



Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2021

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(Décret du 25 novembre 2016)

Présentée et soutenue publiquement
Le 1^{er} Juillet 2021 à Poitiers
Par **Madame Charlotte BERGEON**
Née le 06/05/1992

Pratiques et opinions de médecins généralistes du Poitou-Charentes concernant la vaccination contre le papillomavirus chez les HSH de moins de 26 ans : Étude mixte.

COMPOSITION DU JURY

Président : Madame la Professeure France CAZENAVE-ROBLOT,

Membres : Madame le Docteur Magali GARCIA,
Madame le Docteur Sarah BERTHO,

Directeur de thèse : Madame le Docteur Agnès RICHÉ.



Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2021

THESE

**POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(Décret du 25 novembre 2016)**

Présentée et soutenue publiquement
Le 1^{er} Juillet 2021 à Poitiers
Par **Madame Charlotte BERGEON**
Née le 06/05/1992

Pratiques et opinions de médecins généralistes du Poitou-Charentes concernant la vaccination contre le papillomavirus chez les HSH de moins de 26 ans : Étude mixte.

COMPOSITION DU JURY

Président : Madame la Professeure France CAZENAVE-ROBLOT,

Membres : Madame le Docteur Magali GARCIA,
Madame le Docteur Sarah BERTHO,

Directeur de thèse : Madame le Docteur Agnès RICHIÉ.

Le Doyen,

Année universitaire 2020 - 2021

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- BOULETI Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- 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
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- ISAMBERT Nicolas, cancérologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (**en disponibilité**)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation

- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie (**retraite 01/03/2021**)
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique (**en mission 2020/21**)
- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie (**en cours d'intégration PH**)
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire (**en mission 1 an à/c nov.2020**)
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- COUDROY Rémy, réanimation
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GACHON Bertrand, gynécologie-obstétrique
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
- LIUU Evelyne, gériatrie
- MARTIN Mickaël, médecine interne
- PALAZZO Paola, neurologie (**en dispo 1 an**)
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités

- PELLERIN Luc, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- JEDAT Vincent

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié

Professeures émérites

- CARRETIER Michel, chirurgie générale (08/2021)
- GIL Roger, neurologie (08/2023)
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (08/2021)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2023)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2023)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (16/02/2021)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2023)
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (08/2021)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2022)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2023)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2021)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ALLAL Joseph, thérapeutique (ex-émérite)
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, cancérologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- VANDERMARCQ Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS

À Madame la Professeure France CAZENAVE-ROBLOT,
Merci de me faire l'honneur d'accepter la présidence de ce jury, pour votre enseignement dispensé durant mon externat et ainsi que pour le diplôme universitaire du bon usage des antibiotiques.

À Madame le Docteur Magali GARCIA,
Merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury et de l'intérêt que vous portez à ce sujet. Veuillez trouver ici l'expression de mon respect le plus sincère.

À Madame le Docteur Agnès RICHE,
Merci d'avoir accepté de diriger ce travail, mais surtout un grand merci pour votre enseignement lors de mes années d'internat et post internat, pour votre confiance et votre bienveillance.

À Madame le Docteur Sarah BERTHO,
Ma chère Sarah, ma chère marraine. Il semblerait que depuis la D1 tu sois ma source d'inspiration... jusqu'à ce jour si particulier. Je suis heureuse que tu puisses juger ce travail.

À Monsieur le Docteur Pascal PARTHENAY,
Merci pour vos conseils de méthodologie et votre disponibilité pour l'élaboration de la partie qualitative de ce travail.

À Madame le Docteur Mihaela DUMITRESCU et Monsieur Julien RINGENBACH,
Merci pour votre expertise et votre aide apportée à l'élaboration de la partie quantitative de ce travail.

À tous les médecins généralistes ayant accepté de faire partie de cette étude, merci pour votre temps et votre intérêt pour ce travail.

Aux deux médecins cobayes lors de mes premiers essais d'entretien, un premier merci ...

À toutes les équipes médicales, paramédicales, médecins libéraux avec qui j'ai travaillé.
Une pensée particulière pour le service de médecine interne du CH d'Angoulême (Marine, Carolle, Pascale, Nathalie, Aurélie, Silvija, Agnès, Quentin, Elisabetta, Antoine, Célia, Alex, Camille, Elodie etc...) de loin mes meilleurs moments de stage passés à vos côtés.

