans, commerçants, chefs d'entreprises, cadres, professions intellectuelles supérieures, professions intermédiaires, employés, ouvriers, autres personnes sans activité professionnelle.

« -Comment vous-êtes-vous formée sur ce vaccin ?

-La lecture ensuite les représentants du labo, je suis allée à une réunion avec des gynécos, et j'ai beaucoup lu car ma fille, quand elle était en première, elle a fait un exposé pour le bac, c'était sur les thérapeutiques innovantes et elle a pris le Gardasil® comme sujet. Donc on a tout potassé ensemble.

-Sur une échelle de 1 à 10, comment vous trouvez-vous formée ?

-10

-Prescrivez-vous systématiquement ce vaccin ?

-Oui

-A qui ?

-Aux jeunes à partir de 15 ans

-Vous en parlez avant ?

-Oui, j'en parle à l'occasion d'une consultation, par exemple quand je vois des jeunes, je commence à en parler, après j'informe la population, les parents, on en discute, je vois si ils sont d'accord à l'occasion d'une consultation X ou Y

-Lors de toutes sortes de consultation ?

-Oui, je regarde souvent le carnet de vaccination

-Jusqu'à quel âge vous en parlez ?

-Jusqu'à 20 ans, ça dépend j'ai des jeunes qui sont pas forcément vaccinés et qui ont eu des rapports sexuels récents donc ils m'en parlent, jusqu'à 20-21 ans j'en parle

-Et la question de savoir s'ils ont eu des rapports sexuels vous la posez facilement ?

-Oui bien sur, je suis les enfants depuis... Je suis médecin de famille, ils viennent plus facilement vers moi que vers un gynéco, en général, les demandes de pilule avec les mères c'est plus vers moi qu'ils viennent, après j'envoie chez le gynéco.

-Lequel des vaccins prescrivez-vous ?

-Gardasil®

-Pourquoi celui-là ?

-Parce que c'est le premier que l'on m'a présenté, l'autre Cervarix® euhh non..., j'ai étudié celui là avec ma fille

-Avez-vous des facilités à tenir le rythme des vaccinations ?

-Oui

-Pas de perdus de vu ?

-Non, mais depuis l'histoire du vaccin H1N1 j'ai du mal à convaincre les gens, même des gamines que j'ai commencé à vacciner

-Suite à cela elles ont eu du mal à revenir ?

-Ouais, je leur disais arrêtez...C'est vrai cela a fait vachement de mal cette polémique

- Avez-vous des freins à ce vaccin ?
- Non
- Le fait que l'efficacité soit incertaine n'en est pas un ?
- Non
- Le fait que les effets secondaires soient inconnus ?
- Bah, je n'ai pas de frein donc...Je pense que c'est le premier vaccin qui va...Non, il est douloureux, faut qu'ils essayent de faire quelque chose contre cela
- Ne craignez-vous pas que les femmes se sentant protégées par ce vaccin fassent moins de surveillance par frottis ?
- Non, c'est un problème d'éducation du patient. Moi je leur explique bien systématiquement, que ce n'est pas pour cela qu'il ne faut pas faire de contrôle, je crois beaucoup dans l'éducation du patient
- Est-ce que vous faites face à une demande des mères ou des filles sur ce vaccin ?
- Quand il y a eu la campagne de vaccination à la télé, oui
- Et moins maintenant ?
- Un peu moins oui
- C'est plutôt les mères ou les filles qui vous sollicitaient ?
- Les mères plutôt
- C'est plus des demandes de renseignements ou de vaccination directement ?
- En consultation, on discute de pleins de choses, puis au bout d'un moment, « ah tiens on m'a parlé de, qu'est ce que vous en pensez docteur ? », la plupart du temps c'est cela, des renseignements, c'est toujours un conseil en premier lieu
- Donc il y a selon vous une influence des médias ?
- Oui
- Le vaccin est bien accepté quand vous le proposez ?
- Oui
- Avez-vous déjà eu des refus ?
- Oui
- Ils étaient justifiés par quoi ?
- La peur de la vaccination en général
- Des effets secondaires ?
- Oui, c'est un nouveau vaccin, on ne connaît pas
- Il n'y a pas de difficulté à parler de sexualité quand les mères viennent avec les filles ?
- Non
- Les effets secondaires que vous signalez sont des douleurs, en avez-vous remarqué d'autre ?
- Non, des petites réactions vaccinales locales...Et vous en avez-vous eu beaucoup
- Des douleurs voir des malaises vagues dûs aux douleurs
- Oui c'est cela, j'ai eu un malaise vagal »

-Douzième entretien le 24/02/10

Homme, 45 ans, exerce depuis 13 ans en milieu urbain, pas de MEP, pratique peu d'actes de gynécologie en cabinet.

% femmes en âge d'être vaccinées : 10%

CSP prédominantes : artisans, commerçants, chefs d'entreprises, cadres, professions intellectuelles supérieures, professions intermédiaires, employés, ouvriers, retraités, autres personnes sans activité professionnelle.

« -Comment vous êtes vous formé sur ce vaccin ?
 -Par les labos qui sont venus nous voir avant la sortie du vaccin, sinon par la presse
 -Sur une échelle de 1 à 10, comment vous trouvez-vous formé ?
 -7
 -Prescrivez-vous systématiquement ce vaccin ?
 -Oui
 -A qui ?
 -Aux jeunes filles et j'en parle aux parents
 -A partir de quel âge ?
 -Dès l'âge du remboursement
 -Vous en parlez avant ?
 -J'en parle avant, pour préparer les parents, car ils voient cela comme si leurs filles allaient avoir des rapports, souvent ils sont un peu à l'ouest car le nombre de nana qui me rappellent après et qui ont déjà eu un copain, mais les parents ne se rendent pas compte, ils sont un peu en retard, donc j'en parle tôt afin de dire que l'on fait du préventif et de prévoir cela à 14 ans
 -Vous en parlez lors de quelles consultations ?
 -J'en parle en consultation, quand je regarde les carnets de vaccination pour vérifier que tout est à jour, à partir de ce moment je dis tiens il y aura le vaccin à faire, en leur disant que c'est pas une obligation, car certaines personnes ont la phobie des vaccins, donc ils font ce qu'ils veulent, je les informe sur le portage du papillomavirus, les condylomes, le risque de cancer, au moins les gens sont informés après ils font ce qu'ils veulent
 -Jusqu'à quel âge vous en parlez ?
 -Jusqu'à 23 ans, on pourrait vacciner des femmes déjà en contact avec le papillomavirus, mais c'est hors AMM, cela représenterait un coût, mais il n'y a pas de risque à vacciner une femme déjà immunisée, enfin je le ferai pas si elle a déjà eu 25 rapports
 -Et la question de savoir s'ils ont eu des rapports sexuels vous la posez facilement ?
 -Oui
 -Lequel des vaccins prescrivez-vous ?
 -Gardasil®
 -Pourquoi celui-là ?
 -Car c'est le premier sorti
 -Avez-vous des facilités à tenir le rythme des vaccinations ?
 -Oui
 -Pas de perdu de vu ?
 -Non, le rythme est bien expliqué au départ avec les 3 injections, donc elles reviennent
 -Avez-vous des freins à ce vaccin ?
 -Aucun
 -Le fait que l'efficacité soit incertaine n'en est pas un ?
 -C'est le cas pour tous les vaccins, si il a eu l'AMM c'est que la balance bénéfices risques est positive
 -Le fait que les effets secondaires soient inconnus ?
 -Tous les médocs, même l'aspirine ont des effets secondaires avec risque de décès. Il y a une phobie sur les vaccins qui est surmédiatisée, je suis à l'écoute de la pharmacovigilance
 -Ne craignez-vous pas que les femmes se sentant protégées par ce vaccin fassent moins de surveillance par frottis ?
 -Non, c'est expliqué, l'on surveille le frottis surtout quand on prescrit la pilule
 -Avez-vous des difficultés à parler de sexualité à cet âge ?
 -Non, on en parle, ils répondent si ils veulent
 -Est-ce que vous faites face à une demande des mères ou des filles sur ce vaccin ?

