

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2018

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE (décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement
le 31 Mai 2018 à Poitiers
par **Monsieur Clément LEVY**

Couverture vaccinale anti-papillomavirus humains(HPV) et
principales causes de refus des vaccins anti-HPV dans la
Vienne et en Charente-Maritime

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur José Gomes

Membres : Madame le Docteur Valérie Victor-Chaplet

Monsieur le Docteur Pascal Parthenay

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Marc Chabanne

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2018

THESE **POUR LE DIPLOME D'ETAT** **DE DOCTEUR EN MEDECINE** **(décret du 16 janvier 2004)**

présentée et soutenue publiquement
le 31 Mai 2018 à Poitiers
par **Monsieur Clément LEVY**

Couverture vaccinale anti-papillomavirus humains(HPV) et
principales causes de refus des vaccins anti-HPV dans la
Vienne et en Charente-Maritime

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur José Gomes

Membres : Madame le Docteur Valérie Victor-Chaplet

Monsieur le Docteur Pascal Parthenay

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Marc Chabanne

Le Doyen,

Année universitaire 2017 - 2018

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HADJADJ Samy, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (**en détachement**)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques (**surnombre jusqu'en 12/2017**)
- MACCHI Laurent, hématologie
- MARECHAUD Richard, médecine interne (**émérite à/c du 25/11/2017**)
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIENT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGAUD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SILVAIN Christine, hépto-gastro-entérologie
- SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie

Le Doyen,

Année universitaire 2017 - 2018

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HADJADJ Samy, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (**en détachement**)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques (**surnombre jusqu'en 12/2017**)
- MACCHI Laurent, hématologie
- MARECHAUD Richard, médecine interne (**émérite à/c du 25/11/2017**)
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIENT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGAUD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SILVAIN Christine, hépto-gastro-entérologie
- SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie

Remerciements

A Monsieur le Professeur José Gomes :

Vous me faites l'honneur d'avoir accepté de présider mon Jury de thèse.
Vous dirigez avec un investissement sans limite le cursus de médecine générale depuis de nombreuses années.
Recevez ici toute ma reconnaissance et l'expression de mon plus profond respect.

A Madame le Docteur Valérie Victor-Chaplet :

Vous me faites l'honneur d'avoir accepté de participer à mon jury et de juger ce travail.
Merci également pour votre disponibilité au cours des GEAPI.
Soyez assurée de ma plus grande reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Pascal Parthenay :

Je vous suis extrêmement reconnaissant d'avoir accepté de faire partie du jury de ma thèse.
Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Marc Chabanne :

Vous n'avez pas hésité une seconde avant d'accepter de diriger ce travail.
Merci pour votre disponibilité et pour vos conseils avisés tout au long de ce travail qui ont permis son aboutissement aujourd'hui.
Soyez assuré de ma plus grande reconnaissance et de mon plus profond respect.

Aux Docteurs Nguyen Sophie , Soulat Ariane, Grémillon Sylvie, Tranchée-Verge Valérie, Caron Carine, Olivet Céline, Mottet Cynthia, Dezeix Thierry, Didier Florian, Laurent Wartel, Hoerthe Gabriel, Kichenama Elrick, Sigli Jacques, Fizelier Jérôme :

Sans votre participation, ce travail n'aurait pas pu voir le jour, soyez assurez de ma profonde reconnaissance pour votre aide et votre investissement.

Aux Médecins Du Centre hospitalier de Royan : Dr Bonnin Emanuelle et Anthony, Philippe Motazz, Aubrit Sébastien : Quel super semestre passé en votre compagnie.

A Monsieur le Dr Alain Ramassamy : Vous avez rendu mon semestre au CHU de Poitiers plus agréable. Merci pour m'avoir fait partager votre expérience.

A monsieur le Professeur Binder : Mon semestre passé chez vous a marqué mon parcours, merci de m'avoir fait partagé votre expérience.

A mes parents,

Papa,

Cette thèse est pour toi.

Chaque jour passé sans toi est une épreuve difficile dans ma vie, quelle tristesse que tu ne puisses assister à ce moment, toi qui t'es tant investi pour tes enfants et en particulier pour mes études.

Ton dévouement, ta générosité, ton altruisme sont des valeurs si rares.

Je suis si fier de tout ce que tu m'as appris, des valeurs que tu nous as inculqué, de tout l'amour que tu nous as donné.

Tu t'es battu sans relâche contre la maladie, mais tu n'as rien pu faire.....J'espère qu'un jour la médecine aura trouvé de nouveaux traitements...

Quatre années se sont déjà écoulées sans toi mais je ne t'oublie pas, tu as marqué ma vie à jamais de ton empreinte, Je t'aime.

Maman, tu es un soutien précieux et ce depuis tellement d'années. La réussite de tes enfants a toujours été au centre de tes préoccupations. Ton amour m'a aidé à réaliser ces études.

Merci pour tout.

A mes grands-parents maternels et paternels :

Merci pour tout ce que vous avez fait pour moi, votre amour m'a aidé à réaliser ces études.

Papi, je sais que le « volonté= réussite » te tenait à cœur, j'y ai souvent pensé devant la difficulté de ces études.

Mamie, j'espère que tu continueras de nous soutenir en bonne santé pendant de nombreuses années encore.

A ma sœur Diane et mon frère Mathias :

Merci de votre amour et de votre soutien indéfectible.

Tant de bons moments à vos côtés mais aussi des moments difficiles où votre soutien a été précieux.

« Moustachatnoir », merci pour tes corrections de talent apportées à ma présentation de thèse.

A mes oncles Simon, Samy et Claude :

Merci de votre investissement sans limites pour aider vos neveux et de l'amour que vous m'avez témoigné depuis mon enfance.

Le bien être de vos neveux vous a toujours grandement préoccupé.

Je n'ai pas de mots à la hauteur pour vous remercier.

A Mercedes, Alegria, Aimé, Ghislaine, Léa : Vous faites partie de la famille qui compte pour moi.

A ma tante Marie : tatie, tu m'as donné tant d'amour durant toute mon enfance.

Merci pour tout.

A mes amis Aixois :

Moun, notre amitié perdure depuis la maternelle. Tant de bons moments passés avec toi et **mehdi**.

Tu fais partie de ceux qui ont toujours cru en moi.

Merci pour ton soutien et ton amitié depuis tant d'années.

A **Olivier(c lafamy)**, au **May** : merci pour tous ces étés aixois en votre compagnie...

A **la Mamouteam : Anaïs, Laure, Nadia , Houda , Jérôme et Antoine** : tellement de bons moments et de vacances passées à vos côtés. Vous m'avez grandement soutenu durant toutes mes études médicales. Tant de soirées à refaire le monde et à rigoler avec vous. Tous ces moments resteront inoubliables.....Ne vous inquiétez pas, les meilleurs sont à venir.....

A **Faiza** (Le magnifique Ourson) : Tu es une amie absolument géniale. Ta bonne humeur et ta gentillesse sont toujours au RDV. Tant de moments de fous rires avec toi et de pas de danse envoyés. Merci pour tes conseils de talent pour choisir mon costume ! Ne changes rien tu es au top. Merci pour tout.

A **Aurélié** (le gentil matou) : Merci pour ton soutien dans une période difficile de ma vie.

A **Floriane** : Tu as marqué ma vie à jamais pendant 13 ans. Tu représentes tout mon cursus médical, de Marseille jusqu'à Poitiers. Merci pour ton soutien et ton amour durant toutes ces années.

Nos chemins se sont séparés, mais tu garderas toujours une place à part pour moi, bonne route et sois heureuse dans ta vie.

A **mes amis Pictaviens** :

-**Quentin (El Gamino)** : Tant de fous rires depuis notre 2^{ème} semestre à La Rochelle. Tu es devenu un véritable ami. Merci pour tout amigo. J'espère que cette amitié perdurera.

-**Benoit(Le pitch)** : Que serait ma thèse sans tes magnifiques stats ? Qu'aurait été ce premier semestre à Niort sans tes farces ? Merci aussi pour les entraînements fonciers et les barbeuk qui suivaient. Merci pour tous ces bons moments et ton amitié.

-**Dimitri (El loco)** : Que de délires avec toi lors de ce premier semestre Niortais. Sans parler de la suite à Poitiers et ses légendaires footsall ou tournois de FIFA. Même à l'autre bout du monde, notre amitié perdure et j'espère qu'elle perdurera. Merci pour tout mon coco.

-**A mon ami Said(le Professor)** : Quel semestre de fous rires passés avec toi ! Merci pour toutes ces sorties SMUR gantées et tout ce que tu m'as appris en plus du fameux « On est pas bien là ? » et de la pause-café. Tu es un médecin de grand talent reconnu dans tout le Poitou.

-**A Elodie(mon infirmière préférée)** : Quel plaisir ça a été de travailler avec toi. Toujours de bonne humeur, toujours prête à rendre service. Tu as égayé ce difficile semestre au CHU avec tes blagues et délires. Tu fais depuis partie de mes amies malgré la distance.

Ainsi que tous les autres : Josué, Elrick, Gaby, Roxanne, Nico.

A **mes amis de France et d'ailleurs** :

-**Josiane(la jojo)** : Notre rencontre est aussi inattendue que notre amitié. Merci de ton grand soutien dans une période difficile pour moi. Tant de fous rires avec toi. J'espère ne pas te perdre de vue ma jojo.

-**A Noura** : Notre amitié dure depuis l'âge de 16ans, même à l'autre bout du monde tu as suivi toutes mes études et ma vie. Merci pour ton accueil sur ton île de rêve dans une période difficile de ma vie. Merci pour ton amitié sans faille depuis tant d'années.

-**A Sabrina** : Tu as fait un court passage dans ma vie mais j'espère conserver ton amitié. Je n'oublierais jamais les si bons moments avec toi.

A Sandra : Merci pour ton soutien durant les derniers mois précédant cette thèse. Sois heureuse dans ta vie.

TABLE DES MATIERES

I INTRODUCTION	12
A. Epidémiologie du cancer du col de l'utérus	12
B. Facteurs de risque du cancer du col de l'utérus	12
C. Rappels sur les papillomavirus	13
D. Le Dépistage du cancer du col de l'utérus en France	14
E. La Vaccination anti-HPV	15
1. Rappel sur l'historique de cette vaccination en France	15
2. Intégration du vaccin anti-HPV au calendrier vaccinal	15
3. Modification du calendrier vaccinal 2013	16
4. Actualités en 2018.	17
F. Objectifs de l'étude	18
II. MATERIEL ET METHODE.....	19
A. Type d'étude.....	19
B. Population étudiée.....	19
C. Elaboration du questionnaire.....	19
D. Méthode de recueil des données	20
E. Analyse statistique	21
III. RESULTATS	22
A. DESCRIPTION DE LA POPULATION ETUDIEE.....	22
1. Recrutement de la population d'étude.	22
2. Age des jeunes filles.	23
3. Suivi médical des adolescentes	24
5. Croyances Religieuses familiales.	27
6. Caractéristiques des fratries étudiées.....	27
B. CARACTERISTIQUES DES JEUNES FILLES VACCINEES.....	28
1. Taux de jeunes filles vaccinées.....	28
3. Nombre d'injections reçues	30
4. Intentions des parents concernant les jeunes filles dont la vaccination est débutée mais non terminée ?	31

5.Intentions vaccinales des parents concernant les jeunes filles non vaccinées.	31
C.CAUSES DE REFUS DES VACCINS LES PLUS FREQUEMMENT INVOQUEES PAR LES PARENTS	32
D. ANALYSES COMPARATIVES.	33
IV.DISCUSSION	37
A.Sélection de la population étudiée.	37
B. Age des parents et catégories socio-professionnelles.	37
C. Age des jeunes filles	38
D. Suivi médical des adolescentes.....	38
E. Taux de jeunes filles vaccinées.....	39
F. Intentions vaccinales des parents concernant les jeunes filles non vaccinées	40
G. Causes de Refus des vaccins les plus fréquentes.....	41
1.Le manque de recul sur les vaccins et la peur des effets secondaires des vaccins.....	42
2.Le manque d’informations sur le vaccin.	43
3.Les motifs non invoqués par les parents.....	44
H. Analyses comparatives.....	45
I. Les Perspectives.	45
V.CONCLUSION	47
VI. BIBLIOGRAPHIE	48
VIII. RESUME	56
IX. ABREVIATIONS	57

I INTRODUCTION

A. Epidémiologie du cancer du col de l'utérus

Le cancer du col de l'utérus est le dixième cancer chez la femme en France par sa fréquence (1).

Il est au quinzième rang des décès féminins par cancer en France.(2)

Le pic d'incidence du cancer du col de l'utérus se situe vers 40 ans et l'âge médian au diagnostic est de 51 ans.

La France est parmi les pays à faible incidence du cancer du col de l'utérus : le nombre de nouveaux cas était de 2 810 en 2011 (3 387 cas en 2000) et le nombre de décès liés à ce cancer de 998 (904 décès en 2002).(1)

Au niveau mondial, le cancer du col de l'utérus est le 2ème cancer féminin en termes d'incidence (avec 493 000 nouveaux cas) et de mortalité(avec 274 000 décès estimés en 2002). Il existe une grande inégalité de répartition de l'incidence selon les pays, au bénéfice des pays industrialisés, 83 % des nouveaux cas de cancers survenant dans les pays en voie de développement.(2)

La France figure parmi les pays européens ayant une incidence élevée ; mais la mortalité reste peu différente de la moyenne européenne.

La survie des femmes ayant un cancer du col de l'utérus dépend de différents facteurs pronostiques : la survie à 5 ans est comprise entre 84 et 93 % pour les cancers de stade I et 35 % pour les cancers de stade IV. (1)

La prévention primo-secondaire de ce cancer est donc capitale en termes de survie, d'autant plus que des moyens efficaces existent actuellement.

B. Facteurs de risque du cancer du col de l'utérus

Le principal facteur de risque établi avec certitude est l'infection persistante à HPV de haut risque : il s'agit d'une cause nécessaire mais non suffisante, dans la genèse

et le développement des cancers du col de l'utérus.

Le fait que la grande majorité des femmes infectées par un papillomavirus humain oncogène ne développe pas de cancer du col de l'utérus, ainsi que le long temps de latence entre l'infection et le développement du cancer, suggèrent l'intervention de cofacteurs qui agiraient en même temps que le papillomavirus humain.