A ma famille :

À mon Père, l'homme que j'admire. Merci pour ton écoute, ta patience et la force que tu as su me transmettre depuis le début de ces études. Merci d'avoir eu les épaules pour tout supporter dans les moments difficiles. C'est grâce à ton enseignement, tes valeurs et ton tempérament si aujourd'hui, je suis si fière d'être la femme que je suis.

Ces études ont été motivées par les événements de la vie, sans Elle je n'aurais pas commencé mais sans toi je n'aurais jamais pu les finir.

À Quentin, mon petit frère chéri d'amour. Merci pour ton soutien, pour tes idées partagées, pour tout simplement ta présence. De l'élaboration de mes premières ordonnances à 8 ans, à la construction d'un fumoir et nos chasses aux champignons, je souhaite encore avoir mille autres aventures à tes côtés. Je suis si fière de toi.

À Emmanuel,

C'est un peu une deuxième thèse pour toi... tu es mon correcteur orthographique du dimanche, mon aide à la mise en page Word, mon maître de la démarche vers les laboratoires mais surtout un coach de tous les instants. Merci pour la patience dont tu as su faire durant ces 6 derniers mois. Il aura fallu presque 10 ans pour s'en rendre compte mais aujourd'hui je suis heureuse d'être à tes côtés. A l'avenir séduisant, doux et trépidant qui s'offre à nous.

À mes grands-mères, mes confidentes.

À Annette, pour ton savoir-faire, ta simplicité. Merci de m'avoir donné le goût de la nature.

À Ghislaine, pour ta coquetterie et ta complicité. Merci de m'avoir toujours poussé à être une femme indépendante.

Merci toutes les deux d'avoir parfois supporté le rôle de mère plus que de grand-mère.

À mes grands-pères,

Jean-Claude, pour tes conseils et ton savoir.

Jean-Paul, pour ta sagesse et ton calme, merci d'avoir bercé mon enfance.

Jany, en espérant que ce travail te redonne confiance aux médecins.

À mes oncles, Alain, Dominique et Laurent,

Merci pour votre soutien et vos encouragements.

À Sylvie,

Merci d'avoir toujours été présente, pour ton soutien durant ces 12 dernières années et pour ta patience lors de nos déblatérations familiales pompeuses toujours sur les mêmes sujets bien sûr. J'embrasse toute ta petite troupe (Malcom, Élixa, Théo).

Et à Toi, mon inspiration, ma force, ma faiblesse. Cette thèse elle est pour toi. « Bonne nuit Maman, je t'aime. »

À mes amis :

A mes colocs, mes bros,

Loïc, lolo le plus grand Caliméro. À tous nos moments partagés depuis notre rencontre en stage de gynéco... à tous ces instants (de la découpe de verre sur un coup de tête, jusqu'à la réalisation de pâtés chez ma grand-mère...) Merci pour ton soutien infaillible depuis maintenant 3ans.

Marion, cette si belle rencontre, un soutien moral, une aura rayonnante... j'espère pouvoir longtemps patiner sur les berges de la Charente avec toi.

Benjamin, la force tranquille, je sais qu'un jour, un de tes deux rêves se réalisera (celui d'aller dans l'espace). Infiniment merci d'avoir acheté la switch à quelques mois de la soutenance de cette thèse.

Chaque jour à vos côtés sont des moments de pur bonheur.

Pour que Lamérac perdure,

À Aude, ma grenouille. Merci de m'avoir appris à faire des TCD, mais surtout pour toutes ces années d'amitiés passées et nos péripéties futures. En espérant voir sur un de mes doigts trôner le =G tant désiré.

À Théo et Flavien ... Que la montagne est belle, Comment peut-on s'imaginer.

À Simon, simouss, de notre rencontre en 5^{ème}, en passant par les révisions du bac d'histoire-géo sur le stade, à la P1, à ton baptême, à aujourd'hui où l'on a tous les deux réussi !...Aller, « rilette » !

Au syndrome de Pinautisation fœtale,

À Manon Renault Kaljar, la plus grande écrivaine d'entre nous. Je repense à notre trio de choc (Célia) lors nos découvertes associatives et festives. De nos débuts à IPECO jusqu'à aujourd'hui ... et ce n'est pas fini.

À Célia, ma petite tache de café au lait. Il était bon le temps de notre pseudo coloc à deux rues près, aux casseroles sur la tête le matin très tôt, à nos chats récupérés sur un coup de tête... Merci pour tous nos moments de complicité, de l'ivresse au sérieux.