- Oui, surtout des filles qui en parlent avec leurs copines à l'école
- C'est plus des demandes de renseignements ou de vaccination directement ?
- Les deux
- Y a t-il selon vous une influence des médias sur ces demandes ?
- Oui, pas par la télé mais plus la formation à l'école
- Le vaccin est bien accepté quand vous le proposez ?
- Oui
- Avez-vous déjà eu des refus ?
- Oui
- Ils étaient justifiés par quoi ?
- Surtout une anxiété
- A propos des effets secondaires potentiels ?
- Oui
- Il n'y a pas de difficulté à parler de sexualité quand les mères viennent avec les filles ?
- Non
- Avez- vous observé des effets secondaires immédiats ou différés ?
- Des douleurs au point d'injection
- Plus qu'avec les autres vaccins ?
- Oui, j'ai même eu un malaise vagal
- En conclusion vous êtes favorable à ce vaccin ?
- Oui totalement »

-Treizième entretien le 25/02/10

Femme, 50 ans, exerce depuis 15 ans en milieu semi rural, MEP en homéopathie, pratique des actes de gynécologie en cabinet.

% femmes en âge d'être vaccinées : 25%

CSP prédominantes : employés, ouvriers, retraités.

- « -Comment vous êtes vous formée sur ce vaccin ?
- Par la presse, les labos, et la formation continue
- Sur une échelle de 1 à 10, comment vous trouvez-vous formée ?
- 8
- Prescrivez-vous systématiquement ce vaccin ?
- Oui
- A qui ?
- Dès 12 ans j'en parle et je le fais à 14 ans
- Jusqu'à quel âge ?
- Quelques fois jusqu'à 25 ans quand il y a peu d'activité sexuelle
- Vous posez facilement la question ?
- Oui
- A quelle occasion vous prescrivez ce vaccin ?
- Lors de toutes consultations, même un rhume, je vérifie le carnet de santé, c'est l'occasion
- Lequel des vaccins prescrivez-vous ?
- Gardasil®
- Pourquoi celui-là ?
- C'est le premier que j'ai connu, je me suis formée à celui-là
- Avez-vous des facilités à tenir le rythme des vaccinations ?

-Oui
 -Pas de perdus de vu ?
 -Non
 -Avez-vous des freins à ce vaccin ?
 -Non
 -Le fait que l'efficacité soit incertaine n'en est pas un ?
 -Cela pourrait
 -Le fait que les effets secondaires soient inconnus ?
 -Non
 -Ne craignez-vous pas que les femmes se sentant protégées par ce vaccin fassent moins de surveillance par frottis ?
 -Oui, c'est une crainte, mais c'est pour cela qu'il faut les informer sur la nécessité de ce suivi
 -Est-ce que vous faites face à une demande des mères ou des filles sur ce vaccin ?
 -Oui
 -C'est plutôt les mères ou les filles qui vous sollicitaient ?
 -Les deux, je vois moins les mères que les filles, certaines mères sont contre car elles pensent que cela favoriserait des relations sexuelles plus précoces chez leurs filles, elles en ont peur
 -C'est plus des demandes de renseignements ou de vaccination directement ?
 -Les deux
 -Selon vous y a-t-il une influence des médias sur ces demandes ?
 -Oui surtout les jeunes filles, par la pub à la télé ou au ciné
 -Le vaccin est bien accepté quand vous le proposez ?
 -Oui
 -Avez-vous déjà eu des refus ?
 -Oui
 -Ils étaient justifiés par quoi ?
 -Par les mères qui pensent que cela favorisera l'entrée dans la vie sexuelle
 -La crainte d'effets secondaires encore inconnus est-il un motif de refus ?
 -Oui beaucoup
 -Il n'y a pas de difficulté à parler de sexualité quand les mères viennent avec les filles ?
 -Non
 -Avez-vous observé des effets secondaires ?
 -Des douleurs au point d'infection, mais il y a eu un changement de l'aiguille et cela va mieux je trouve
 -Vous êtes donc plutôt favorable à ce vaccin
 -Oui tout a fait »

-Quatorzième entretien le 25/02/10

Homme, 45 ans, exerce depuis 11 ans en milieu semi rural, MEP en acupuncture, pratique peu d'actes de gynécologie en cabinet.

% femmes en âge d'être vaccinées : 10%

CSP prédominantes : artisans, commerçants, chefs d'entreprises, cadres, professions intellectuelles supérieures, professions intermédiaires, employés, ouvriers, retraités.

« -Comment vous êtes vous formé sur ce vaccin ?
 -Par la presse, les labos, les séances de FMC
 -Sur une échelle de 1 à 10, comment vous trouvez-vous formé ?
 -6
 -Prescrivez-vous systématiquement ce vaccin ?
 -Oui
 -A quel âge ?
 -A 14 ans
 -Vous en parlez avant ?
 -Non, j'en parle et le prescrit à 14 ans
 -Jusqu'à quel âge vous en parlez ?
 -Jusqu'au premier rapport sexuel
 -Et la question de savoir s'ils ont eu des rapports sexuels vous la posez facilement ?
 -Oui
 -A quelle occasion en parlez-vous ?
 -Systématiquement, un certificat de sport, une consultation, je regarde le carnet de santé afin de vérifier les vaccins. Mais c'est surtout lors d'une consultation vaccin
 -Lequel des vaccins prescrivez-vous ?
 -A plus de 80%, Gardasil®
 -Pourquoi celui-là ?
 -Pour plusieurs raisons : premièrement c'est un vaccin français produit par Sanofi et je suis patriote, seconde raison il couvre quatre papillomavirus et enfin c'est le premier qui est sorti
 -Avez-vous des facilités à tenir le rythme des vaccinations ?
 -Oui
 -Pas de perdus de vu ?
 -Non
 -Avez-vous des freins à ce vaccin ?
 -Non
 -Le fait que l'efficacité soit incertaine n'en est pas un ?
 -Il n'y a jamais 100% d'efficacité, ce n'est pas spécifique de ce vaccin, le fait que c'est un vaccin qui protège d'un cancer incite les patients à le faire
 -Le fait que les effets secondaires soient inconnus ?
 -Non
 -Ne craignez-vous pas que les femmes se sentant protégées par ce vaccin fassent moins de surveillance par frottis ?
 -Non, c'est notre devoir d'expliquer les choses : ce vaccin ne prévient pas des IST, sida etc, donc il faut se protéger lors des rapports sexuels, et il y a nécessité de surveiller par frottis
 -Est-ce que vous faites face à une demande des mères ou des filles sur ce vaccin ?
 -Cela dépend si il y a une contraception hormonale, dans ces cas les femmes demandent, de même si il y a vagabondage sexuel, cela dépend de leur éducation sexuelle et de l'attitude des mères, si elles sont divorcées trois fois et on un copain, cela incite, il y a mimétisme
 -C'est plutôt les mères ou les filles qui vous sollicitent ?
 -Les deux, on va dire 60% les mères et 40% les filles
 -C'est plus des demandes de renseignements ou de vaccination directement ?
 -Elles demandent le vaccin et me demandent mon avis, c'est comme pour la grippe A, je leur donne une information scientifique, après elles choisissent
 -Y a-t-il selon vous une influence des médias ?
 -Oui et depuis que c'est un vaccin pris en charge, il y a moins de frein économique, car avant cela leur revenait cher
 -Le vaccin est bien accepté quand vous le proposez ?