Les cofacteurs impliqués dans la genèse du cancer du col de l'utérus peuvent être :

- des cofacteurs liés à l'hôte :

Précocité de l'activité sexuelle, multiplicité des partenaires sexuels, immunodéficience, parité élevée ;

- des cofacteurs liés au papillomavirus humain :

Génotypes 16 et 18, infection simultanée par plusieurs types oncogéniques, quantité importante de virus (forte charge virale) ;

- des cofacteurs exogènes :

Tabagisme, coïnfection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ou une autre infection sexuellement transmissible (IST) (virus herpès simplex 2 (HSV-2), Chlamydia trachomatis et Neisseria gonorrhoeae), utilisation prolongée de contraceptifs oraux.(1)

C. Rappels sur les papillomavirus

Les papillomavirus sont des virus à ADN double brin qui infectent les cellules germinales de la couche basale des épithéliums malpighiens, et dont seuls certains sont oncogènes.(2)

Nous connaissons environ 120 types d'HPV, 40 sont à tropisme ano-génital préférentiel et une quinzaine d'HPV sont associés à des cancers (HPV dits « à haut risque oncogène ») avec une prévalence différente selon les régions du monde. Les types 16 et 18 sont les plus fréquents des HPV oncogènes.

En Europe occidentale, les génotypes 16 et 18 sont en cause dans environ 73% des cancers du col utérin, 57 % des lésions de haut grade, 24% des lésions de bas grade. (3) (2)

Les HPV sont par ailleurs impliqués dans la responsabilité d'autres cancers féminins : une étude a estimé la proportion de cancers attribuables à l'HPV à 40-64 % pour le cancer du vagin, 40-51 % pour le cancer de la vulve et à 90-93 % pour le cancer de l'anus. Les proportions d'HPV 16/18 sont de 80-88 % pour le cancer du vagin, 80-86 % pour le cancer de la vulve et 93 % pour le cancer de l'anus. (4)

Les HPV sont également responsables des condylomes génitaux (HPV 6 et 11 notamment). L'incidence annuelle des condylomes génitaux a été estimée en France à 10 pour 100 000 habitants, les femmes représentant environ 40% de ces cas. (3)

L'infection à papillomavirus est une des 3 principales infections sexuellement transmissibles (IST) qui concerne la population générale et la première des IST virales.

Tout rapport sexuel, avec ou sans pénétration, est associé à un risque d'infection par les HPV. L'utilisation des préservatifs ne protège que partiellement de l'infection par les HPV. Plus de 70 % des hommes et des femmes font au moins une infection à HPV au cours de leur vie. Chez les jeunes femmes, plus de 60 % des primo-infections surviennent dans les 5 ans suivant les premiers rapports sexuels. L'âge médian des premiers rapports sexuels en France se situe vers 17 ans et demi dans les deux sexes.

La primo-infection est en règle inapparente. La durée médiane de portage est

d'environ 15 mois et évolue dans la majorité des cas dans le sens d'une clairance virale : **plus de 80 % des infections à HPV guérissent spontanément.**

Dans un faible pourcentage de cas impliquant les HPV à haut risque, l'infection persiste, d'abord sans traduction cytologique ou histologique, puis sous forme de lésions histologiques précancéreuses obéissant à une définition précise codifiée: lésions intra-épithéliales de bas grade (CIN I) puis lésions intra épithéliales de haut grade (CIN II et CIN III).

Toutes ces lésions précancéreuses ont une probabilité non négligeable (de 32 à 57% selon la lésion) de régresser spontanément. (3) (5)

Les lésions intra-épithéliales de bas grade guérissent spontanément dans près de 2/3 des cas. Les lésions intra épithéliales de haut grade guérissent rarement et peuvent persister et évoluer vers un cancer infiltrant.

D. Le Dépistage du cancer du col de l'utérus en France

En France, le dépistage du cancer du col de l'utérus est un dépistage individuel (non organisé).

La lenteur avec laquelle une dysplasie légère évolue jusqu'au stade de carcinome (10-20 ans) fait du cancer du col de l'utérus une pathologie pour laquelle le dépistage est pertinent. (1)

Le dépistage du cancer du col de l'utérus repose sur un test cytologique: le frottis cervico-utérin. En complément, l'inspection visuelle des organes génitaux externes et l'examen au spéculum constituent les deux éléments principaux d'un examen gynécologique dans le cadre du dépistage de ce cancer.

Le dépistage du cancer du col de l'utérus par frottis cervico-utérin est préconisé entre 25 et 65 ans chez les femmes éligibles pour ce dépistage, **vaccinées ou non contre le papillomavirus**. Le rythme des frottis cervico-utérins préconisé est de 3 ans après deux frottis normaux à un 1 an d'intervalle.(1)

Un frottis cervico-utérin de dépistage sera proposé à toute femme âgée de 25 à 65 ans répondant aux critères cliniques suivants :

- Femme sexuellement active ou ayant été sexuellement active ;
- Femme ménopausée ou non ménopausée ;
- Femme asymptomatique ;
- Femme ayant eu une hystérectomie subtotale pour une pathologie bénigne (fibrome utérin, myome) ;
- Femme enceinte de moins de 14 semaines ou ayant accouché depuis plus de 8 semaines

Tout frottis anormal doit être suivi d'investigations diagnostiques en fonction du résultat de la cytologie. La cytologie dépiste, la colposcopie localise, seul l'examen histologique assure le diagnostic et apporte la certitude lésionnelle et l'extension.

Cependant, selon l'Echantillon permanent des assurés sociaux, 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.(2)

Toutes les études montrent que le dépistage organisé est le plus efficace et le plus coût-efficace. Au contraire, le dépistage individuel conduit à un sur-dépistage et une qualité hétérogène. Pourtant, en dépit des recommandations, seuls 7 pays européens ont un programme national de dépistage organisé (Finlande, Royaume-Uni depuis 1990, Danemark, Suède, Islande, Les Pays-Bas et la Norvège).

La mise en place d'un dépistage organisé dans certains pays nordiques (Danemark, Finlande, Islande, Norvège, et Suède) a permis une diminution importante (jusqu'à 80%) de l'incidence et de la mortalité de ce cancer.(2)

E. La Vaccination anti-HPV

1.Rappel sur l'historique de cette vaccination en France

La Commission européenne a délivré une autorisation de mise sur le marché valide dans toute l'Union Européenne concernant **le Gardasil le 20 septembre 2006**.(6)

Le Gardasil est un vaccin qui contient des protéines purifiées pour quatre types de papillomavirus humains (HPV, types 6, 11, 16 et 18).

Les HPV de types 16 et 18 sont responsables d'environ 70 % des cas de cancers du col de l'utérus et de 75 à 80 % des cancers de l'anus.

Les types HPV 6 et 11 sont à l'origine de près de 90% des cas de verrues génitales.(6)

Le 9 mars 2007, le comité technique des vaccinations et le conseil supérieur d'hygiène publique de France recommandent la vaccination des jeunes filles de 14 ans, afin de protéger les jeunes filles avant qu'elles ne soient exposées au risque de l'infection HPV.

Ils recommandent également que le vaccin soit proposé aux jeunes filles et jeunes femmes de 15 à 23 ans qui n'auraient pas eu de rapports sexuels ou au plus tard, dans l'année suivant le début de la vie sexuelle. (3)

Ils suggèrent de même à cette occasion qu'il soit fait obligation aux firmes produisant ou amenées à produire un vaccin HPV de promouvoir simultanément dans leur communication l'utilisation de ce vaccin et le dépistage des lésions du col de l'utérus et de mentionner l'absence d'efficacité sur la prévention d'environ 30% des cancers.

Le 20 septembre 2007, La Commission européenne délivre une autorisation de mise sur le marché valide dans toute l'Union européenne concernant le Vaccin Cervarix, qui lui contient des protéines purifiées de deux types de Papillomavirus humain (HPV, types 16 et 18).

2.Intégration du vaccin anti-HPV au calendrier vaccinal

En 2008 les vaccins quadrivalent et bivalent sont intégrés au calendrier vaccinal : vaccination des jeunes filles à partir de l'âge de 14 ans selon un schéma de 3 injections (0,2 et 6 mois pour le vaccin quadrivalent et 0, 1,6 mois pour le vaccin bivalent).(7)

Le 17 décembre 2010, le haut conseil de la santé publique précise qu'en l'état actuel des connaissances, et dans le cadre de la stratégie de vaccination contre les infections à

papillomavirus humains des jeunes filles âgées de 14 à 23 ans, il n'y a plus lieu de recommander de façon préférentielle l'un des deux vaccins. Il rappelle que les deux vaccins disponibles contre les infections par les HPV ne sont pas interchangeables, et que toute vaccination initiée avec l'un d'eux doit être menée à son terme avec le même vaccin.(8)

3.Modification du calendrier vaccinal 2013

Le Haut Conseil de la santé publique a pris en considération le suivi de la couverture vaccinale vis-à-vis des vaccins papillomavirus montrant que les taux de couverture vaccinale au 31 décembre 2011, calculés sur l'échantillon généraliste des bénéficiaires (EGB) (Cnam-TS/InVS), pour les jeunes filles nées en 1993 (18 ans), 1994 (17 ans), 1995 (16 ans) et 1996 (15 ans), étaient pour une dose respectivement de 53,0 %, 53,8 %, 46,8 % et 35,8 % et pour trois doses respectivement de 36,9 %, 39,0 %, 31,2 % et 20,2 %.(7)

« La couverture vaccinale pour trois doses à l'âge de 15 ans est par contre restée stable entre 2010 (20,3 %) et 2011 (20,2 %) ». (7)

Ces données étaient en faveur d'un infléchissement de l'adhésion à la vaccination entre 2010 et 2011.(7)

Cette couverture vaccinale basse risquait de ne pas permettre de garantir la mise en place d'une immunité de groupe.

La vaccination contre le papillomavirus a été intégrée au calendrier vaccinal de 2008 avec une politique de rattrapage jusqu'à l'âge de 23 ans. Après cinq années de recul, il a été constaté, que l'initiation de la vaccination se faisait majoritairement avant l'âge de 16 ans. Par ailleurs, la politique de rattrapage nécessairement basée sur la date d'initiation de l'activité sexuelle s'avérait en pratique très difficile à respecter. Le maintien d'un rattrapage au-delà de 18 ans ne présentait donc plus de justification. La possibilité laissée aux jeunes filles d'avoir accès à la vaccination jusqu'à l'âge de 19 ans révolus restait justifiée par le fait qu'à partir de 18 ans, l'autorisation parentale n'est plus requise.

Le 28 septembre 2012, le Haut Conseil de la santé publique a donc rédigé un avis révisant l'âge de vaccination contre les infections à HPV des jeunes filles.

Il a modifié le calendrier vaccinal en avançant l'âge de vaccination à 11 ans et en limitant l'âge de la vaccination de rattrapage à 19 ans révolus.(au lieu de 23 ans).(7)

« Le Haut Conseil de la santé publique rappelle que la vaccination HPV est d'autant plus efficace que les jeunes filles n'ont pas encore été exposées au risque de l'infection HPV. »

Le Haut Conseil de la santé publique a donc recommandé, en cohérence avec les dernières données de l'ECDC que:

•la vaccination des jeunes filles contre le papillomavirus puisse être pratiquée entre les âges de 11 et 14 ans ;

•toute opportunité, y compris le rendez-vous vaccinal de 11-14 ans, soit mise à profit:

O pour initier la vaccination de celles qui ne l'auraient pas encore faite avec une possibilité de co-administration avec un autre vaccin: vaccin tétravalent diphtérie tétanos-coqueluche-polio, vaccin hépatite B;

O ou pour compléter un schéma incomplet et notamment pour administrer la 3^e dose de vaccin à celles qui ne l'auraient pas encore reçue;

•l'âge de rattrapage soit limité à 20 ans (i.e.19 ans révolus). Cette vaccination n'est plus sous-tendue par la notion de l'âge de début de l'activité sexuelle, même si le vaccin sera d'autant plus efficace que les jeunes filles n'auront pas encore été infectées par les papillomavirus ciblés par la vaccination.

Le Haut Conseil de la santé publique a rappelé que l'obtention d'une couverture vaccinale élevée représente un objectif prioritaire tant pour la protection des jeunes filles que pour l'induction d'une immunité de groupe. Il souligne par ailleurs que ces niveaux de couverture vaccinale élevés sont obtenus dans les pays (Royaume-Uni, Australie) qui vaccinent dans les écoles. »(7)

Le 20 février 2014, l'AMM du Cervarix® est modifiée et le HCSP recommande que :

-« les jeunes filles âgées de 11 à 14 ans révolus pour lesquelles le vaccin Cervarix® a été choisi pour la vaccination HPV, soient vaccinées selon un schéma à deux doses espacées de six mois ; »

-« pour les jeunes filles âgées de 15 à 19 ans révolus le schéma à trois doses soit maintenu ; »

-« pour les jeunes filles âgées de 11 à 14 ans révolus ayant déjà initié leur vaccination avec le vaccin Cervarix® et ayant reçu deux doses dans un délai inférieur à cinq mois, une troisième dose de vaccin Cervarix® soit administrée cinq mois après la deuxième dose. »

-« Si les deux premières doses ont été administrées avec un délai supérieur ou égal à cinq mois, ces jeunes filles sont considérées comme complètement vaccinées. » (9)

Le 28 mars 2014, l'AMM du vaccin Gardasil est également modifiée, le schéma vaccinal étant remplacé par un schéma à 2 injections (0 et 6 mois) chez les jeunes filles de 11 à 13 ans. Pour les jeunes filles âgées de plus de 14 ans le schéma vaccinal est maintenu à 3 injections.(10)

4.Actualités en 2018.

La dernière estimation de la couverture vaccinale en France contre les HPV datant du 31 décembre 2015(estimée à partir de l'échantillon généraliste des bénéficiaires) montre que :

-les taux de couverture vaccinale par une dose à 15 ans :

étaient de 22% pour les jeunes filles nées en 1993, 31.4% pour celles nées en 1994, 31.3% pour celles nées en 1995, 31% pour celles nées en 1996, 22.5% pour celles nées en 1997, 20.2% pour celles nées en 1998, 19.2% pour celles nées en 1999 et 20.4% pour celles nées en 2000

-Les taux de couverture vaccinale par trois doses à 16 ans :

étaient de 22.2 % pour les jeunes filles nées en 1993, 28.4 %pour celles nées en 1994, 27.1 % pour celles nées en 1995, 24.3% pour celles nées en 1996, 18.6% pour celles nées en 1997, 16.3 % pour celles nées en 1998 et 13.7 % pour celles nées en 1999. (11) (12).

Ces données sont en faveur d'un infléchissement régulier de la couverture vaccinale en France.

Par ailleurs, L'analyse effectuée par l'InVS à partir des données de l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) conduite en 2012 par l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes) a montré qu'un faible revenu du ménage et l'absence de couverture complémentaire maladie privée, étaient associés à des couvertures vaccinales HPV plus faibles chez les jeunes filles et à une moindre participation au dépistage chez les femmes.(12)

L'obtention de la couverture vaccinale souhaitée (au moins 60% à échéance du Plan cancer en 2019) passera nécessairement par la mise en place d'un programme organisé de vaccination permettant de toucher toutes les catégories socio-économiques.

F. Objectifs de l'étude

Presque 10 ans après l'AMM des vaccins contre les HPV, et cinq ans après la révision des recommandations vaccinales en France, il semblerait que la couverture vaccinale contre les HPV ne cesse de s'infléchir en France, compromettant ainsi l'acquisition d'une immunité de groupe.