- Oui
- Avez-vous déjà eu des refus ?
- Oui
- Ils étaient justifiés par quoi ?
- Des refus de mères qui disent, ma fille n'a pas de rapports sexuels et elle en aura qu'avec son mari qui sera fidèle donc elle n'a pas de risque de l'attraper, en général, les familles comme cela je les connais et je ne suis pas étonné de leur réponse
- Avez-vous eu d'autres causes de refus ?
- Non, je n'ai pas d'anti-vaccin en général dans ma clientèle
- Il n'y a pas de difficulté à parler de sexualité quand les mères viennent avec les filles ?
- Non, on est là pour en parler, si nous on a une gêne à en parler, ils en auront plus à répondre, on est là pour cela, c'est comme pour les troubles de l'érection
- Avez-vous observé des effets secondaires immédiats ou différés ?
- Des douleurs à l'injection, quelques rougeurs, plaques inflammatoires au point d'injection

-Quinzième entretien le 01/03/10

Femme, 45 ans, exerce depuis 28 ans en milieu semi-rural, pas de MEP, un peu d'andrologie, pratique des actes de gynécologie en cabinet.

% femmes en âge d'être vaccinées : 10%

CSP prédominantes : agriculteurs exploitants, artisans, commerçants, chefs d'entreprises, cadres, professions intellectuelles supérieures, retraités.

- « -Comment vous êtes-vous formée sur ce vaccin ?
- Par la presse et les délégués médicaux
- Sur une échelle de 1 à 10, comment vous trouvez-vous formée ?
- Je dirais, 8
- Prescrivez-vous systématiquement ce vaccin ?
- Oui
- A quel âge ?
- A 14 ans
- Vous en parlez avant ?
- Oui, souvent les mères sont bien au courant et viennent me le demander
- Souvent ce sont elles qui viennent vous en parler ?
- Les deux, elles m'en parlent et moi je leur en parle, c'est plus nous quand même, mais elles sont au courant, elles en parlent à l'école
- Lors de quelle consultation en parlez-vous ?
- Quand ils viennent pour des problèmes intermédiaires, des choses infectieuses, ou quand elles viennent pour la pilule et que je ne les ai pas vu avant
- Jusqu'à quel âge vous en parlez ?
- J'en parle jusqu'à 24 ans, ne sachant pas où elles en sont sur le plan sexuel, on sait jamais cela peut toujours être intéressant
- Et la question de savoir s'ils ont eu des rapports sexuels vous la posez facilement ?
- Oui
- Lequel des vaccins prescrivez-vous ?
- Gardasil®
- Pourquoi celui-là ?
- Déjà à cause de ce que j'ai lu dans la presse concernant les typages de virus desquels il protégeait
- Avez-vous des facilités à tenir le rythme des vaccinations ?

- Ca il n'y a pas de problème, justement les labos insistent beaucoup là-dessus sur la troisième injection, mais elles sont très disciplinées, c'est même elles qui y pensent
- Avez-vous des freins à ce vaccin ?
- Non
- Le fait que l'efficacité soit incertaine n'en est pas un ?
- Non
- Le fait que les effets secondaires soient inconnus ?
- De toutes façon on est dans l'inconnu pour beaucoup de choses
- Ne craignez-vous pas que les femmes se sentant protégées par ce vaccin fassent moins de surveillance par frottis ?
- Non, parce qu'on leur dit dès le départ, on leur dit que cela n'empêche rien du tout, les gens sont très bien cortiqués par ici et les gens sont bien suivis, je trouve, ils font ce qu'on leur dit
- Vous me disiez qu'il y a une demande, c'est plutôt les mères ou les filles ?
- Les mères en parlent, les filles en ont entendu parler. Les filles ne demandent pas elles de se faire vacciner, non c'est les mères
- C'est plus des demandes de renseignements ou de vaccination directement ?
- Elles demandent la vaccination directement, elles sont bien renseignées, leur opinion est faite
- Donc il y a selon vous une influence des médias ?
- Oui sûrement surtout la télé
- Le vaccin est bien accepté quand vous le proposez ?
- Oui
- Avez-vous déjà eu des refus ?
- Non, pas que je me souviens, non
- Avez-vous remarqué des effets secondaires ?
- Non
- Pas plus de douleur ?
- Oui, mais on les prévient dès le départ donc elles en parlent pas, quelques brûlures »

-Seizième entretien le 02/03/10

Homme, 55 ans, exerce depuis 33 ans en milieu semi-rural, pas de MEP, pratique des actes de gynécologie en cabinet.

% femmes en âge d'être vaccinées : 8%

CSP prédominantes : artisans, commerçants, chefs d'entreprises, cadres, professions intellectuelles supérieures, professions intermédiaires, employés, retraités.

« -Comment vous êtes-vous formé sur ce vaccin ?

-Sur le tas, par les réunions de FMC, les labos, la presse, il y a eu pas mal d'articles parus là dessus

-Sur une échelle de 1 à 10, comment vous trouvez-vous formé ?

-On va dire 5

-Prescrivez-vous systématiquement ce vaccin ?

-Si il y a un examen systématique, oui, lors d'un bilan, si elles viennent pour une angine, non

-Lors de quelles occasions ?

-Des bilans de santé, examen systématique pour sport, pour des consultations gynéco, enfin à 14 ans c'est pas le cas

-A partir de quel âge vous en parlez ?

-Vers 12, 13, 14 ans, essentiellement aux parents

-En présence des filles ?

-Oui

-Jusqu'à quel âge vous en parlez ?

-Ca dépend jusqu'à 23-25 ans selon l'activité

-Et la question de l'activité sexuelle vous la posez facilement ?

-Oui

-Lequel des vaccins prescrivez-vous ?

-Plutôt Gardasil®

-Pourquoi celui-là ?

-Comme cela, parce que j'en ai l'habitude, l'autre j'ai peu d'info dessus, donc...

-Avez-vous des facilités à tenir le rythme des vaccinations ?

-Oui

-Pas de perdus de vu ?

-Non

-Avez-vous des freins à ce vaccin ?

-Pas particulièrement, non

-Le fait que l'efficacité soit incertaine n'en est pas un ?

-C'est le problème de tout ces vaccins où l'on a pas de recul, les gens sont systématiquement méfiants, comme ils sont opposés au vaccin rougeole

-Le fait que les effets secondaires soient inconnus ?

-Je n'ai est pas encore entendu parler, donc bon

-Ne craignez-vous pas que les femmes se sentant protégées par ce vaccin fassent moins de surveillance par frottis ?

-Cela je ne pense pas, non

-Vous leurs expliquez bien cette nécessité ?

-J'essaye, dans l'information des femmes, elles ne savent pas que l'on peut faire des frottis chez les généralistes, elles vont chez les gynécos, c'est une information qui commence à être faite par les caisses d'assurance maladie, souvent les mères amènent les filles chez les gynécos et cela leur vient pas à l'idée de venir nous voir, c'est pas rentré dans les moeurs

-Est-ce que vous faites face à une demande des mères ou des filles sur ce vaccin ?

-Plutôt des mères, les filles sont assez informées, elles en discutent au lycée, au collège, elles sont au courant

-C'est plus des demandes de renseignements ou de vaccination directement ?

-de renseignement

-Donc il y a selon vous une influence des médias ?

-Oui, sûrement, bien sur

-Le vaccin est bien accepté quand vous le proposez ?

-En général, quand je le propose, très souvent elles sont au courant, donc c'est rarement une découverte

-Avez-vous déjà eu des refus ?

-Oui

-Ils étaient justifiés par quoi ?

-Des gens un peu opposés systématiquement aux vaccins en dehors du tétanos, ou un manque de recul

-Le fait que cela soit non obligatoire, a été un critère de refus ?

-Oui, absolument

-Pas de parents qui avaient peur d'une entrée plus précoce dans la vie sexuelle du fait de ce vaccin ?

- Non, je n'ai pas eu cette impression là, ceux-là à la limite n'en parlent pas
- Avez-vous rencontré des effets secondaires à cette vaccination ?
- Non
- Pas plus de douleur ?
- Non,... si il y a certaines fois ou des filles sont venues en disant que la copine a eu mal au bras pendant 3 jours. Et des réactions locales un peu plus importantes, mais j'en vois moins en ce moment, enfin on n'en fait pas tant que cela
- Au final vous êtes plutôt favorable à cette vaccination
- Oui totalement »

-Dix-septième entretien le 04/03/10

Homme, 55 ans, exerce depuis 22 ans en milieu urbain, coordinateur de maison de retraite, pratique des actes de gynécologie en cabinet.

% femmes en âge d'être vaccinées : 12%

CSP prédominantes : professions intermédiaires, retraités.

- « -Comment vous êtes vous formé sur ce vaccin ?
- Par des topos
- Fait par des labos ou plutôt FMC
- Les deux
- Sur une échelle de 1 à 10, comment vous trouvez-vous formé ?
- 8
- Prescrivez-vous systématiquement ce vaccin ?
- Oui, surtout depuis qu'il est remboursé, au début non, cela m'est arrivé pour ceux qui pouvaient
- A partir de quel âge vous le prescrivez et quand commencez vous à en parler ?
- Aux alentours de 14-15 ans, on prépare, des fois un peu avant, on les voit pas souvent, on les voit beaucoup tout petit et après il y a un moment où on les voit plus, c'est souvent à l'occasion des vaccins, c'est l'occasion. Mais on n'a pas toujours la possibilité de les voir afin d'en parler un peu avant même si c'est pas encore l'âge, pour les sensibiliser
- Vous en parlez surtout à l'occasion des rappels vaccinaux ?
- Ouais, c'est l'occasion de voir ceux qui ne sont pas malades, mais les autres si on a l'occasion de les voir
- Jusqu'à quel âge vous en parlez ?
- Jusqu'à 17-18 ans, après ça dépend
- Et la question de savoir s'ils ont eu des rapports sexuels vous la posez facilement ?
- Oui, oui, quand elles viennent pour la pilule depuis l'âge de 13 ans, on les connaît quand même
- Lequel des vaccins prescrivez-vous ?
- Gardasil®
- Pourquoi celui-là ?
- Car il avait un bon ressort au début, vous l'avez essayé ?
- Non, mais on m'en a parlé en me disant qu'il y avait plus de douleurs
- Oui, et puis c'est le premier qui est sorti
- Avez-vous des facilités à tenir le rythme des vaccinations ?
- Oui
- Pas de perdus de vu ?

-Rarissime, il peut y avoir un décalage d'un ou deux mois, mais à partir du moment où elles démarrent 95% continuent

-Avez-vous des freins à ce vaccin ?

-Non

-Le fait que l'efficacité soit incertaine n'en est pas un ?

-Non

-Le fait que les effets secondaires soient inconnus ?

-Non

-Ne craignez-vous pas que les femmes se sentant protégées par ce vaccin fassent moins de surveillance par frottis ?

-Non, c'est l'occasion de le rappeler, cela ne protège pas de tout, au contraire, je ne pense pas, c'est l'occasion de parler des frottis et des autres maladies sexuellement transmissibles

-Est-ce que vous faites face à une demande des mères ou des filles sur ce vaccin ?

-Ca arrive, oui

-C'est plutôt les mères ou les filles qui vous sollicitaient ?

-Les deux, ça dépend

-C'est plus des demandes de renseignements ou de vaccination directement ?

-Quand il est sorti c'était des renseignements, maintenant qu'il est connu, on le pré programme en avance donc quand elles arrivent elles sont au courant

-Donc il y a selon vous une influence des médias ?

-Oui, je pense

-Le vaccin est bien accepté quand vous le proposez ?

-Oui

-Avez-vous déjà eu des refus ?

-Oui, au départ quand il est sorti

-Ils étaient justifiés par quoi ?

-La nouveauté, le manque de recul, après quand les copines ont été vaccinées, cela passe mieux

-Avez-vous rencontré des effets secondaires à ce vaccin ?

-Non

-Pas de douleur ?

-Non »

-Dix-huitième entretien le 09/03/10

Homme, 66 ans, exerce depuis 34 ans en milieu semi-rural puis urbain, pas de MEP, pratique peu d'actes de gynécologie en cabinet.

% femmes en âge d'être vaccinées : NSP, large patientèle d'enfant donc en voit beaucoup

CSP prédominantes : agriculteurs exploitants : secteur primaire, artisans, commerçants, chefs d'entreprises, employés, ouvriers, retraités.

« -Prescrivez-vous systématiquement ce vaccin ?

-Je le propose aux parents

-A partir de quel âge?

-Vous êtes obligé de le faire après 14 ans, le problème c'est que ce n'est pas remboursé avant, j'ai eu le cas une fois ou le premier a été fait à 14 ans moins quelques jours et ça n'a pas pu être remboursé, c'est cher

-Vous en parlez avant ?