A l'heure où la question de la vaccination des garçons commence à se poser(12), qu'en est-il vraiment de la couverture vaccinale des jeunes filles ?

A notre sens, peu d'études se sont intéressées à l'estimation de la couverture vaccinale des jeunes filles en France et à l'estimation des causes de refus les plus fréquentes des vaccins par leurs parents.

L'objectif principal de ce travail était d'estimer la couverture vaccinale contre les HPV dans les départements de la Vienne et de la Charente-Maritime depuis la révision des recommandations vaccinales.

L'objectif secondaire était d'évaluer quels sont les motifs de refus des vaccins contre les HPV, les plus fréquemment invoqués par les parents des jeunes filles éligibles, afin de pouvoir essayer de contrecarrer l'infléchissement régulier de la couverture vaccinale en France.

II. MATERIEL ET METHODE.

A.Type d'étude.

Nous avons réalisé une étude épidémiologique quantitative, descriptive et analytique, multicentrique par questionnaires.

B. Population étudiée.

Critères d'inclusion :

- Parents ayant une ou plusieurs filles âgées de 11 à 19 ans.
- Consultant dans un cabinet de médecine générale de la Vienne ou de Charente-Maritime
- Durant la période de l'étude
- Ayant donné leur accord verbal pour participer à l'étude

Critères de non inclusion et d'exclusion :

- Refus des parents de participer à l'étude.

C. Elaboration du questionnaire.

Le questionnaire a été élaboré à partir des résultats d'une étude qualitative menée d'octobre 2013 à février 2014, dans la Vienne et en Charente, par Aurore Doue, alors étudiante sage-femme, sur les freins à la vaccination contre les infections à HPV exprimés par les habitants de la Vienne et de Charente.(13)

Le questionnaire évaluait de manière anonyme :

-Les caractéristiques sociodémographiques des parents :

- Leur âge
- Leur sexe
- Leur profession
- Leur lieu de résidence
- Leur religion
- Leur nombre total d'enfants
- Leur nombre de filles âgées de 11 à 19 ans

-Le ou les médecins s'occupant du suivi médical de la ou des filles concernées par l'étude :

- Médecin généraliste
- Gynécologue
- Pédiatre

-Pour chaque fille âgée de 11 à 19 ans :

- Son statut vaccinal vis-à-vis de la vaccination HPV : vaccinée ou non vaccinée
- Le nombre d'injections de vaccin reçues
- Le nom du vaccin reçu : Gardasil® ou Cervarix®
- Dans le cadre d'une vaccination débutée mais non terminée, si les autres injections étaient envisagées.
- Si la vaccination était non souhaitée

-Pour chaque fille âgée de 11 à 19 ans, si la vaccination était non souhaitée, les parents devaient indiquer la ou les raisons motivant leur refus :

1. Le prix élevé du vaccin
2. La peur de la douleur liée à l'injection
3. La peur des effets secondaires du vaccin
4. Le manque d'information sur le vaccin
5. Le manque de recul sur le vaccin
6. La précocité du vaccin et sa connotation trop sexuelle
7. Le manque de connaissances et d'informations sur l'infection à Papillomavirus
8. La religion familiale opposée aux vaccins
9. Le caractère non obligatoire du vaccin laissant supposer une infection à HPV pas très grave
10. Le manque de confiance en la vaccination en général
11. Le manque de confiance en notre système de santé
12. Le manque de confiance aux professionnels de santé

D. Méthode de recueil des données

Afin d'être le plus représentatif possible de la population générale, nous avons essayé de solliciter tous les médecins généralistes exerçant dans la Vienne et en Charente-Maritime, afin d'obtenir leur accord pour participer à notre étude.

Cependant, pour des raisons de confidentialité, nous nous sommes heurtés au refus des conseils départementaux de l'ordre des médecins(CDOM de la Vienne et de Charente-Maritime et de L'URPS de la région Aquitaine Poitou-Charentes, pour nous communiquer les adresses mails des médecins exerçant dans la Vienne et en Charente-Maritime.

Les médecins de la Vienne ont donc été sollicités par mail à partir d'une liste de mails de 414 médecins exerçant dans la Vienne, détenue par le Dr Chabanne .

De même les médecins de Charente-Maritime ont été sollicités par mail à partir d'une liste informelle détenue par le Dr Chabanne.

Tous les médecins sollicités par mail et ayant accepté de participer à l'étude recevaient 15 questionnaires par voie postale ou physique.

Les questionnaires pouvaient être distribués aux parents, soit par le médecin lui-même, soit par sa secrétaire, le choix étant laissé à la libre appréciation du médecin.

Pour ce faire, il suffisait au médecin ou à sa secrétaire de poser 2 questions aux parents afin de savoir s'ils pouvaient être inclus dans l'étude :

-Avez-vous une ou plusieurs filles âgées de 11 à 19 ans ?

-Accepteriez-vous de participer à une étude anonyme sur la vaccination contre les papillomavirus ?

Si les réponses aux deux questions étaient positives, les sujets pouvaient être inclus dans l'étude.

La présence des adolescentes lors de la consultation n'était absolument pas requise.

Chaque questionnaire pouvait permettre l'inclusion de 1 à 3 filles éligibles par famille au maximum, en fonction du nombre de filles dans la fratrie.

Les questionnaires remplis ont été récupérés par le médecin ou sa secrétaire, puis ont été renvoyés par voie postale, par mail, ou récupérés physiquement.

Les données recueillies et exploitables ont été traitées à l'aide du logiciel Microsoft Excel®.

E. Analyse statistique

Il s'agissait d'un travail essentiellement descriptif.

Aucun calcul du nombre de sujets nécessaires n'a été réalisé mais l'inclusion de 200 patientes dans l'étude nous paraissait acceptable.

Nous avons voulu réaliser une partie analytique afin de cerner si des facteurs influençaient la vaccination en comparant le groupe des « jeunes filles vaccinées » au groupe « des jeunes filles non vaccinées » bien que cela ne fasse pas partie des objectifs de l'étude à proprement parler.

Les analyses univariées ont été réalisées avec l'aide du Dr Pichard grâce au logiciel IBM ® SPSS® Statistics.

Pour les analyses univariées : les tests statistiques étaient en situation bilatérale et les p-values inférieures ou égales à 0,05 étaient considérées comme indicatives.

III. RESULTATS

A. DESCRIPTION DE LA POPULATION ETUDIEE

1. Recrutement de la population d'étude.

414 médecins généralistes exerçant dans la Vienne et 138 médecins généralistes exerçant en Charente-Maritime ont été sollicités par mail pour participer à l'étude à partir d'une liste d'adresses mails de médecins généralistes détenue par le Docteur Chabanne.

5 médecins généralistes exerçant dans la Vienne et 15 médecins généralistes exerçant en Charente-Maritime ont donné leur accord par mail pour participer à l'étude.

Tous les médecins ayant donné leur accord écrit ont reçu 15 questionnaires par voie physique ou postale : 300 questionnaires ont donc été distribués au total.

Sur les 20 médecins ayant donné leur accord, 15 médecins ont effectivement participé à l'étude : 6 médecins exerçaient en milieu rural, et 9 en milieu urbain.

Quatre relances par mail ont été nécessaires afin de récupérer tous les questionnaires analysés.

Sur les 300 questionnaires distribués, 167 ont été récupérés et étaient exploitables : 70 questionnaires (42%) provenaient d'un cabinet médical de la Vienne et 97 questionnaires (58%) provenaient d'un cabinet médical de Charente-Maritime.

56% des adolescentes incluses résidaient en Charente-Maritime et 40.5% résidaient dans la Vienne.

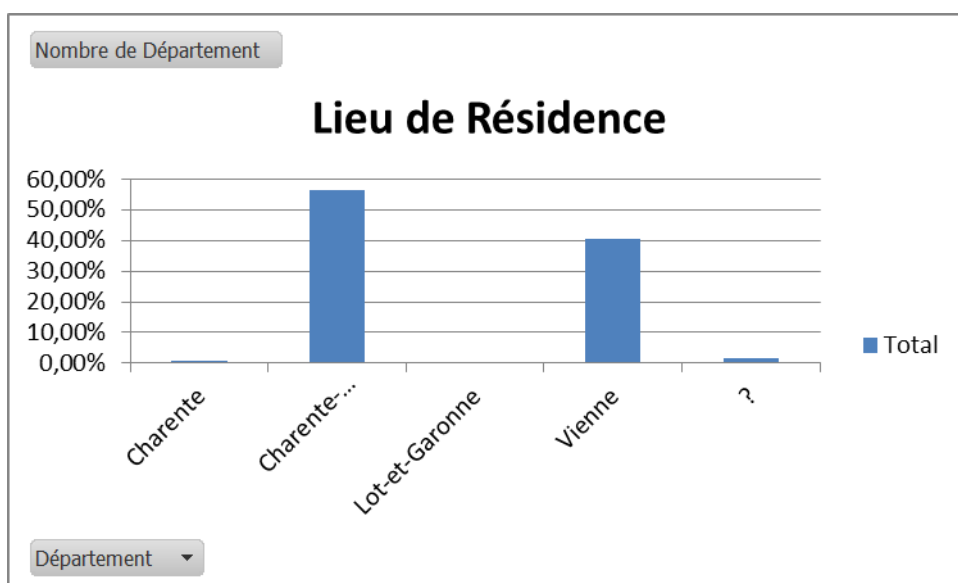


Figure 1 : Lieu de résidence des parents.

Au total 226 patientes âgées de 11 à 19 ans ont pu être incluses dans l'étude entre juillet 2016 et janvier 2017, et ainsi être analysées.

2. Age des jeunes filles.

La moyenne d'âge des jeunes filles était de 14.6 ans.

L'âge médian n'a pas pu être calculé compte tenu des données manquantes concernant l'âge de certaines filles.

En effet l'âge des jeunes filles n'avait pas été renseigné par les parents pour 49(22%) adolescentes.

Age de la fille	Pourcentage de filles par âge.
11	6,48%
12	8,80%
13	10,19%
14	12,96%
15	12,96%
16	9,26%
17	6,94%
18	4,17%
19	5,56%
Age non renseigné	22,69%
Total général	100,00%

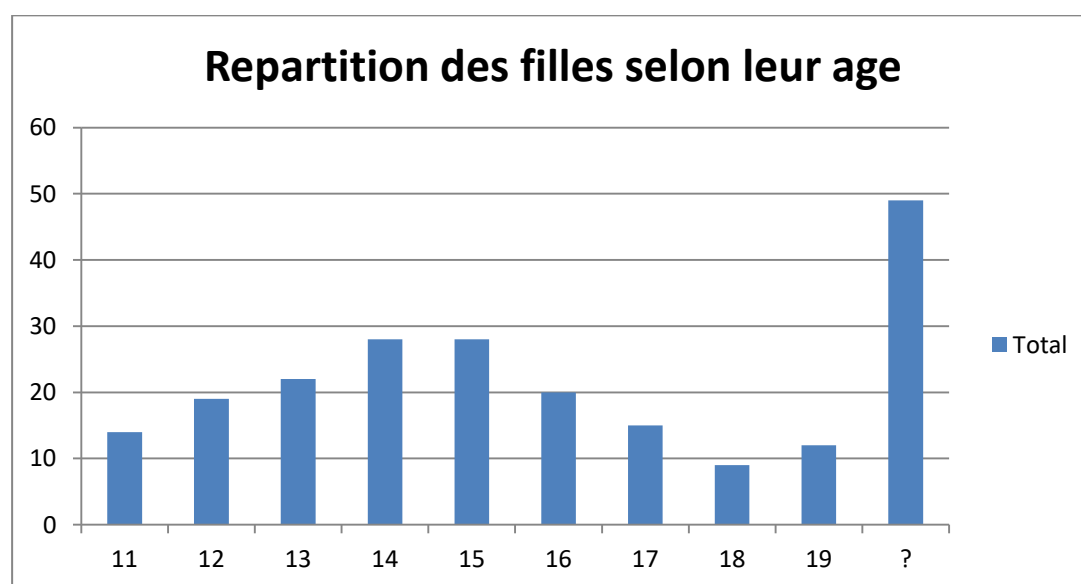


Figure 2 : Répartition des adolescentes selon leur âge.

3. Suivi médical des adolescentes

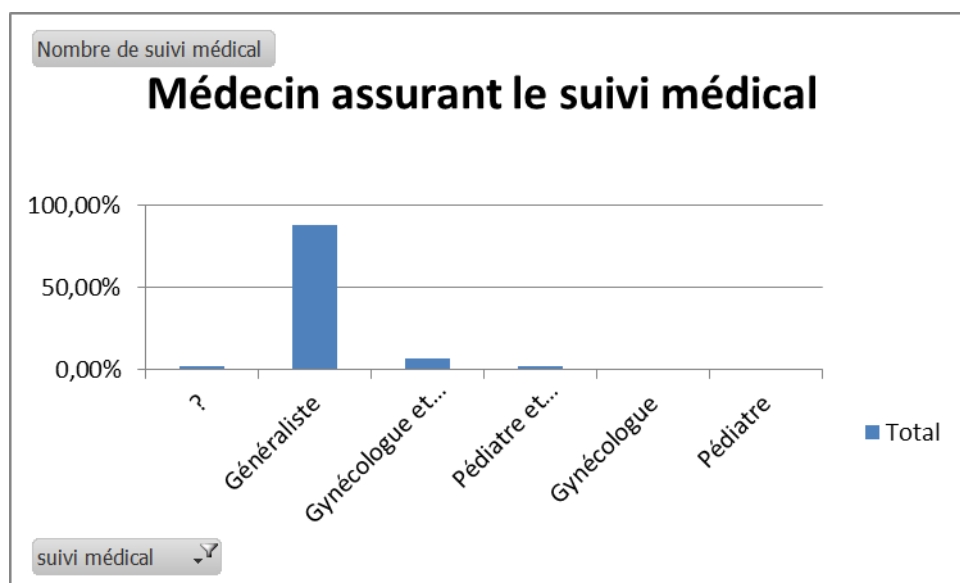


Figure 3 : Spécialistes assurant le suivi médical des adolescentes.

Étiquettes de lignes	Nombre de suivi médical
?	2,21%
Généraliste	88,05%
Gynécologue et Généraliste	7,08%
Pédiatre et Généraliste	1,77%
Gynécologue	0,44%
Pédiatre	0,44%
Total général	100,00%

88% des adolescentes de la population étudiée étaient suivies par un médecin généraliste uniquement, **7%** à la fois par un médecin généraliste et un gynécologue, **1.7 %** à la fois par un pédiatre et un généraliste, **0.4 %** uniquement par un Gynécologue ou un pédiatre.

4. Sexe, Age et catégories socio-professionnelles des parents ayant participé à l'étude.

Dans **81.5%** des cas, ce sont les mères des jeunes filles qui ont répondu aux questions à propos de leur(s) filles, les pères n'ayant répondu que dans **15.8%** des cas.