-Maintenant j'en parle après 14 ans comme cela je suis sûr qu'il n'y a plus de soucis, vous savez quand vous avez rencontré le problème une fois, après vous ne recommencez pas trop

-Vous en parlez autant aux filles qu'aux mères ou quand les deux sont présentes

-Moi je pense qu'il faut en parlez quand les deux sont là, vous avez quand même des mineures, donc vous devez toujours informer les parents

-Et quand elles se présentent seules et qu'elles sont mineures?

-Dans ce cas, on dit parles-en à tes parents

-D'accord

-C'est comme pour la pilule, c'est pas toujours simple, on est face à des mineures, les parents peuvent toujours vous téléphoner, le coté juridique on peut pas le nier.

-A quelle occasion vous en parlez?

-A n'importe quelle occasion, consultation ou autre, j'ouvre le carnet de santé pour voir si les vaccinations sont à jour, on dit n'oubliez pas à partir de 14 ans il y a le vaccin anti-papillomavirus, sachant que ce n'est pas uniquement réservé aux 14 ans, à votre âge pareil, cela protège aussi, à partir du moment où il n'y a eu que des rapports protégés, faut le proposer

-Jusqu'à quel âge vous en parlez ?

-Je le propose jusqu'à qu'il y ai eu des rapports non protégés, c'est le but

-Vous en parlez jusqu'à quel âge, y a-t-il un moment où vous n'en parlez plus ?

-Je crois qu'après, c'est les gynécos qui prennent le relais, ils le font savoir, ou moment où elles prennent la pilule ou qu'il y a un frottis à faire, les gynécos prennent le relais

-Donc vous n'avez pas d'âge limite pour en parler ?

-Non, à tout le monde, quelque soit l'âge... à 80 ans j'en parle pas, les demoiselles de 80 ans je m'abstiens

-Lequel des vaccins prescrivez-vous ?

-Gardasil®

-Pourquoi celui-là ?

-Car c'est le premier sorti et alors apparemment, il y a plus de types de papillomavirus que dans l'autre

-Avez-vous des facilités à tenir le rythme des vaccinations ou avez-vous des perdus de vu?

-Cela arrive

-Quelques perdus de vu

-Quelques, en principe, moi je note sur le carnet de santé les dates, je donne l'ordonnance pour les trois, à partir de ce moment là, je ne peux quand même pas sonner à la porte pour leur dire n'oubliez pas, on leur mâche le travail

-Avez-vous des freins à ce vaccin ?

-Non, je vaccine très régulièrement, la seule chose c'est que le produit est douloureux donc certaine ne reviennent pas à la seconde injection ou la retarde, cela fait mal, quelque soit l'aiguille utilisée, la bleue ou la jaune, c'est pareil

-Vous n'avez pas remarqué d'autres effets indésirables ?

-Non, à part la douleur

-Le fait que l'efficacité du vaccin soit encore incertaine n'est pas un frein ?

-Le problème, c'est comme tout le reste, c'est quand même difficile, si on ne le fait pas, on fait quoi, on attend, c'est l'éternel problème. L'on ne pourra pas faire le coup de la H1N1 à chaque fois, maintenant, l'avantage c'est qu'il n'a pas été lancé seulement par les laboratoires, mais aussi par le ministère de la santé qui a appuyé à un moment, donc si il y a un appui de ce côté, on pense que les experts ne sont pas à double casquettes, labos comme pour la grippe H1N1 et le Tamiflu®, sinon c'est plus la peine, on fait plus rien, pour avoir le recul du vaccin il faudrait attendre 20 ans

-Le fait que les effets secondaires soient inconnus ?

-C'est une spécificité française, je vous rappelle que pour l'hépatite B, elle tue plus en France que le Sida, à l'heure actuelle vous avez des familles qui ne veulent pas vacciner leurs enfants sous prétexte de sclérose en plaque, donc vous avez des grands adolescents voire des jeunes adultes qui

ne sont toujours pas vaccinés. Là on pourrait critiquer, c'est que dans les années 95, on a été jusqu'à donner 10 fois les doses de vaccin chez les enfants

-Pour l'hépatite B ?

-Oui, maintenant on a un vaccin moins dosé, donc on peut se poser la question du dosage, cela veut dire que quelque part dans la politique de vaccination, ou l'on fait rien et l'on attend d'avoir bien observé, ou l'on anticipe un petit peu en faisant confiance quand même. Mais le Gardasil® n'empêche pas de faire les rappels nécessaires sur le préservatif

-Vous en profitez pour rappeler.

-Je pense que qu'il faut quand même le faire, car maintenant vous avez des jeunes qui à 13 ans ont déjà découvert plus que leurs parents. Donc il ne faut pas se cacher derrière un vaccin, une pilule, il faut revenir aux fondamentaux, il faut déjà avoir une éducation, une prévention avant de faire le reste

-Ne craignez-vous pas que les femmes se sentant protégées par ce vaccin fassent moins de surveillance par frottis ?

-Je ne pense pas, de toute façon le cancer n'est pas que lié au papillomavirus, si un jour elles ont un cancer du col, il ne viendra pas forcément du papillomavirus, il viendra peut-être d'autre chose, je n'ai pas lu toutes la littérature, mais je ne crois pas qu'il y ait que le papillomavirus qui donne des cancers du col

-L'on dit que dans tout les cancers du col il y a eu une infection à papillomavirus, il y a d'autre papillomavirus qui ne sont pas évités par ce vaccin

-Maintenant avec tous les frottis que l'on fait et les surveillances, les cancers du col de l'utérus, on n'en rencontre plus, le frottis doit être un moyen de prévention et de surveillance indispensable

-Vous pensez que c'est un problème de santé publique le cancer du col ?

-Et vous que croyez-vous en tant que femme ?

-Oui

-Est-ce que l'on continue à vous donner des conseils et à vous dire de vous surveiller ou vous dites basta, on verra bien si un jour j'ai des symptômes. Vous avez la réponse, de toutes façon les filles faut les soigner comme si c'était vos filles, femmes...

-Avez-vous des difficultés à parler de sexualité à leur âge, savoir si elles ont déjà eu des rapports ?

-Pas plus que vous

-Vous n'avez pas de mal à leur demander à 16 ans

-Je pose la question une première fois puis après on en parle plus, y a t-il eu ou non des rapports. De toute façon à ce moment là, on est obligé d'avoir la présence d'un majeur, il faut que le responsable soit présent quand même, on en revient au juridique

-Quand elles viennent seules à 16 ans, vous me disiez que vous en parlez

-Je parle, je leur dit de revenir avec un adulte pour en parler, n'oubliez pas que tout mineur doit être accompagné pour ce genre de choses, en médecine, c'est comme l'affaire outreau, un on croira l'enfant, deux on croira la mère et en dernier lieu on vous croira vous, le juge aura toujours un à priori, le drame d'outreau faut qu'en tant que médecin on l'ai en tête, protégez-vous systématiquement même des gens que vous connaissez bien

-Est-ce que vous faites face à une demande des mères ou des filles sur ce vaccin ?