La moyenne d'âge des parents ayant participé à l'étude était de **44.1 ans**. L'âge minimum était de **31 ans**, l'âge maximum de **67 ans**.

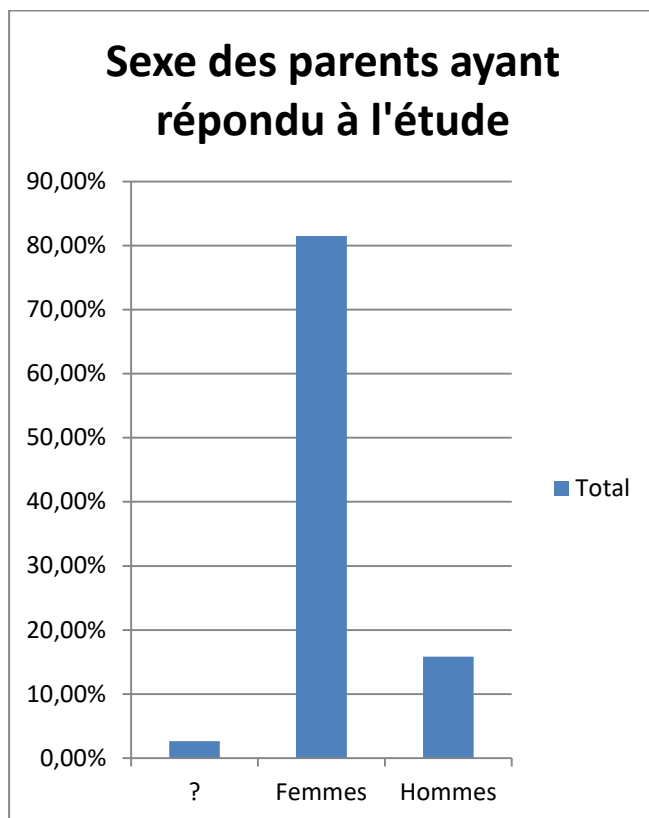
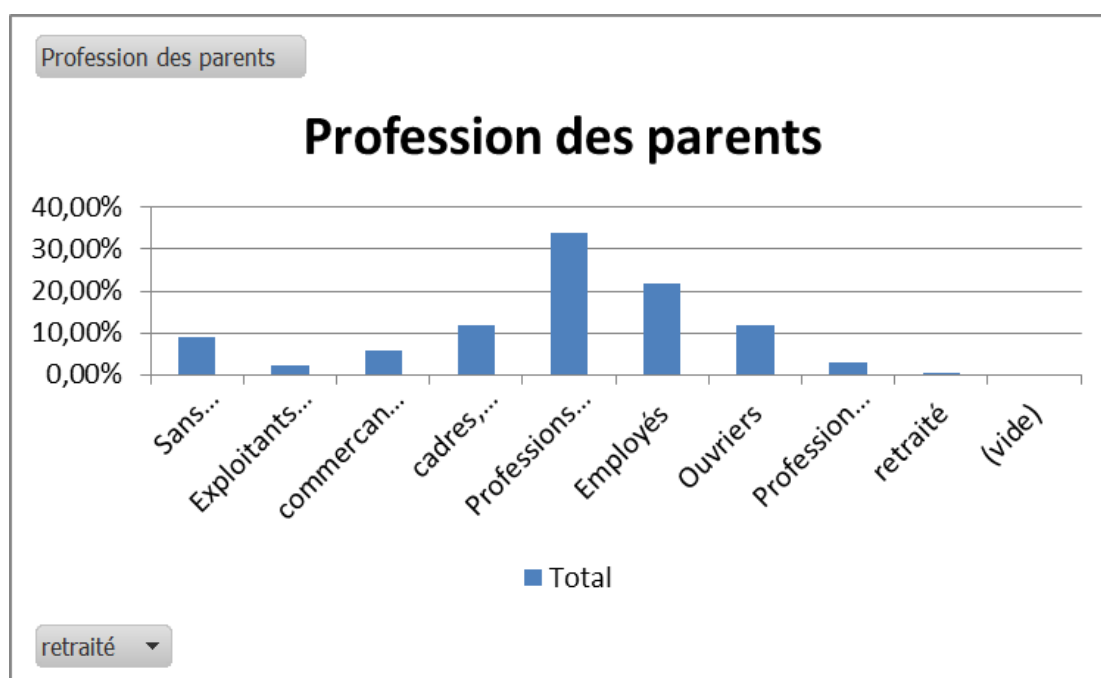


Figure 4 : Sexe du parent ayant répondu au questionnaire.



Profession des parents	
Sans profession	8,89%
Exploitants agricoles	2,22%
commerçants, artisans	5,78%
cadres, professions intellectuelles	12,00%
Professions intermédiaires	33,78%
Employés	21,78%
Ouvriers	12,00%
Profession inconnue	3,11%
retraité	0,44%
Total général	100,00%

Figure 5 : Profession du parent ayant répondu.

Les professions et catégories socio-professionnelles des parents les plus représentées selon la classification de l'INSEE étaient respectivement :

- Les professions intermédiaires (33.7%)
- Les employés (21.78%)
- Les cadres, professions intellectuelles supérieures(12%)
- Les ouvriers (12%)
- Les commerçants, artisans(5.78%)
- La profession n'était pas précisée par 3.1 % des participants à l'étude
- Les exploitants agricoles (2.2 %)
- Les retraités(0.4%)

5. Croyances Religieuses familiales.

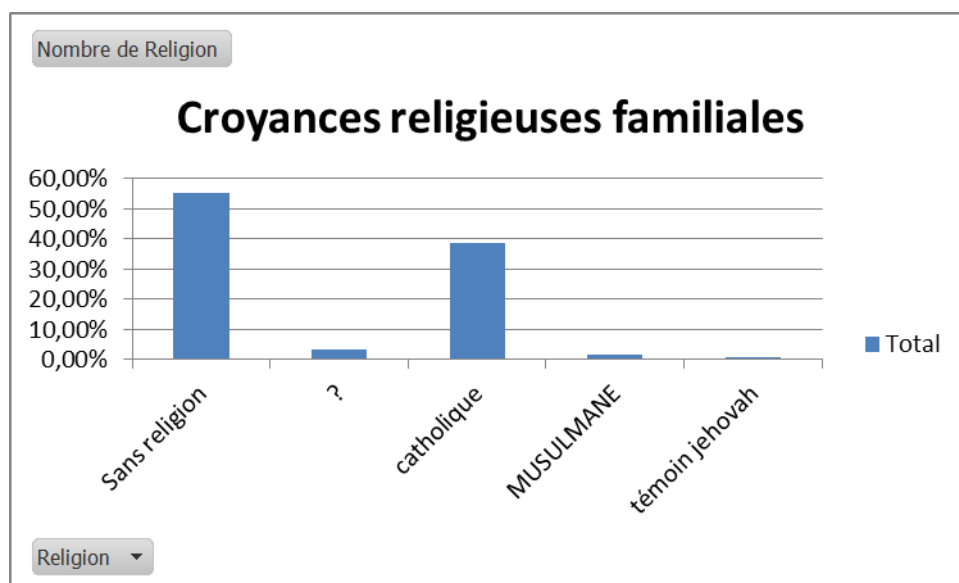


Figure 6 : Croyances religieuses familiales déclarées.

55% des parents ont déclaré être sans religion, 38.7 % ont dit être de confession catholique, 1.7 % de confession musulmane, 0.8 % témoins de Jéhovah et 3.5 % n'avaient pas spécifié leur statut.

6. Caractéristiques des fratries étudiées.

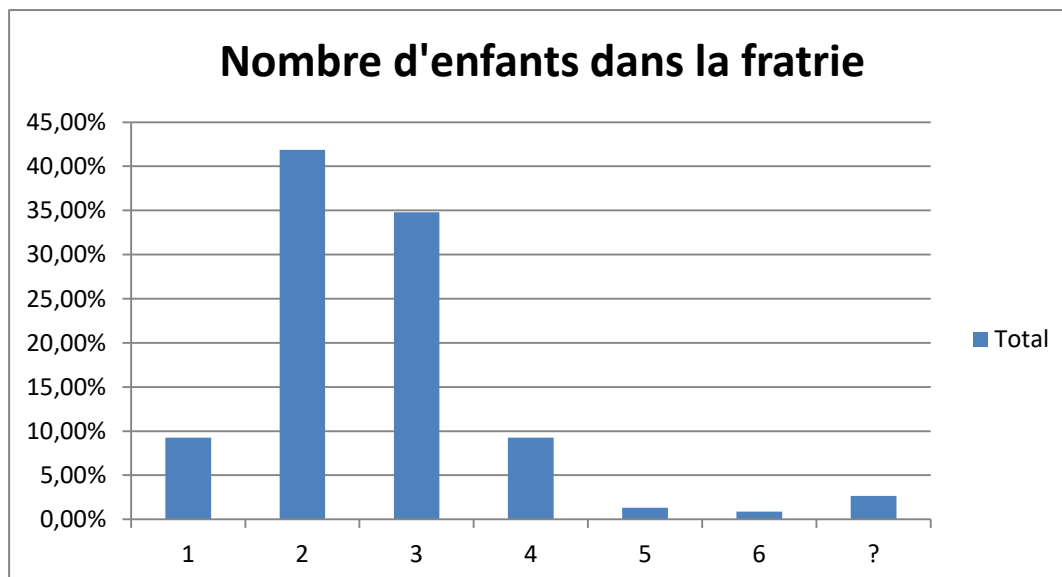


Figure 7 : Nombre d'enfants total dans la fratrie.

Dans 41.8% des cas, la fratrie était composée de 2 enfants au total, dans 34.8% de 3 enfants, et dans 9.2 % des cas de 1 seul enfant ou de 4 enfants.

Dans 53 % des cas, la fratrie ne comportait qu'une seule fille âgée entre 11 et 19 ans, dans 40% des cas elle en comportait 2, et dans seulement 5.3% des cas elle en comportait 3.

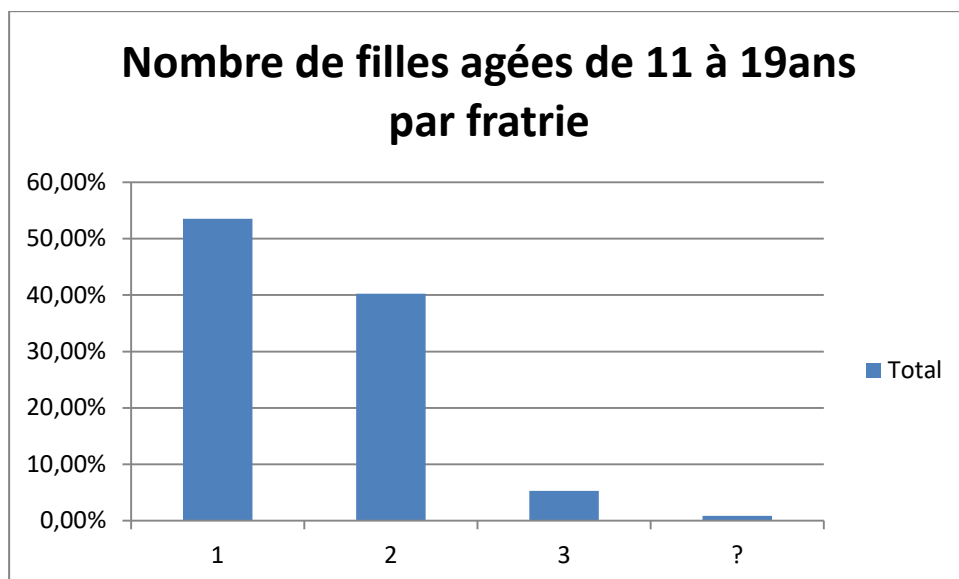


Figure 8 : Nombre de filles âgées de 11 à 19 ans par fratrie.

B.CARACTERISTIQUES DES JEUNES FILLES VACCINEES

1.Taux de jeunes filles vaccinées.

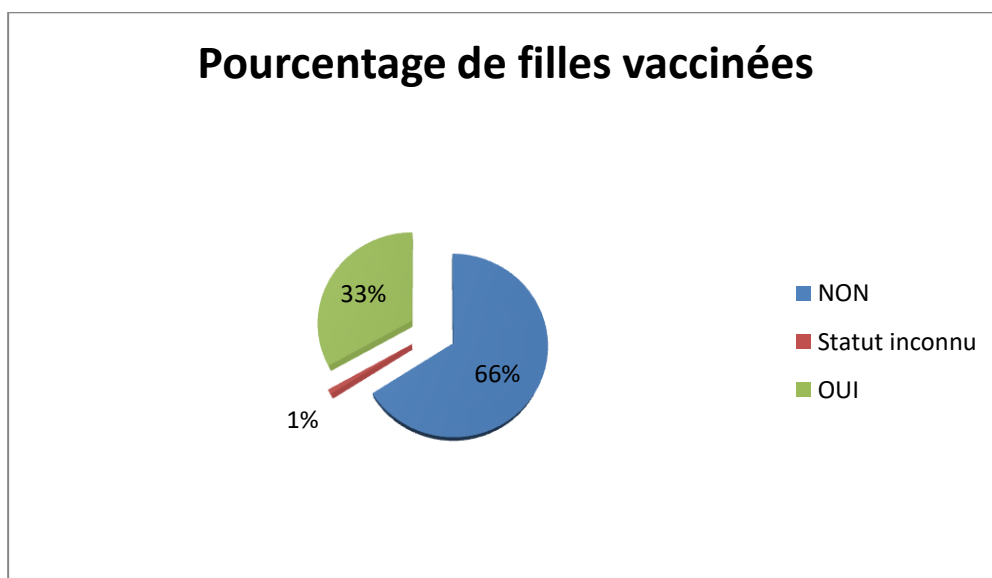


Figure 9 : Pourcentage de filles vaccinées dans l'échantillon.

Sur les 226 patientes incluses dans l'étude, 149 n'étaient pas vaccinées (66%), 75 étaient vaccinées(33%) et 2 avaient un statut vaccinal inconnu par les parents(1%).

Les jeunes filles étaient considérées comme non vaccinées si aucune injection vaccinale n'avait été reçue, et à contrario, elles étaient considérées comme vaccinées ou en cours de vaccination si la vaccination avait été débutée et au moins une injection vaccinale reçue.