-Des filles, non, on est rarement demandeur d'un vaccin surtout que toutes les copines leurs ont dit, que cela fait mal. Plutôt les parents qui viennent demander le vaccin

-C'est plus des demandes de renseignements ou de vaccination directement ?

-Les deux, le vaccin quand ils ont la certitude du raisonnement

-Donc il y a selon vous une influence des médias ?

-Oui, les médias ont toujours une influence, le politique non, c'est différent. Les médias ajoutent toujours un effet panique, une fois que l'on se rend compte que ce n'est pas si dangereux que cela, ça passe, c'est le problème du préservatif, du sida, de l'hépatite B, de l'hépatite C, au début on fait

attention puis après on lâche, on ne fait plus ce qu'il faut. Au lycée, il n'y a pas assez de prévention

-Le vaccin est bien accepté quand vous le proposez ?

-Oui

-Avez-vous déjà eu des refus ?

-J'ai des refus, de familles qui trouvent que ce n'est pas suffisamment argumenté

-Dans quel sens ?

-Dans le sens des questions que vous avez posé, c'est-à-dire est-ce vraiment efficace, est-ce qu'elles seront vraiment protégées, y a-t-il des effets secondaires, cela a toujours été un problème sur la validité du discours que l'on a produit qui est celui que l'on nous a transmis

-C'est plus une peur de la nouveauté ?

-Non, on a tous peur de la nouveauté, c'est plus une peur des effets secondaires

-Vous n'avez pas eu de famille qui avaient des craintes d'une entrée plus précoce dans la vie sexuelle du fait de ce vaccin ?

-Je ne crois pas que le discours soit là

-Comment vous êtes-vous formé sur ce vaccin ?

-D'une part par les laboratoires, bien sûr, les revues médicales, une fois que les laboratoires nous en ont parlé, l'on regardait dans la presse. Et ensuite au cours d'un enseignement universitaire dans le cadre du DU de médecine générale, les gynécos qui étaient là ont appuyé là-dessus

-Sur une échelle de 1 à 10, comment vous trouvez-vous formé ?

-Entre 5 et 10, on va rester humble, on a quand même une bonne formation, c'est les retours qui nous arrivent pas, je pense qu'il y a un retour d'information au niveau des labos et des gynécos, donc il faudrait que l'on soit au courant, cela ne pourrait que conforter nos pratiques »

-Dix-neuvième entretien le 12/03/10

Femme, 45 ans, exerce depuis 10 ans en milieu semi-rural, pas de MEP, pratique des actes de gynécologie en cabinet.

% femmes en âge d'être vaccinées : NSP, voit beaucoup de jeunes.

CSP prédominantes : artisans, commerçants et chefs d'entreprises, professions intermédiaires, employés, retraités.

« -Comment vous êtes vous formée sur ce vaccin ?

-Avant qu'il ne sorte, je suis allée à une formation organisée par un labo (Gardasil®) avec un gynéco, un pédiatre et ils nous ont formé dessus

-Sur une échelle de 1 à 10, comment vous trouvez-vous formée ?

-Peut-être, 8

-Prescrivez-vous systématiquement ce vaccin ?

-J'en parle systématiquement, prescrire c'est selon la réponse si ils sont d'accord c'est oui

-A partir de quel âge vous en parlez ?

-13, en leurs disant on verra l'année prochaine

-Jusqu'à quel âge vous en parlez ?

-18, j'oublie d'en parler après

-La question de savoir s'ils ont eu des rapports sexuels vous la posez facilement ?

-Oui, en l'absence du père, heureusement c'est souvent les mères qui accompagnent

-Et quand vous avez des mineures qui viennent seules, vous parlez de ce vaccin ?

-Oui

-A quelle occasion vous en parlez ?

-La plupart de temps, c'est quand même souvent en même temps que la pilule, après il y a les ado que je vois à la rentrée pour les certificats de sport

-Lors des viroses ?

-Non, on fait rapide, plus à l'occasion de bilan pour les rappels de vaccins, le sport ou la pilule. Ils ont fait plein de pub au collège donc on a pas mal de filles qui viennent pour cela elles-mêmes

-Vous avez plus de demandes de la part des mères ou des filles ?

-Des filles

-Les mères aussi ou peu ?

-Peu, voire même j'en ai des contre, c'est la guerre à la maison, la fille veut mais pas la mère, les filles sont pour, mais sûrement par effet de mode, toutes les copines l'ont fait, la grippe il n'y a pas eu la mode !

-Elles vous demandent plus des renseignements ou la vaccination directement ?

-La vaccination, les mamans demandent un peu des renseignements, mais les filles la vaccination

-Lequel des vaccins prescrivez-vous ?

-Au début que un mais maintenant moitié moitié, enfin un peu plus le Cervarix®

-Pourquoi celui-là ?

-Par rapport au cancer, les labos disent qu'il immunise plus contre le cancer, mais il y a des filles qui viennent avec leur Gardasil® qu'elles sont aller chercher à la pharmacie directement

-Avez-vous des facilités à tenir le rythme des vaccinations ?

-Oui

-Pas de perdus de vu ?

-Il y a des fois un mois de retard, mais c'est tout, il n'y en a aucune où il y a eu des loupés

-Avez-vous des freins à ce vaccin ?

-Non

-Le fait que l'efficacité soit encore incertaine n'en est pas un ?

-Non

-Le fait que les effets secondaires soient inconnus ?

-A distance oui, c'est un vaccin

-Ne craignez-vous pas que les femmes se sentant protégées par ce vaccin fassent moins de surveillance par frottis ?

-Si, mais j'insiste là-dessus, c'est une crainte

-Avez-vous constaté une influence des médias sur la demande des patientes?

-La télé oui, mais avant la télé il y a eu plus les formations au collège

-Ces formations, c'était plus des laboratoires qui les faisaient ?

-Non, je ne crois pas, enfin j'en sais rien du tout, cela doit être l'infirmière

-Le vaccin est bien accepté quand vous le proposez ?

-Oui, j'ai quand même principalement des gens qui acceptent

-Avez-vous déjà eu des refus ?

-Oui, plus des mères que des filles

-Vous n'avez pas eu de refus de filles ?

-Peur de la piqûre c'est tout, à long terme elles ne pensent pas à ce point

-Et des mères ?

-J'ai du avoir 2-3 refus

-Ils étaient justifiés par quoi ?

-On n'a pas assez de recul, et le vaccin contre l'hépatite B est-ce que ça fait pareil

-Pas de parent ayant peur d'une entrée précoce dans la sexualité du fait de ce vaccin ?

-Non, c'est plutôt la pilule, j'en ai aussi qui disent, on ne le fait pas comme cela tu n'aura pas de rapport

-Avez-vous rencontré des effets secondaires à ce vaccin ?

-A part des effets locaux, non

-Pas de douleur ?

-Ah si il est douloureux, au début j'y croyais pas, mais il est plus douloureux que les autres, les deux vaccins, ça m'arrive de faire le DTPolio en même temps, elles sentent la différence »

- Vingtième entretien le 23/03/10

Homme, 62 ans, exerce depuis 32 ans en milieu semi rural, pas de MEP, pratique peu d'actes de gynécologie en cabinet.