2.Type de vaccin reçu

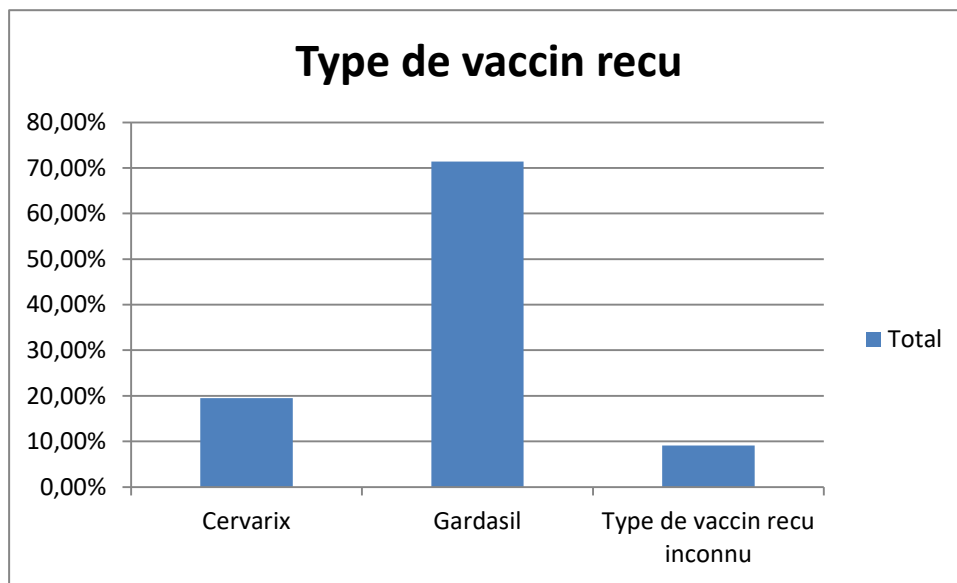


Figure 10 : Type de vaccins reçu.

Parmi les jeunes filles vaccinées :

- 71.5 % ont reçu le vaccin Gardasil®
- 19.4% ont reçu le vaccin Cervarix®
- Dans 9% des cas, le type de vaccin reçu était ignoré par les parents

3.Nombre d'injections reçues

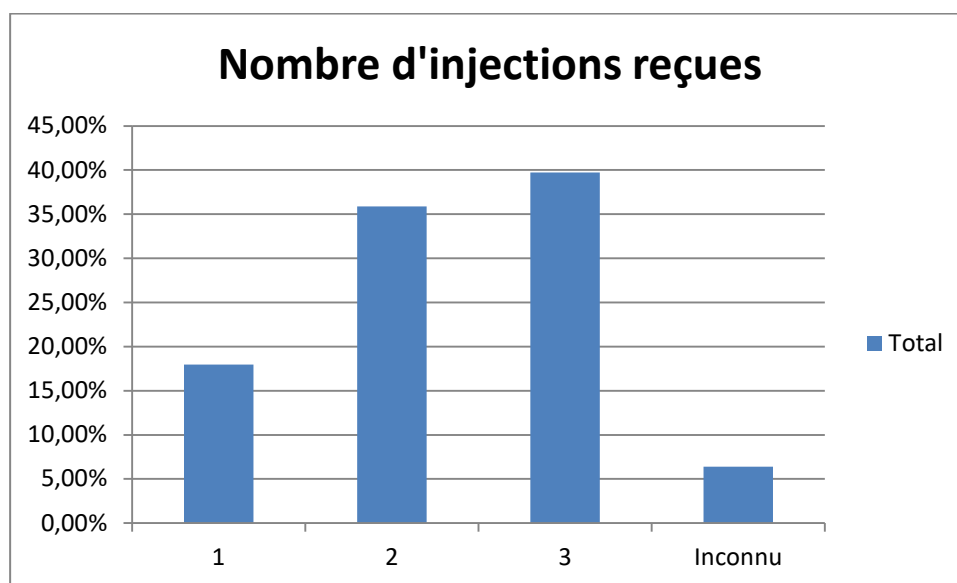


Figure 11 : Nombre d'injections vaccinales reçues.

Parmi les jeunes filles vaccinées :

- 18% ont reçu une seule injection
- 35.9% ont reçu 2 injections
- 40 % des jeunes filles ont reçu 3 injections.
- Dans 6.5% des cas le nombre d'injections reçu par leur(s) fille(s) était inconnu par les parents.

4. Intentions des parents concernant les jeunes filles dont la vaccination est débutée mais non terminée ?

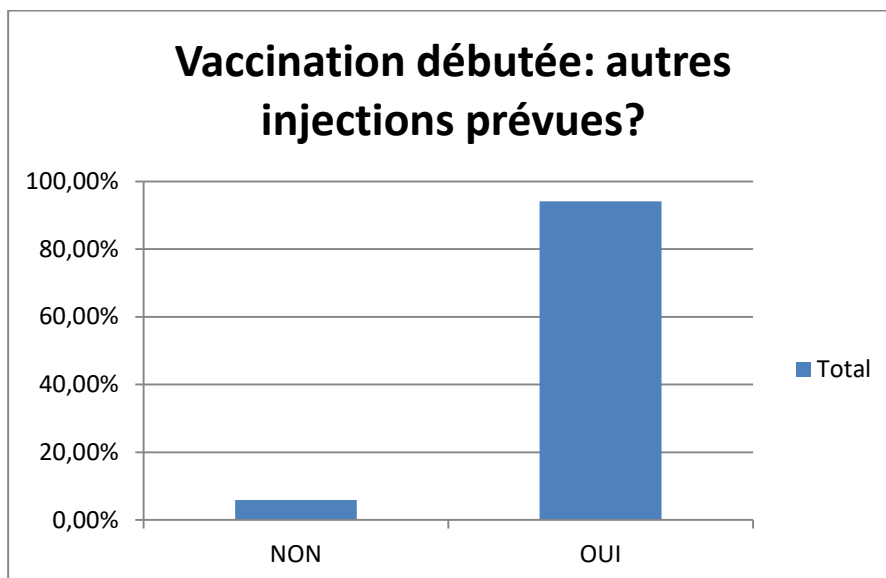
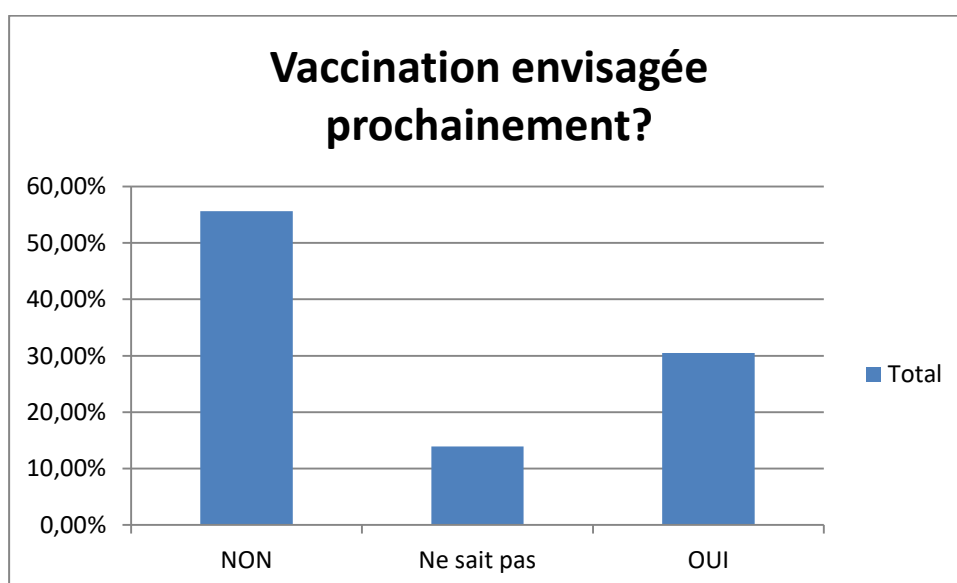


Figure 12 : Autres injections prévues si vaccination déjà débutée ?

94.1% des parents de jeunes filles dont la vaccination est débutée mais non terminée déclarent vouloir terminer le protocole de vaccination.

Seuls 5.9 % des parents ne souhaitent pas poursuivre la vaccination de leur(s) fille(s).

5.Intentions vaccinales des parents concernant les jeunes filles non vaccinées.



	Vaccination prochainement ? envisagée
NON	55,63%
Ne sait pas	13,91%
OUI	30,46%
Total général	100,00 %

Figure 13 : Intentions vaccinales concernant les jeunes filles non vaccinées.

Concernant les jeunes filles n'ayant reçu aucune injection vaccinale (66% des jeunes filles de notre étude)(149 patientes) :

- 55,6% des parents en question déclarent ne pas avoir l'intention de vacciner leur(s) fille(s) prochainement.
- 30.4% déclarent envisager de vacciner leur(s) fille(s) prochainement.
- 14% des parents ne savent pas si ils vaccineront leur fille prochainement ou non.

C.CAUSES DE REFUS DES VACCINS LES PLUS FREQUEMMENT INVOQUEES PAR LES PARENTS

Les causes de refus du vaccin les plus fréquemment invoquées par les parents de jeunes filles non vaccinées, et dont la vaccination n'était pas souhaitée dans le futur étaient :

1. **Le manque de recul sur le vaccin par 80% des parents refusant la vaccination**
2. **La peur des effets secondaires du vaccin invoquée par 79% des parents refusant la vaccination.**
3. **Le manque d'informations sur le vaccin par 39% des parents**
4. **Le manque de connaissances et d'informations sur l'infection à HPV était avancé par 31 % des parents réfractaires à la vaccination.**
5. **Le manque de confiance en la vaccination en général par 19% des parents réfractaires.**
6. **Le manque de confiance en notre système de santé chez 8.2% des parents.**
7. **La trop grande précocité du vaccin et sa connotation trop sexuelle chez 7% des parents**
8. **Le prix élevé du vaccin et la peur de la douleur liée à l'injection n'étaient cités que par 1.2% des parents respectivement.**

9. Le manque de confiance aux professionnels de santé, la religion, le fait que la vaccination n'étant pas obligatoire résulte du fait que l'infection à HPV n'est probablement pas très grave, n'ont été avancés par aucuns parents réfractaires à la vaccination.(0%)

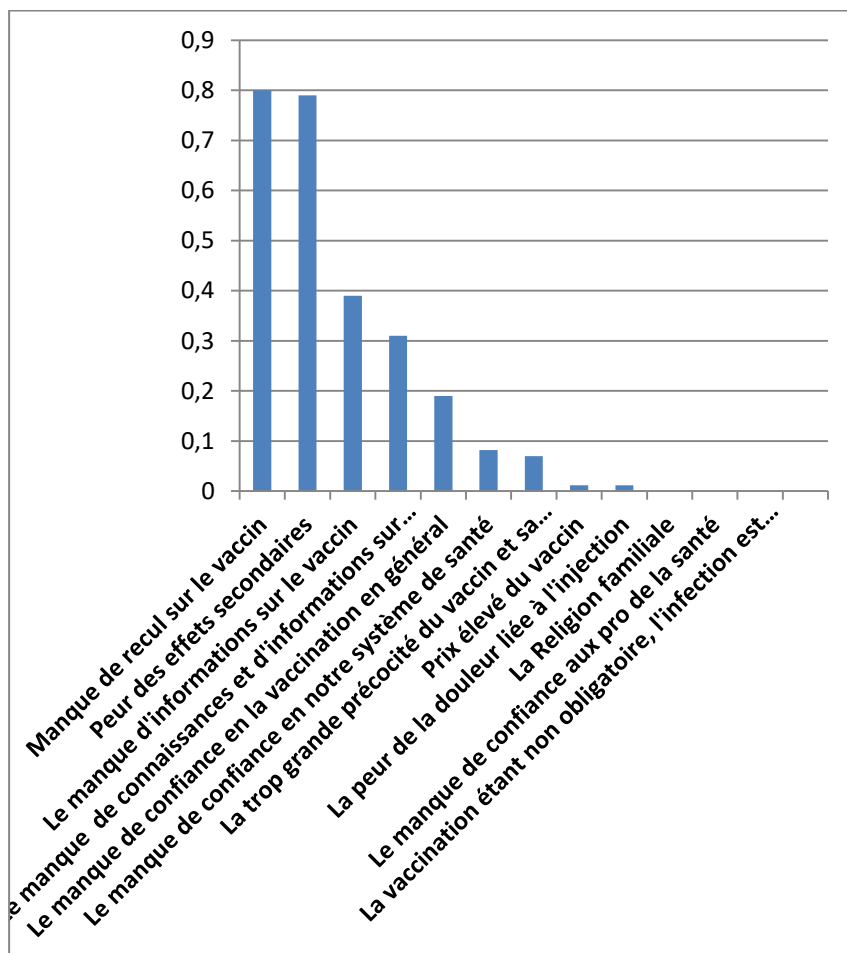


Figure 14 : Causes de refus les plus fréquemment invoquées.

D. ANALYSES COMPARATIVES.

Il n'existait pas de différence statistiquement significative entre les groupes de « jeunes filles vaccinées » et « non vaccinées » hormis l'âge des jeunes filles.

En effet, les jeunes filles étaient statistiquement plus jeunes dans le groupe « non vaccinées » par rapport au groupe « vaccinées » ($p=0.001$).

- La profession des parents
- La croyance religieuse ou non
- Le département de consultation (Vienne ou Charente-Maritime)
- La zone de consultation (milieu rural ou milieu urbain)
- Le nombre d'enfants total dans la fratrie
- Le nombre d'autres filles âgées de 11 à 19 ans dans la fratrie.

	Fille vaccinée	Fille non vaccinée	P value
Age de la fille (années)	15.42 ± 2.07	14.14 ± 2.25	P=0.001
Age des Parents (moyenne déviations standards)	44.59 ± 4.96	43.76 ± 5.34	P=0.83 (t test)

	Fille vaccinée	Non vaccinée	
Profession des parents			
-Sans profession	6 (8.4%)	14 (9.6%)	
-Exploitants agricoles	1 (1.37%)	4 (2.8%)	
-Artisans, commerçants	5 (6.8%)	8 (5.6%)	
-Cadres	9 (12.3%)	18 (12.6%)	
-Professions intermédiaires	26 (34.6%)	50 (33.5 %)	
-Employés	17 (22.6%)	32 (21.4%)	
-Ouvriers	11 (14.6%)	22 (14.7 %)	
-Retraités	0 (0 %)	1 (0.006%)	
Total	75 (100%)	149 (100%)	

	Fille vaccinée	Fille non vaccinée	P value
Religion familiale :			
-Athée	44 (58.6%)	82 (55%)	p=0.66
-Religion déclarée	31 (41.4%)	67 (45%)	(chi 2)
Total	75 (100%)	149 (100%)	
-Département 86	32 (42.7%)	68 (45.6%)	
-Département 17	43 (57.3%)	81 (54.4%)	p= 0.85
Total	75 (100%)	149 (100%)	(chi 2)
Milieu rural	34 (45.3%)	69 (46.3%)	p= 0.81 (chi 2)
Milieu urbain	41 (54.7%)	80 (53.7%)	
Nombre d'enfants dans la fratrie	2.56 ± 0.8	2.51 ± 0.96	p= 0.70 (t test)
Autre fille âgée de 11 à 19 ans :			
-OUI	35 (46.7%)	68 (45.7%)	p= 0.25 (chi2)
-NON	40 (53.3%)	81 (54.3%)	
Total	75 (100%)	149 (100%)	

Figure 15 : Analyses univariées.