% femmes en âge d'être vaccinées : 12%

CSP prédominantes : professions intermédiaires, employés, retraités.

« -Comment vous êtes vous formé sur ce vaccin ?

-Par la presse médicale

-Sur une échelle de 1 à 10, comment vous trouvez-vous formé ?

-8

-Prescrivez-vous systématiquement ce vaccin ?

-Oui

-A partir de quel âge vous le prescrivez ?

-A 14 ans

-Vous en parlez plus tôt ?

-A 12 ans j'en parle avec les parents

-Jusqu'à quel âge vous en parlez ?

-18 ans, enfin quand ils ont le carnet de santé, cela dépend des rapports sexuels

-Et la question de savoir s'ils ont eu des rapports sexuels vous la posez facilement ?

-Oui

-A quelle occasion le prescrivez-vous ?

-Lors de rappels vaccinaux ou lorsqu'ils viennent avec le carnet de santé et que je vérifie les vaccins. Ou à la demande des parents

-Lequel des vaccins prescrivez-vous ?

-Gardasil®

-Pourquoi celui-là ?

-Car il couvre des condylomes

-Avez-vous des facilités à tenir le rythme des vaccinations ?

-Oui

-Pas de perdus de vu ?

-Les deux premières injection se font facilement, la troisième il y a quelques perdus de vus, mais surtout des retards

-Avez-vous des freins à ce vaccin ?

-Non

-Le fait que l'efficacité soit incertaine n'en est pas un ?

-Non

-Le fait que les effets secondaires soient inconnus ?

-Non

-Ne craignez-vous pas que les femmes se sentant protégées par ce vaccin fassent moins de surveillance par frottis ?

-Non, elles sont bien prévenues

-Est-ce que vous faites face à une demande des mères ou des filles sur ce vaccin ?

-Il y a peu de demandes c'est plutôt nous qui le proposons

- Quand il y a eu demande, c'est plutôt les mères ou les filles qui vous sollicitaient ?
- Les mères, jamais les filles
- C'est plus des demandes de renseignements ou de vaccination directement ?
- De renseignements
- Y a-t-il selon vous une influence des médias ?
- Oui, c'est une influence positive et les jeunes sont au courant car elles en parlent à l'école, vers 15-16 ans elles sont rarement non au courant
- Le vaccin est bien accepté quand vous le proposez ?
- Oui
- Avez-vous déjà eu des refus ?
- Non, je n'ai jamais eu de refus, c'est un vaccin qui passe mieux que celui de l'hépatite B. Le fait que cela soit une prévention d'un cancer, les mères se sentent moins le droit de refuser
- Avez-vous rencontré des effets secondaires à ce vaccin ?
- Non
- Pas de douleur ?
- Si au moment de l'injection »

BIBLIOGRAPHIE

- [1] GIRARD M, DENIS F. Virologie et épidémiologie. Dans Les vaccins des papillomavirus humains : leur place dans la prévention du cancer du col utérin sous la direction de Pierre Bégué. Edition médicales internationales. Lavoisier, 2009. p3-10. (Rapports de l'académie nationale de médecine)
- [2] DETOURNAY B, GRANADOS-CANAL D, EL-HASNAOUIL A. Estimation de l'incidence des infections à papillomavirus en France. Gyn Obst Fert, 2009 ; 37 : 125-130
- [3] RIETHMULLER D, SCHAAL J.P, MOUGIN C. Epidémiologie et histoire naturelle de l'infection génitale à papillomavirus humain. Gyn Obst Fert, 2002 ; 30 : 139-146
- [4] BOULANGER J-C, SEVESTRE H, BAUVILLE E, GHIGHI C, HARLICOT J-P, GONDROY J. Epidémiologie de l'infection à HPV. Gyn Obst Fert, 2004 ; 32 : 218-223
- [5] JUDLIN P. Infections en gynécologie. Paris : Masson, 2002
- [6] DENIS F, HANZ S, ALAIN S. Clairance, persistance et récurrence de l'infection à papillomavirus. Gyn Obst Fert, 2008 ; 36 : 430-440
- [7] GAVILLON N, VERVAET H, DERNIAUX E, TERROSI P, GRAESSLIN O, QUEREUX C. Papillomavirus humain : comment ai-je attrapé ça ?. Gyn Obst Fert, 2010 ; 38 : 199-204
- [8] BRADLEY J MONK, KRISHNANSU S TEWARI. The spectrum and clinical sequelae of human papillomavirus infection. Gyn Onco, 2007 ; 107 : 6-13
- [9] JACQUARD AC, DENIS F, PRETET JL, AUBIN F, PRADAT P, RIETHMULLER D. Distribution des génotypes de papillomavirus humain (HPV) dans les lésions génitales en France : études EDiTH. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, 2009 ; 29 : 313-317
En ligne : http://www.invs.sante.fr/beh/2009/29/beh_29_2009.pdf
(Consulté le 29/11/2009)
- [10] RIETHMULLER D. Papillomavirus humain, lésions précancéreuses et cancer du col de l'utérus. Référence (Elsevier-masson), 2006 ; (1) : 3-6
- [11] RIETHMULLER D. Intérêt du dépistage du cancer du col de l'utérus. Référence (Elsevier-masson), 2006 ; (1) : 23-27
- [12] DUPORT N. Données épidémiologiques sur le cancer du col de l'utérus : état des connaissances – actualisation 2008. InVS, 2008 : 1-30.
En ligne : http://www.invs.sante.fr/publications/2008/cancer_col_uterus_2008/cancer_col_uterus_2008.pdf (Consulté le 29/11/2009)
- [13] ANAES. Evaluation de l'intérêt de la recherche des papillomavirus humains dans le dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus. Gyn Obst Fert, 2005 ; 33 : 357-360