IV.DISCUSSION

A.Sélection de la population étudiée.

Nous avons essayé d'être le plus exhaustif possible en voulant contacter tous les médecins généralistes exerçant dans la Vienne et en Charente-Maritime.

Cependant, devant le refus du CDOM et de L'URPSS de nous communiquer les coordonnées mails des médecins, nous n'avons pu contacter les médecins de ces 2 départements de manière totalement exhaustive.

Néanmoins à partir de listes informelles de médecins de la région détenues par le Dr Chabanne, nous avons toutefois sollicité 414 médecins dans la Vienne et 138 médecins exerçant en Charente- Maritime pour obtenir leur participation à notre étude, ce qui est relativement conséquent.

Il subsiste cependant le risque de **biais de sélection** : nous avons pu sélectionner des médecins ayant des caractéristiques particulières, plus motivés pour participer à des travaux de recherche, plus en lien avec le monde universitaire car en contact avec le Dr Chabanne.

Parmi les médecins ayant accepté de participer à notre étude, 5 exerçaient dans la Vienne et 15 en Charente Maritime, ce qui a pu créer un déséquilibre.

Mais au final, sur les 167 questionnaires récupérés et exploitables, 97 provenaient de Charente-Maritime et 70 de la Vienne, créant ainsi un faible déséquilibre lié au département.

Afin d'augmenter artificiellement le nombre de jeunes filles incluses dans l'étude, nous avons décidé de pouvoir inclure jusqu'à 3 filles âgées de 11 à 19 ans d'une même famille. Même si on peut considérer que les différentes filles d'une même famille sont indépendantes les unes des autres, et que notamment, l'avis des parents sur la vaccination a pu évoluer au cours du temps, on peut néanmoins penser que le fait d'inclure les jeunes filles d'une même famille a pu entraîner des biais dans l'étude.

B. Age des parents et catégories socio-professionnelles.

Notre échantillon était assez représentatif de la population générale en ce qui concerne les catégories socio-professionnelles :

Dans notre échantillons de parents ayant répondu à l'étude : il y avait 2.22% d'exploitants agricoles contre 1.4% dans la population générale, 5.8% d'artisans commerçants contre 5.9 % en population générale, 12% de cadres contre 15.7% dans la population générale, 33.8 % de professions intermédiaires contre 24.6% dans la population , 21.8% d'employés contre 28.6% dans la population générale, 12% d'ouvriers contre 22,5 % en population générale, 8.9% d'inactifs contre 9.9 % en population générale, 0.44% de retraités contre 26% en population générale.

Les retraités étaient bien entendu faiblement représentés par rapport à la population générale étant donné que la moyenne d'âge des parents était de 44.1 ans et qu'il s'agissait de parents de jeunes adolescentes. (14) .

La faible proportion de cadres par rapport à la population générale peut s'expliquer par un recrutement des sujets en grande majorité en milieu semi-rural ou rural.

Par ailleurs, le fait d'avoir recueilli uniquement la profession du parent ayant répondu à l'étude a entraîné une surreprésentation des femmes puisqu'elles représentaient 81.5 % des parents ayant répondu à notre étude. Le sexe féminin intervient donc potentiellement comme facteur de confusion concernant les catégories socio-professionnelles représentées dans notre étude.

Cet échantillon est donc globalement assez représentatif de la population générale, permettant une extrapolation seulement prudente des résultats.

C. Age des jeunes filles

La moyenne d'âge des jeunes filles de notre étude était de 14.6 ans. Les filles de 14 et 15 ans étaient les plus représentées dans notre étude, mais il existe probablement des biais du fait du nombre important de données manquantes concernant 22.7% (49 filles) des adolescentes de notre étude, pour lesquelles l'âge n'a pas été renseigné par leurs parents.

Par ailleurs, l'âge moyen des jeunes filles dans le groupe « non vaccinée » était plus faible que dans le groupe « vaccinée » et ce de manière statistiquement significatif (14.14 ans pour le groupe non vaccinée contre 15.42 ans pour le groupe vaccinée), ce qui peut laisser penser que la vaccination se fait peut être plus tardivement par rapport à la fin de l'âge recommandé pour vacciner les jeunes filles (19 ans révolus en l'occurrence).

Il existe donc la possibilité de renforcer la promotion de cette vaccination par le biais de campagnes incitatives avant que ne se termine la période vaccinale recommandée.

D. Suivi médical des adolescentes

Dans notre étude, 88% des adolescentes étaient suivies sur le plan médical uniquement par le médecin généraliste.

Dans seulement 7% des cas, les adolescentes étaient suivies par le gynécologue et le généraliste, et dans uniquement 1.77% des cas par le pédiatre et le généraliste.

Ces résultats peuvent notamment s'expliquer par le fait que la plupart des médecins ayant participé à notre étude exerçaient en milieu semi-rural et rural, favorisant ainsi peu l'accès aux consultations des spécialistes.

L'amélioration de la couverture vaccinale passera donc nécessairement par une amélioration de l'incitation à la vaccination réalisée par les médecins généralistes avec notamment une

meilleure information des parents sur l'intérêt du vaccin et la nature de la balance bénéfices-risques en faveur de la vaccination.

Les autres médecins spécialistes semblent largement moins concernés par cette amélioration de la couverture vaccinale, compte tenu d'une quasi absence de consultation des adolescentes chez les autres médecins que le généraliste à cet âge-là.

E. Taux de jeunes filles vaccinées.

Sur les 226 patientes incluses dans l'étude, 149 n'étaient pas vaccinées (66%), 75 étaient vaccinées ou en cours de vaccination(33%) et 2 avaient un statut vaccinal inconnu par les parents(1%).

Parmi les jeunes filles dont la vaccination était initiée dans notre étude, 40% avaient reçu 3 injections vaccinales, 36 % avaient eu 2 injections et 18% une seule injection.

Parmi les jeunes filles dont la vaccination était débutée mais non terminée, **94.1% des parents déclaraient vouloir terminer le protocole de vaccination**, seuls 5.9% rapportaient ne pas vouloir terminer la vaccination.

La quasi-totalité(94.1%) des 75 jeunes filles(70.5) considérées comme vaccinées aura donc au final le nombre d'injections requis pour l'âge selon les recommandations vaccinales si l'on en croit les déclarations des parents à ce sujet.

Les résultats retrouvés dans notre étude étaient globalement différents de ceux de la littérature Française et de l'échantillon généraliste des bénéficiaires :

-La couverture vaccinale pour au moins une dose dans notre étude était de 33% en 2016.

-La couverture vaccinale pour au moins une dose à 15 ans était de 36% dans notre étude

Cette couverture vaccinale pour au moins une dose à 15 ans est passée de 26% en 2011 à 18 % en 2013 et 20.4 % en 2015 selon les données de L'INVS basées sur L'EGB.(15) (11)

-13% (30\226) des adolescentes de notre étude avaient reçu 3 doses vaccinales et la vaccination pour 3 doses à l'âge de 16 ans était de 27% dans notre étude.

Cette couverture vaccinale pour trois doses à 16 ans, est passée de 27% en 2011 à 20% en 2013 et **13.7% au 31 décembre 2015** , confirmant un infléchissement majeur de la couverture vaccinale en France.(11) (15)

Les résultats de notre étude étaient donc meilleurs qu'en population générale mais sont à relativiser compte tenu des faibles effectifs de jeunes filles âgées de 15 et 16 ans (50 adolescentes au total).

Par ailleurs, le fait que certaines adolescentes aient été vaccinées avant 15 ans, fait qu'elles ont pu ne recevoir que 2 injections vaccinales, et qu'elles n'aient donc que 2 injections à 16 ans étant donné que nous n'avons pas recueilli l'âge auquel la vaccination s'est déroulée, ce qui a pu sous-estimer le fait qu'à 16 ans, elles ont reçu le nombre d'injections recommandées et donc constituer un biais.

Il existe le risque de **biais de mémorisation** concernant le statut vaccinal de chacune des adolescentes d'une même famille, le type de vaccin reçu, le nombre d'injections reçues : en effet il est possible et à fortiori si il y a plusieurs filles âgées de 11 à 19 ans dans la fratrie que les parents ne se souviennent pas forcément des éléments concernant chacune des filles.

-Au Royaume-Uni, la couverture vaccinale est de 80% grâce à la mise en place d'un programme organisé en milieu scolaire en 2008 pour les jeunes filles de 12 ans avec un rattrapage entre 13 et 17 ans. La prévalence des oncogènes HPV a baissé de 67% chez les jeunes filles de 16 à 18 ans. (16)

-Au Danemark, la vaccination est proposée chez les jeunes filles âgées de 12 ans depuis 2008. L'étude de Baandrup et al. confirme que la mise en place d'un programme national de vaccination a permis une diminution nette de l'incidence des condylomes chez les jeunes femmes, grâce à un taux de couverture vaccinale supérieur à 80%. (17) L'étude de Sando et al. suggère également l'existence d'une immunité de groupe. (18)

Une revue de la littérature réalisée aux Etats-Unis en 2014 a montré que **53% des jeunes filles américaines âgées de 13 à 17 ans** avaient reçu au moins une dose vaccinale et 34.8 % avaient complété le schéma de 3 doses.(19).

Les résultats de notre étude tout comme ceux de L'EGB confirment donc le retard Français par rapport à ses voisins européens et mondiaux, et la nécessité de revoir les politiques d'incitation concernant cette vaccination auprès des patientes et leurs parents comme auprès des médecins concernés par cette vaccination.

F. Intentions vaccinales des parents concernant les jeunes filles non vaccinées

Dans notre étude, 55.6 % des parents d'adolescentes non vaccinées déclaraient ne pas vouloir vacciner leur(s) fille(s) prochainement.

A contrario, 30.46 % des parents déclaraient vouloir vacciner leur fille(s) dans le futur, peut être car le vaccin ne leur a pas encore été proposé pour l'instant par leur médecin, qu'ils considèrent qu'ils ont le temps pour faire vacciner leur fille étant donné que les recommandations vaccinales prévoient une vaccination possible de 11 à 19 ans.

Si on se fie donc aux déclarations des parents, par extrapolation, nous pouvons considérer que au moins 45 filles (30.46% des non vaccinées) supplémentaires seraient peut être vaccinées

très prochainement ce qui engendrerait un taux de vaccination de 53%(120\226) au final sur notre échantillon ce qui est plutôt encourageant.

Mais il s'agit de données déclaratives de la part des parents qui doivent être confirmées par une potentielle nouvelle étude sur le sujet.

Quant aux parents indécis, c'est-à-dire 13.91% des parents de jeunes filles non vaccinées, ils sont un enjeu des futures campagnes visant à encourager la vaccination.

G. Causes de Refus des vaccins les plus fréquentes.

Notre objectif secondaire était d'évaluer les causes de refus des vaccins les plus fréquemment invoquées par les parents, sur la base de motifs de refus validés par l'étude qualitative réalisée par Aurore Doue en Poitou-Charentes en 2014.

12 causes de refus basées sur les résultats retrouvés dans l'étude qualitative étaient possibles : 2 causes sont ressorties nettement dans notre étude au niveau quantitatif, alors que 3 causes de refus citées au niveau qualitatif n'ont jamais été citées en quantitatif dans notre étude par les parents des jeunes filles.

Dans une étude réalisée en Italie et publiée par Giambi et al(20). en 2014, 23 critères de refus ont été soumis à 1738 parents qui refusaient la vaccination. Les critères de refus les plus fréquemment invoqués étaient par ordre décroissant :

- La peur des effets indésirables
- Le manque de confiance en un nouveau vaccin
- Les informations discordantes sur la vaccination HPV
- Le manque d'informations sur la vaccination HPV
- Un frottis régulier permet de prévenir le cancer du col
- Notre fille est jeune et non sexuellement active
- La vaccination anti-HPV n'est pas utile
- La vaccination anti-HPV n'est pas obligatoire
- Je n'ai pas confiance en la vaccination
- D'autres travailleurs du domaine de la santé déconseillent la vaccination anti-HPV
- Le médecin de famille déconseille la vaccination anti-HPV
- Les amis et proches déconseillent la vaccination anti-HPV
- Le manque de promotion de la vaccination anti-HPV
- La vaccination anti-HPV favorise les comportements sexuels à risque

- La peur de l'injection.
- L'infection HPV n'est pas grave
- Les contradictions sur la vaccination
- Les autres alternatives médicales sans vaccination
- La date limite était dépassée.
- Nous ne savions pas que le vaccin était gratuit
- Il est difficile d'obtenir un rendez-vous pour la vaccination
- Le service de vaccination est difficile à contacter
- Les préoccupations religieuses

Les critères de refus les plus importants quantitativement dans cette étude recourent largement les critères de notre étude testés qualitativement et quantitativement.

Dans une revue de la littérature réalisée en 2014 aux États-Unis et publiée dans le JAMA pediatrics, les principaux motifs de refus des vaccins invoqués par les parents étaient : le manque de connaissances, les effets adverses, la sûreté du vaccin, la nouveauté du vaccin, le fait que le vaccin puisse influencer le comportement sexuel des adolescentes, le jeune âge des jeunes filles, la religion, le manque d'informations et de recommandations de la part du médecin, le coût du vaccin. Au contraire, le fait que la mère ait eu affaire à des soucis de santé liés aux HPV, que le médecin fasse des recommandations en faveur de la vaccination HPV et les médias qui améliorent la connaissance sur le vaccin étaient des facteurs d'acceptabilité du vaccin.(19)

Ces critères de refus sont pour la plupart similaires aux critères testés quantitativement dans notre étude à partir de ceux retrouvés dans l'étude qualitative de 2014 réalisée par Aurore Doue.

1. Le manque de recul sur les vaccins et la peur des effets secondaires des vaccins.

Ce sont les deux principales causes de refus citées respectivement par **80 % et 79% des parents** refusant la vaccination dans notre étude.

Dans l'étude de Giambi et al réalisée en Italie en 2014 (20), les deux critères de refus les plus cités étaient la peur des effets secondaires par 80% des parents et le manque de confiance en un nouveau vaccin par 76% des parents. Nos résultats sont donc fortement concordants avec ceux de la littérature Européenne.

Or le Gardasil® et le Cervarix® possèdent l'AMM en Europe depuis 2006 et 2007 respectivement, soit un recul d'utilisation de plus de 10 ans.

Beaucoup de campagnes publicitaires ont installé le doute dans l'esprit des patients mais aussi de certains médecins sur les risques liés à cette vaccination et à la vaccination en général.

La plupart des données présentes sur internet sont défavorables à la vaccination en général et à celle ciblant le papillomavirus. Le net est en effet largement utilisé par les mouvements anti-vaccin puisqu'ils ont la possibilité de créer des cascades de liens vers d'autres sites qui contestent également le vaccin ou qui relatent les cas de jeunes filles qui auraient présenté des effets secondaires en post vaccination. (autisme, diabète, maladies auto-immunes)(21)

Selon une étude italienne de Poscia portant sur la qualité d'information sur le web concernant le vaccin anti-HPV, 67% des 144 pages analysées souvent en top position sont contre la vaccination. 12% des pages internet sont pour mais sont souvent moins visibles. (22)

Une étude pharmacoépidémiologique réalisée en septembre 2015 par l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) sur plus de 2 millions d'adolescentes de 13 à 16 ans n'a pas montré de sur-risque de survenue de maladie auto-immune chez celles ayant reçu une dose vaccinale par rapport à celles non vaccinées.(23)

Dès la mise sur le marché européen de Gardasil® et Cervarix® (en 2006 et 2007, respectivement), l'Agence européenne des médicaments (EMA) et l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) ont mis en place une surveillance renforcée de ces vaccins HPV au moyen, notamment, d'un plan de gestion des risques (PGR), de l'analyse des notifications spontanées d'effets indésirables et de la revue de la littérature.

Les effets indésirables majoritairement rapportés, à type de douleur au site d'injection, céphalées, vertiges, nausée ou fièvre présentent un caractère bénin et transitoire.

Parmi les cas graves, des réactions attendues telles que des syncopes vaso-vagales d'évolution favorable prédominent.(15)

2.Le manque d'informations sur le vaccin.

39% des parents refusant la vaccination de leur(s) fille(s) déplorent un manque d'informations sur la vaccination anti-papillomavirus.

Une étude qualitative réalisée à Marseille en décembre 2014, retrouvait également cette cause de refus comme importante dans le refus de vaccination déclaré par les parents.

Si les parents ressentent un manque d'information sur cette vaccination, c'est probablement que les médecins généralistes, qui assurent la très grande majorité du suivi des adolescentes à cet âge-là, donnent une information insuffisante aux parents concernant cette vaccination.

Il en va probablement de même en ce qui concerne les pouvoirs publics et les campagnes nationales d'information sur cette vaccination sont donc probablement insuffisantes.

En 2012, le HCSP recommandait que soient expliqués par le médecin avant toute vaccination la nécessité et les modalités du dépistage, le schéma de vaccination, l'absence préférable de grossesse au cours du mois suivant chaque injection, l'absence d'efficacité sur

la prévention d'environ 30 % des cancers, l'éventualité qu'un rappel devienne nécessaire et la remise d'un document écrit indiquant la date à laquelle devait être fait le premier dépistage.(24)

Il existe une source d'information claire et indépendante pour le grand public, sur le site national vaccination infoservice.fr.(25)

Mais cette source d'information est-elle accessible et compréhensible par le plus grand nombre ?

Tous les parents n'ont pas forcément les capacités pour se documenter eux même, et avec des sources de qualité qui plus est, ce qui renforce le rôle majeur que doivent jouer les médecins, quand on sait que la parole des pouvoirs publics est source de méfiance pour le plus grand nombre.

Dans ce cadre, à l'occasion du dépistage du cancer du col de l'utérus, l'Inca et le ministère en charge de la santé ont lancé en 2017 une campagne d'information centrée sur le dépistage de ce cancer visant à soutenir les généralistes. Dans cet objectif, un document d'information et une affichette destinés au grand public peuvent également être commandés gratuitement par les médecins. (26)

3.Les motifs non invoqués par les parents

La religion familiale, le manque de confiance aux professionnels de santé et le fait que la vaccination n'étant pas obligatoire signifie que l'infection à HPV n'est probablement pas très grave sont des motifs de refus du vaccin qui n'ont jamais été cités par les parents refusant la vaccination.

Dans notre étude, 55% des parents ont déclaré être sans religion (contre 32% dans la population générale d'après une étude du CSA en 2012), 39% de confession catholique(contre 56% dans l'étude CSA), 1.7 % de confession musulmane (contre 6% selon l'étude CSA 2012) , 0% de confession juive(contre 1% dans l'étude CSA 2012) et 0.8% témoins de Jéhovah (contre 3% autres dans l'étude CSA 2012).

Notre échantillon était donc globalement faiblement représentatif de la population générale en ce qui concerne les confessions religieuses familiales par rapport aux études réalisées en population générale.

En effet la proportion de « sans religion » représentait plus de la moitié des parents ayant répondu à l'étude, la religion catholique et musulmane faiblement représentées par rapport à la population générale, la religion juive totalement absente de notre échantillon.

Cependant cette faible représentativité par rapport à la population générale ne pouvait expliquer à elle seule le fait que ce critère de refus cité dans de nombreuses autres études (19) n'ait jamais été cité dans notre étude.

Parmi les hypothèses, on peut notamment citer le déclin de la pratique religieuse assidue en France, dont la moitié des fidèles assidus est représentée par les plus de 65 ans d'après l'étude CSA 2012, cette part de la population étant très peu présente dans notre étude.(27)

Mais dans l'étude quantitative réalisée en Italie en 2014 et publiée par Giambi et al., la religion était un critère de refus également très peu cité par les parents et seulement 1% des 1738 parents refusant la vaccination citaient la religion comme cause de refus.(20). Ceci va donc dans le sens des résultats de notre étude, sur un effectif beaucoup plus important.

En ce qui concerne le manque de confiance aux professionnels de santé, le fait que ce critère de refus n'ait jamais été cité par les parents peut être expliqué par le biais de désirabilité sociale et le fait de ne pas vouloir « vexer » le professionnel de santé si celui-ci récupérait les questionnaires bien qu'anonymes. Mais cette hypothèse ne semble pas valable dans le cas où c'est la secrétaire qui récupérait les questionnaires.

H. Analyses comparatives

La comparaison des groupes « vaccinées » et « non vaccinées » a montré une différence statistiquement significative uniquement pour l'âge des jeunes filles, les filles du groupe « non vaccinées » étant statistiquement plus jeunes que celles du groupe « vaccinées ».($p=0.001$)

Il est donc possible que la vaccination se fasse à un âge plus tardif étant donné qu'elle est possible jusqu'à l'âge de 19 ans, ce qui expliquerait la différence d'âge entre les groupes « vaccinées » et « non vaccinées ».

Dans notre étude, et bien que cela ne fasse pas partie des objectifs de l'étude, l'âge des parents, la profession des parents, le département de consultation, le milieu urbain ou rural, la religion déclarée, le nombre d'enfants total dans la fratrie, le nombre d'autres filles âgées de 11 à 19 ans ne semblaient pas être des facteurs influençant la vaccination des jeunes filles.

Ceci mériterait cependant d'être confirmé par une étude spécifique ayant pour objectifs de déterminer les facteurs influençant la vaccination des jeunes filles.

I. Les Perspectives.

Il paraît essentiel au vu des résultats de cette étude de renforcer l'information et la mobilisation des médecins généralistes concernant l'intérêt et la nécessité d'améliorer la vaccination anti-HPV.

La mise en place d'une vaccination en milieu scolaire pourrait permettre d'obtenir une couverture vaccinale élevée comme au Royaume Uni ou en Australie(proche de 80%) et moins liée au statut social des parents.(15)

La vaccination anti-HPV pourrait être rendue obligatoire prochainement après la mise en place des 11 vaccins obligatoires par le gouvernement Français en 2018.(28)

L'abaissement de 11 ans à 9 ans de l'âge de la vaccination pourrait être recommandé si cette mesure était susceptible de favoriser la mise en place d'un programme de vaccination scolaire. Ce type de modalité est appliqué avec succès au Québec. (29)

La mise en place et la généralisation rapide du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus sur le territoire national comme le recommande le HCSP.(29)

Les infections à HPV oncogènes sont également des facteurs de risque d'autres cancers génitaux (vulve, vagin et anus) et de cancers ORL (oropharynx : amygdale et base de la langue). L'infection à HPV de haut risque constitue un nouveau facteur de risque identifié récemment pour les cancers du pharynx. Il est probable que la modification des pratiques sexuelles explique la recrudescence actuelle des cancers du pharynx liés à l'HPV. La vaccination des jeunes filles contre les HPV oncogènes pourrait être étendue aux garçons pour la prévention des cancers du pharynx chez les filles et les garçons. Des études cliniques sont en cours pour justifier une telle recommandation.(30)

L'introduction d'une vaccination chez les garçons comme cela est déjà pratiqué dans plusieurs pays (Australie, Etats-Unis, Canada et Autriche...) pourrait favoriser l'acquisition d'une immunité de groupe et ainsi permettre de faire diminuer l'incidence des infections HPV et la survenue de lésions cancéreuses secondaires à ces infections.(29)

V.CONCLUSION

Cette étude avait pour objectif principal d'estimer la couverture vaccinale contre les HPV chez les jeunes filles âgées de 11 à 19 ans dans les départements de la Vienne et de la Charente-Maritime et pour objectifs secondaires d'évaluer les causes de refus les plus fréquentes des vaccins invoquées par les parents de jeunes filles éligibles.

Sur les 226 patientes incluses dans notre étude, seules 75(**33%**) étaient vaccinées, 149 n'étaient pas vaccinées (**66%**) et 2(**1%**) avaient un statut vaccinal inconnu.

Les principaux motifs de refus des vaccins invoqués par les parents de jeunes filles éligibles à la vaccination étaient : ***le manque de recul du vaccin(80 %*** des parents refusant la vaccination), ***la peur des effets secondaires du vaccin (79%*** des parents réfractaires), ***le manque d'information sur le vaccin(39%*** des parents réfractaires), ***le manque de connaissances et d'informations sur l'infection HPV(30%*** des réfractaires), ***le manque de confiance en la vaccination en général (19%*** des réfractaires), ***le manque de confiance en notre système de santé (8.2%)***, ***la trop grande précocité du vaccin et sa connotation trop sexuelle(7%)***, ***le prix élevé du vaccin et la peur de la douleur liée à l'injection(1.2%)***.

Dans notre étude, ***le manque de confiance aux professionnels de santé, la religion, et le fait que le vaccin n'est pas obligatoire résulte probablement d'une infection à HPV pas très grave*** n'ont jamais été cités par les parents réfractaires.

Une meilleure information de la population sur le vaccin, ses effets secondaires réels, sur l'infection HPV, par les médecins généralistes et les pouvoirs publics paraît indispensable pour améliorer la couverture vaccinale.

L'amélioration du dépistage des lésions précancéreuses du col de l'utérus et l'amélioration de la couverture vaccinale permettront de diminuer la morbi-mortalité liée au cancer du col de l'utérus.

La relation de confiance que le médecin généraliste entretient avec sa patientèle lui permet de jouer un rôle fondamental dans la prévention primaire et secondaire du cancer du col de l'utérus

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. HAS . juin 2013. dépistage et prévention du cancer du col de l'utérus. [Internet]. [cité 15 avr 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-08/referentieleps_format2clic_kc_col_uterus_2013-30-08__vf_mel.pdf
2. GROUPE DE TRAVAIL SUR LA VACCINATION CONTRE LES PAPILLOMAVIRUS COMITE TECHNIQUE DES VACCINATIONS CONSEIL SUPERIEUR D'HYGIENE PUBLIQUE DE FRANCE 2007 [Internet]. [cité 17 oct 2016]. Disponible sur: http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=r_mt_032307_papillomavirus.pdf
3. Avis du comité technique des vaccinations et du conseil supérieur d'hygiène publique de France section des maladies transmissibles relatif à la vaccination [Internet]. [cité 18 oct 2016]. Disponible sur: http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=a_mt_090307_papillomavirus.pdf
4. haut conseil de la santé publique: avis relatif au vaccin gardasil et à la stratégie de prévention globale des cancers du col de l'utérus octobre 2011 [Internet]. [cité 18 oct 2016]. Disponible sur: http://www.hcsp.fr/explore.cgi/hcspa20111021_gardasil.pdf
5. Guide des vaccinations 2012 - Vaccination contre les infections à papillomavirus humains - GuideVaccinations2012_Vaccination_contre_les_infections_papillomavirus_humains.pdf [Internet]. [cité 18 oct 2016]. Disponible sur: http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/vaccination/guide-vaccination-2012/pdf/GuideVaccinations2012_Vaccination_contre_les_infections_papillomavirus_humains.pdf
6. agence européenne du médicament: évaluation du Gardasil 2010. résumé du rapport européen d'évaluation (EPAR) [Internet]. [cité 19 oct 2016]. Disponible sur: http://www.ema.europa.eu/docs/fr_FR/document_library/EPAR_-_Summary_for_the_public/human/000703/WC500021146.pdf
7. haut conseil de la santé publique: avis relatif à la révision de l'âge de vaccination contre les infections HPV des jeunes filles 28 septembre 2012 [Internet]. [cité 20 oct 2016]. Disponible sur: http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspa20120928_agevaccpapilljeunesfilles.pdf
8. HCSP avis relatif à la vaccination contre les HPV des jeunes filles de 14 à 23 ans. décembre 2010 [Internet]. [cité 20 oct 2016]. Disponible sur: http://www.hcsp.fr/explore.cgi/hcspa20101217_ppmvjf1423.pdf
9. haut conseil de la santé publique: avis relatif à l'utilisation du vaccin cervarix 20 février 2014 [Internet]. [cité 21 oct 2016]. Disponible sur: http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspa20140220_schemavaccinaIHPVcervarix.pdf

10. HCSP: avis relatif à l'utilisation du vaccin contre les infections à HPV gardasil 28 mars 2014 [Internet]. [cité 24 oct 2016]. Disponible sur:
http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspa20140328_infecthpvnouv_schemavacgardasil.pdf
11. Papillomavirus humains / Données / Couverture vaccinale / Maladies à prévention vaccinale / Maladies infectieuses / Dossiers thématiques / 31 décembre 2015. [Internet]. [cité 24 oct 2016]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Couverture-vaccinale/Donnees/Papillomavirus-humains>
12. HCSP. Recommandations vaccinales contre les infections à papillomavirus humains chez les hommes [Internet]. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2016 févr [cité 24 oct 2016]. Disponible sur: <http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=552>
13. Doué A, Grandcolin S. Les freins à la vaccination contre les infections aux papillomavirus humains exprimés par des habitants poitevins et charentais: étude qualitative réalisée à Poitiers et Angoulême du 18 octobre 2013 au 1er février 2014. France; 2014. 81 p.
14. Population active (15 à 64 ans) selon la catégorie socioprofessionnelle en 2013 | Insee [Internet]. [cité 30 mars 2017]. Disponible sur:
https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012721#tableau-TCRD_014_tab1_regions2016
15. HCSP 2014. Vaccination contre les infections à papillomavirus humains. Données actualisées - hcsp 2014 donneesactualisees.pdf couvertures vaccinales [Internet]. [cité 4 avr 2017]. Disponible sur:
file:///C:/Users/Clement/AppData/Local/Microsoft/Windows/INetCache/IE/BZV12G26/hcspr20140710_vachpvdonneesactualisees.pdf
16. Mesher D, Soldan K, Howell-Jones R, Panwar K, Manyenga P, Jit M, et al. Reduction in HPV 16/18 prevalence in sexually active young women following the introduction of HPV immunisation in England. *Vaccine*. 17 déc 2013;32(1):26-32.
17. Baandrup L, Blomberg M, Dehlendorff C, Sand C, Andersen KK, Kjaer SK. Significant Decrease in the Incidence of Genital Warts in Young Danish Women After Implementation of a National Human Papillomavirus Vaccination Program: *Sex Transm Dis*. janv 2013;1.
18. danemark [Internet]. [cité 20 avr 2017]. Disponible sur:
https://www.medicaljournals.se/acta/content_files/download.php?doi=10.2340/00015555-1721
19. Holman DM, Benard V, Roland KB, Watson M, Liddon N, Stokley S. Barriers to Human Papillomavirus Vaccination Among US Adolescents. *JAMA Pediatr*. janv 2014;168(1):76-82.
20. Giambi C, D'Ancona F, Del Manso M, De Mei B, Giovannelli I, Cattaneo C, et al. Exploring reasons for non-vaccination against human papillomavirus in Italy. *BMC Infect Dis* [Internet]. 11 nov 2014 [cité 3 mai 2017];14. Disponible sur:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4233085/>
21. Zimmerman RK, Wolfe RM, Fox DE, Fox JR, Nowalk MP, Troy JA, et al. Vaccine Criticism on the World Wide Web. *J Med Internet Res* [Internet]. 29 juin 2005 [cité 24 avr 2017];7(2). Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1550643/>