- [14] DERVAUX B, LENNE X, LEVY-BRUHL D, KUDJAWU Y. Modélisation médico-économique de l'impact de l'organisation du dépistage du cancer du col utérin et de l'introduction de la vaccination contre les HPV dans le calendrier vaccinal. InVS, Mars 2007 : 1-28. http://www.invs.sante.fr/publications/2008/modelisation_hpv/rapport_modelisation_hpv.pdf (Consulté le 29/11/2009)
- [15] BERGERON C et al. Évaluation du test de détection des papillomavirus humains en milieu liquide Cyto-screen® après diagnostic d'atypies des cellules malpighiennes de signification indéterminée. Effet de l'âge. Gyn Obst Fert, 2006 ; 34 : 312-316
- [16] ANAES. Conduite à tenir devant une patiente ayant un frottis cervico-utérin anormal. RCP. Actualisation 2002. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/frottis_final_-_fiche_de_synth_350se_2006_11_20_19_46_10_585.pdf (Consulté le 29/05/2010)
- [17] ROUZIER R, UZAN C, COLLINET P. Vaccination HPV : principes, résultats et perspectives. J Gyn Obst Biol Repr, 2007 ; 36 : 13-18
- [18] HAS. Quelle place pour le vaccin Papillomavirus humain dans la prévention du cancer du col ? Août 2007. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/fiche_bum_gardasil.pdf (Consulté le 09/10/09).
- [19] AFSSAPS. Gardasil® : Second bilan du plan de gestion des risques européen et national. Sept 2009. <http://www.afssaps.fr/Infos-de-securite/Communiqués-de-presse/Gardasil-R-Second-bilan-du-plan-de-gestion-des-risques-europeen-et-national> (Consulté le 09/10/09).
- [20] MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Avis du conseil supérieur d'hygiène publique de France, section maladies transmissibles, relatif à la vaccination antipapillomavirus humains type 16 et 18 (5 décembre 2006). http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/Vaccin_HPV_CSHP_1206.pdf (Consulté le 09/10/09).
- [21] MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Avis du comité technique des vaccinations et du conseil supérieur d'hygiène publique de France, section des maladies transmissibles, relatif à la vaccination contre les papillomavirus humains 6, 11, 16, 18 (9 mars 2007). http://www.santejeunesports.gouv.fr/dossiers/cshpf/a_mt_090307_papillomavirus.pdf (Consulté le 09/10/09).
- [22] Le Plan régional de santé publique 2006-2010 en Ile-de-France : situation initiale en 2006. Groupement régional de santé publique d'Ile-de-France, Observatoire régional de santé d'Ile-de-France, 2008. http://www.ors-idf.org/prsp/pdf/PRSP_entier.pdf (Consulté le 01/06/2010)
- [23] INVS. Dépistage organisé du cancer du col de l'utérus, évaluation épidémiologique des quatre départements pilotes. Juin 2007. http://apheis.net/publications/2007/cancer_col_uterus%20evaluation/col_uterus.pdf (Consulté le 01/06/2010)
- [24] MONSON2GO J. Prévention du cancer du col utérin : enjeux et perspectives de la vaccination antipapillomavirus. Gyn Obst Fert, 2006 ; 34 : 189-201

- [25] Symposium Sanofi Pasteur MSD. Gardasil : continuer à informer. Prescrire, janvier 2009 ; 23(814) :69
- [26] HAUT CONSEIL DE LA SANTE PUBLIQUE. Calendrier vaccinal : vaccination contre les infections à papillomavirus humains. BEH, avril 2009 ; (16-17) :152
- [27] European Cervical Cancer Association. HPV vaccination across Europe, avril 2009
- [28] MONSONEGO J. La fin d'un cancer ? Les espoirs de la vaccination contre le papillomavirus. Paris : Grasset, 2007.
- [29] BRUN J-L. Vaccination contre le papillomavirus humain. Journ Gyn Obst 2008 ; 37(1S) :155-166.
- [30] MORICE P, CASTAIGNE D. Cancer du col utérin. Paris : Masson, 2005.
- [31] COHEN P. L'efficacité du vaccin anti-papillomavirus sur le cancer du col utérin est confirmée à moyen terme. La revue du praticien, 2006 ; 56(15) :1632.
- [32] DESCAMPS P, BALDAUF JJ, BONNIER P. Dépistage des cancers gynécologiques et mammaires. Paris : Masson, 2004.
- [33] BEGUE P Dir. Les vaccins des papillomavirus humains. Leur place dans la prévention du cancer du col utérin. Lavoissier, 2009.113 p.
- [34] Vaccin papillomavirus 16, 18 (Cervarix®) : remboursable. Prescrire, 2008 ; 28(302) :897.
- [35] SIMON P, POPPE W. Place de la vaccination antipapillomavirus après 25 ans. Gyn Obst Biol Reprod, 2008 ; 37 : 748-752
- [36] CASTLE P E et al. Age-appropriate use of human papillomavirus vaccines in the U.S. Gyn Onco, 2009; 114: 365–369
- [37] Madhivanan P et al. Attitudes toward HPV vaccination among parents of adolescent girls in Mysore, India. Vaccine, 2009 ; 27: 5203–5208
- [38] Conference report. WHO position on HPV vaccines. Vaccine, 2009
- [39] HAS. Commission de la transparence, Cervarix®. 5 mars 2008.
- [40] RIETHMULLER D et al. Modélisation de l'impact de la vaccination HPV quadrivalente en France. Gyn obst biol reprod, 2009 ; 38 :389-395
- [41] ROWHANI-RAHBAR A and all. Longer term efficacy of a prophylactic monovalent human papillomavirus type 16 vaccine. Vaccine, 2009; 27 : 5612–5619
- [42] KARIN B MICHELS, HARALD ZUR HAUSEN. HPV vaccine for all. The Lancet, July 2009; 374
- [43] BRUN JL, RIETHMULLER D. Vaccination prophylactique et thérapeutique

contre le papillomavirus humain. Gyn Obst Biol Reprod, 2007 ; 36 : 631–641

[44] COMITÉ CANADIEN D'IMMUNISATION. Recommandations relatives au programme de vaccination contre le virus du papillome humain. Décembre 2007. <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2008/papillomavirus-papillome/papillomavirus-papillome-11-fra.php> (Consulté le 11/06/2010)

[45] Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices. Quadrivalent Human Papillomavirus Vaccine. 2007. <http://www.cdc.gov/MMWR/preview/mmwrhtml/rr5602a1.htm> (Consulté le 11/06/2010)

[46] Conseil national de l'ordre des médecins. Atlas de la démographie médicale en région IDF. Au 1^{er} janvier 2009. <http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/IDF.pdf> (Consulté le 19/07/2010)

RESUME

Depuis 2007 sont apparus sur le marché européen deux vaccins antipapillomavirus. Ces derniers représentent une avancée notable, car ils permettent une protection efficace contre le cancer du col utérin. Toutefois, de l'opinion et de la pratique des médecins généralistes va dépendre la diffusion de cette vaccination au sein de la population.

Nous avons réalisé une enquête qualitative au sein de Cabinets de médecins généralistes, pour étudier la pratique et surtout les freins éventuels des médecins et de leurs patientes pour la réalisation de ce vaccin.

L'étude a mis en évidence l'accueil favorable de ce vaccin tant du côté des médecins que des patientes. Néanmoins on peut noter de nombreux oublis de cette prescription lors des consultations des adolescentes et une difficulté à aborder le thème de la sexualité à cet âge. De plus, on constate une tendance à un décalage vers un âge vaccinal plus tardif, ce qui limite l'efficacité de cette vaccination chez des jeunes femmes déjà exposées aux papillomavirus. En ce qui concerne la surveillance par frottis cervico-vaginaux, celle-ci reste bien poursuivie dans le cas des jeunes femmes vaccinées.

Il apparaît également que la mise en place d'une consultation dédiée à l'entrée dans la vie sexuelle au début de l'adolescence, serait souhaitable. Cette consultation permettrait de sensibiliser les jeunes patientes aux méthodes contraceptives, à la prévention des IST ainsi qu'à la vaccination contre le cancer du col utérin. Cela permettrait que cette vaccination ait lieu à un âge plus précoce conduisant de ce fait à un renforcement de l'efficacité vaccinale.