22. Poscia A, Santoro A, Collamati A, Giannetti G, de Belvis AG, Ricciardi W, et al. [Availability and quality of vaccines information on the Web: a systematic review and implication in Public Health]. *Ann Ig Med Prev E Comunita.* avr 2012;24(2):113-21.
23. rapport ANSM risque maladies AUTO IMMUNES septembre 2015 [Internet]. [cité 15 avr 2016]. Disponible sur:
http://ansm.sante.fr/content/download/80841/1023043/version/1/file/Ansm_Gardasil-Hpv2_Rapport_Septembre-2015.pdf
24. Guide des vaccinations 2012 - Vaccination contre les infections à papillomavirus humains -
 GuideVaccinations2012_Vaccination_contre_les_infections_papillomavirus_humains.pdf [Internet]. [cité 10 avr 2017]. Disponible sur:
http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/vaccination/guide-vaccination-2012/pdf/GuideVaccinations2012_Vaccination_contre_les_infections_papillomavirus_humains.pdf
25. infections à Papillomavirus humains (HPV) | Vaccination Info Service [Internet]. [cité 10 avr 2017]. Disponible sur: http://vaccination-info-service.fr/Les-maladies-et-leurs-vaccins/infections-a-Papillomavirus-humains-HPV?gclid=CMLS_qGMmtMCFcLGGwodMpcLUg
26. Institut National Du Cancer - Accueil [Internet]. [cité 12 avr 2017]. Disponible sur:
<http://www.e-cancer.fr/>
27. note-d-analyse-la-catholicisme-en-france-csa.pdf [Internet]. [cité 17 janv 2018]. Disponible sur: <http://www.jeunes-vocations.catholique.fr/download/1-19178-0/note-d-analyse-la-catholicisme-en-france-csa.pdf>
28. Lefèvre H, Moro MR, Lachal J. The New HPV Vaccination Policy in France. *N Engl J Med.* 22 mars 2018;378(12):1160-1160.
29. Vaccination contre les infections à papillomavirus humains. Données actualisées - Telecharger.pdf [Internet]. [cité 25 sept 2017]. Disponible sur:
<file:///C:/Users/Clement/AppData/Roaming/Mozilla/Firefox/Profiles/6y53txmh.default/zotero/storage/X7DNUXRP/Telecharger.pdf>
30. Hirth JM, Chang M, Resto VA, HPV Study Group. Prevalence of oral human papillomavirus by vaccination status among young adults (18-30years old). *Vaccine.* 14 juin 2017;35(27):3446-51.
31. INsee catégories socio-professionnelles [Internet]. [cité 9 mars 2017]. Disponible sur:
<http://www.univ-paris-diderot.fr/DocumentsFCK/inscriptions/File/CSP.pdf>

Questionnaire de thèse destiné aux parents de jeunes filles âgées de 11 à 19 ans

Bonjour, je m'appelle Clément Levy, je suis médecin généraliste remplaçant et je réalise ma thèse sur la vaccination contre les papillomavirus humains(HPV) responsables de cancers du col de l'utérus.

L'objectif de mon étude est d'analyser le pourcentage de jeunes filles âgées de 11 à 19 ans vaccinées et non vaccinées contre ces papillomavirus, et de comprendre les raisons de refus du vaccin ou l'absence de vaccination à propos de ce vaccin recommandé en France et figurant sur le calendrier vaccinal Français.

Si vous avez plusieurs filles actuellement âgées de 11 à 19 ans, merci de remplir les données pour chacune d'elles(fille 1, 2 et 3).

Ce questionnaire est bien entendu anonyme.

Merci pour votre participation et votre aide à la réalisation de ma thèse.

A. Renseignements personnels concernant les parents

1.Quel âge avez-vous ?

2.Quel est votre sexe ?

3.Quelle est votre profession ?

4.Ou Habitez-vous(ville et code postal) :

5. Quelle est votre religion ?

6.Combien d'enfants avez-vous au total ?

7.Combien de filles âgées de 11 à 19 ans avez-vous ?

8.Quel(s)médecin(s) s'occupe(nt) du suivi médical de votre(vos) fille(s) :cochez une ou plusieurs cases

Pédiatre ☐ médecin généraliste ☐ Gynécologue☐

B. A propos de votre(ou vos) fille(s) âgées entre 11 et 19ans

	Fille 1 Age ?	Fille 2 Age ?	Fille 3 Age ?
Est- elle vaccinée contre les papillomavirus ?	OUI ☐ NON ☐ ☐ Ne sait pas	☐ OUI ☐ NON ☐ Ne sait pas	☐ OUI ☐ NON ☐ Ne sait pas
Nombre d'injections reçues ?	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ Ne sait pas	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ Ne sait pas	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ Ne sait pas
Si fille(s) non vaccinée(s), la vaccination est –elle envisagée prochainement ?	☐ OUI ☐ NON ☐ Ne sait pas	☐ OUI ☐ NON ☐ Ne sait pas	☐ OUI ☐ NON ☐ Ne sait pas
Nom du vaccin reçu : Gardasil® ou Cervarix® ?	☐ Gardasil ☐ Cervarix ☐ Ne sait pas	☐ Gardasil ☐ Cervarix ☐ Ne sait pas	☐ Gardasil ☐ Cervarix ☐ Ne sait pas
Si la vaccination est débutée mais non terminée, les autres injections sont-elles envisagées ?	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON
Si la vaccination est non souhaitée cochez la case pour chaque fille, puis cochez <u>quelles</u> <u>sont</u> les causes de <u>votre</u> refus ci-dessous_:	☐ vaccination nonsouhaitée	☐ vaccination non souhaitée	☐ vaccination non souhaitée
1. Le prix élevé du vaccin	☐	☐	☐
2. La peur de la douleur liée à l'injection	☐	☐	☐

3. La peur des effets secondaires du vaccin	☐	☐	☐
4. Le manque d'information sur le vaccin	☐	☐	☐
5. Le manque de recul sur le vaccin	☐	☐	☐
6. Ce vaccin me paraît trop précoce et a une connotation trop sexuelle	☐	☐	☐
7. Le manque de connaissances et d'information sur l'infection à papillomavirus	☐	☐	☐
8. La religion familiale est contre les vaccins	☐	☐	☐
9. Ce vaccin n'est pas obligatoire, l'infection à papillomavirus n'est donc probablement pas très grave	☐	☐	☐
10. Je n'ai pas confiance en la vaccination en Général	☐	☐	☐
11. Je n'ai pas confiance en notre système de santé	☐	☐	☐
12. Je ne fais pas confiance aux professionnels de santé.	☐	☐	☐

Rappel sur les professions et Catégories Socio-Professionnelles(31)

1 - AGRICULTURE

10 - Agriculteur exploitant

2 - ARTISANS, COMMERÇANTS ET CHEFS D'ENTREPRISE

21 - Artisan

22 - Commerçant et assimilé

23 - Chef d'entreprise de 10 salariés ou plus

3 - CADRES, PROFESSIONS INTELLECTUELLES SUPERIEURES

31 - Profession libérale

33 - Cadre de la fonction publique, officier et élève officier des armées

34 - Professeur et profession scientifique
Médecins hospitaliers et internes des hôpitaux

35 - Profession de l'information, des arts et du spectacle

37 - Cadre administratif et commercial d'entreprise

38 - Ingénieur et cadre technique d'entreprise

4 - PROFESSIONS INTERMEDIAIRES

42 - Instituteur et assimilé, conseiller d'éducation, maître auxiliaire, maître d'internat, surveillant d'externat

43 - Professions intermédiaires de la santé et du travail social

44 - Clergé, religieux

45 - Professions intermédiaires administratives de la fonction publique

46 - Professions intermédiaires administratives et commerciales d'entreprise

47 - Technicien

48 - Contremaître, agent de maîtrise

5 - EMPLOYES

52 - Employé civil, agent de service de la fonction publique, aide éducateur

53 - Policier, militaire

54 - Employé administratif d'entreprise

55 - Employé de commerce

56 - Personnel des services directs aux particuliers

6 - OUVRIERS

61 - Ouvrier qualifié

66 - Ouvrier non qualifié

69 - Ouvrier agricole

7 - RETRAITES

- 71 - Ancien agriculteur exploitant
- 72 - Ancien artisan, commerçant ou chef d'entreprise
- 73 - Ancien cadre et professions intermédiaires
- 76 - Ancien employé et ouvrier

8 - AUTRES INACTIFS

- 81 - Chômeur n'ayant jamais travaillé
- 82 - Autre personne sans activité professionnelle

VIII. RESUME

INTRODUCTION

Le cancer du col de l'utérus est le dixième cancer chez la femme en termes de fréquence et le quinzième cancer en termes de mortalité. Malgré un vaccin efficace contre les HPV oncogènes, intégré au calendrier vaccinal depuis 2008, la vaccination anti-HPV des jeunes filles en France reste faible et en constant infléchissement. L'objectif principal de cette étude était d'estimer la couverture vaccinale des jeunes filles en Charente-Maritime et dans la Vienne ; Les objectifs secondaires consistaient à déterminer les causes de refus les plus fréquentes des vaccins par les parents.

MATERIEL ET METHODES

Il s'agit d'une étude épidémiologique quantitative, descriptive et analytique, multicentrique par questionnaires menée dans des cabinets de médecine générale de Charente-Maritime et de la Vienne. Les parents ayant une ou plusieurs filles âgées de 11 à 19 ans et consultant dans un cabinet de la Vienne ou de Charente-Maritime étaient éligibles à l'étude.

RESULTATS

Quinze médecins ont effectivement participé à l'étude permettant l'exploitation de 167 questionnaires : 70(42%) provenant de la Vienne et 97 (58%) de Charente Maritime. Au total 226 patientes âgées de 11 à 19 ans ont ainsi pu être incluses dans l'étude et analysées. Sur les 226 patientes incluses, 149(66%) n'étaient pas vaccinées, seules 75(33%) patientes étant vaccinées ou en cours de vaccination. Les principaux motifs de refus des vaccins invoqués par les parents étaient notamment : le manque de recul sur le vaccin(80 % des parents refusant la vaccination), la peur des effets secondaires du vaccin (79% des refusants) et le manque d'informations sur le vaccin (39% des refusants), le manque de connaissances et d'information sur l'infection HPV(31% des refusants).

CONCLUSION

Cette étude confirme la faible couverture vaccinale anti-HPV actuellement en France, plus de 10 ans après l'AMM des vaccins par rapport aux autres Pays Européens. Une meilleure information de la population sur le vaccin, ses effets secondaires réels, sur l'infection HPV, par les médecins généralistes et les pouvoirs publics paraît indispensable pour améliorer la couverture vaccinale en France.

Mots clés : Vaccination ; Papillomavirus humain ; Couverture Vaccinale ; Causes de refus

IX. ABREVIATIONS

AMM : Autorisation de mise sur le marché

CDOM : Conseil départemental de l'ordre des médecins

ECDC : Centre européen de prévention et de contrôle des maladies

EGB : Echantillon généraliste des bénéficiaires

HCSP : Haut conseil de la santé publique

HPV : Papillomavirus humain

URPS : Union régionale des professionnels de santé



Faculté de Médecine et de Pharmacie

SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !



RESUME

INTRODUCTION

Le cancer du col de l'utérus est le dixième cancer chez la femme en termes de fréquence et le quinzième cancer en termes de mortalité. Malgré un vaccin efficace contre les HPV oncogènes, intégré au calendrier vaccinal depuis 2008, la vaccination anti-HPV des jeunes filles en France reste faible et en constant infléchissement. L'objectif principal de cette étude était d'estimer la couverture vaccinale des jeunes filles en Charente-Maritime et dans la Vienne ; Les objectifs secondaires consistaient à déterminer les causes de refus les plus fréquentes des vaccins par les parents.

MATERIEL ET METHODES

Il s'agit d'une étude épidémiologique quantitative, descriptive et analytique, multicentrique par questionnaires menée dans des cabinets de médecine générale de Charente-Maritime et de la Vienne. Les parents ayant une ou plusieurs filles âgées de 11 à 19 ans et consultant dans un cabinet de la Vienne ou de Charente-Maritime étaient éligibles à l'étude.

RESULTATS

Quinze médecins ont effectivement participé à l'étude permettant l'exploitation de 167 questionnaires : 70(42%) provenant de la Vienne et 97 (58%) de Charente Maritime. Au total 226 patientes âgées de 11 à 19 ans ont ainsi pu être incluses dans l'étude et analysées. Sur les 226 patientes incluses, 149(66%) n'étaient pas vaccinées, seules 75(33%) patientes étant vaccinées ou en cours de vaccination. Les principaux motifs de refus des vaccins invoqués par les parents étaient notamment : le manque de recul sur le vaccin(80 % des parents refusant la vaccination), la peur des effets secondaires du vaccin (79% des refusants) le manque d'informations sur le vaccin (39% des refusants) et le manque de connaissances et d'information sur l'infection HPV(31% des refusants).

CONCLUSION

Cette étude confirme la faible couverture vaccinale anti-HPV actuellement en France, plus de 10 ans après l'AMM des vaccins par rapport aux autres Pays Européens. Une meilleure information de la population sur le vaccin, ses effets secondaires réels, sur l'infection HPV, par les médecins généralistes et les pouvoirs publics paraît indispensable pour améliorer la couverture vaccinale en France.

Mots clés : Vaccination ; Papillomavirus humain ; Couverture Vaccinale ; Causes de refus