À Nardjis, princesse de Casa. Qu'elle est belle notre première rencontre avec notre groupe de WEI. Je te revois hurler jusqu'à n'en plus avoir de voix. La seule chose que je regrette, c'est de ne pas être numéro 1 dans ton classement de l'humour.

À Arnaud, RoSSin, Valéry, mon russe, il en a fallu du temps pour que vous compreniez qu'il n'y aura jamais de pipeau entre nous !

À Briec, le fromage, pour toutes ces découvertes culturelles (Indonésie, Lyon, les Alpes, Cancon, La chasse ...)

À Marie, la cavalière à dos de chameau, et Claire, la Suisse, j'espère que nos voyages rituels puissent continuer chaque année.

À Anne et Numa, pour tous ces instants de BU, de missions, et de retrouvailles durant l'internat.

À Maelle, ma fillotte, merci pour nos marques sur les épaules et ta fougue inépuisable.

À Mathie, la plus belle, cette découverte en stage de pédiatrie. Merci pour toutes ces conversations profondes à la débauche, mais aussi celles que tu as quand la tête te tourne. Promis je trouverais le graal pour y inscrire tes initiales.

Aux amis d'Angoulême et ceux des internats, Dr Moulin et son franc parlé, Papa Ours le rameur des villes, Imanol roi de la pêche en tout genre, Jérémy ooohyééé, Boubourlicious 1^{er} supporter du PSG, Léa, Floflo Thomas B, Rancher, Marine, Charlotte, Vicky, Maud, Raph... Vous m'avez fait passer un internat de folie.

À tous ceux du CREM, de la faluche et de l'associatif en général, pour ces belles années d'externats.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	5
ABRÉVIATIONS	11
I. INTRODUCTION.....	12
I.1. LE PAPILLOMAVIRUS ET SON ONCOGENESE :.....	12
I.2. FACTEURS DE RISQUE ET EPIDEMIOLOGIE DU PAPILLOMAVIRUS :	14
I.2.1. <i>Facteurs de risque</i> :	14
I.2.2. <i>Épidémiologie des infections à HPV</i> :	14
I.2.2.1. Infection génitale.....	14
I.2.2.2. Infection anale :.....	15
I.2.2.3. Infection orale :	15
I.2.2.4. Verrues ano-génitales :.....	15
I.2.2.5. Papillomatose respiratoire récurrente :.....	16
I.2.3. <i>Épidémiologie et cancers HPV induits chez les hommes</i> :	16
I.2.3.1. Cancer du pénis :.....	16
I.2.3.2. Cancer anal :.....	16
I.2.3.3. Cancer de la sphère ORL :	17
I.3. VACCINATION ANTI-HPV DES HSH.....	17
I.3.1. <i>Les recommandations</i> :	17
I.3.1.1. Dans le Monde :	17
I.3.1.2. En France :	18
I.3.2. <i>Vaccins disponibles</i> :	18
I.3.3. <i>Effets secondaires des vaccins</i> :	19
I.3.4. <i>Efficacité des vaccins</i> :	21
I.4. ÉTAT DES LIEUX DE LA COUVERTURE VACCINALE CHEZ LES HSH EN FRANCE.	21
I.5. RÔLE DU MEDECIN GENERALISTE.	21
I.6. QUESTION DE RECHERCHE ET OBJECTIFS :	22
II. MATÉRIELS ET MÉTHODES :	23
II.1. POPULATION ETUDIEE :	23
II.2. VOLET QUANTITATIF :	23
II.2.1. <i>Le questionnaire</i>	23
II.2.2. <i>L'échantillon</i> :	23
II.2.3. <i>Recueil de données</i> :	24
II.2.4. <i>Analyse de données</i> :	24
II.3. VOLET QUALITATIF :	24
II.3.1. <i>Choix de la méthode qualitative</i> :	24
II.3.2. <i>Taille de l'échantillon</i> :	25
II.3.3. <i>L'entretien</i>	25
II.3.4. <i>Guide d'entretien</i> :.....	25
II.3.5. <i>Analyse des données</i> :	26
II.3.6. <i>Saturation des données</i> :	26
III. RESULTATS.....	27
III.1. RESULTATS DE LA PARTIE QUANTITATIVE :	27
III.1.1. <i>Description de la population étudiée</i>	27
III.1.2. <i>Évaluation des différentes connaissances des médecins généralistes.</i>	28
III.1.2.1. Description de leur patientèle :	28
III.1.2.2. Connaissance des orientations sexuelles de sa propre patientèle :.....	28
III.1.2.3. Connaissance de l'indication vaccinale de l'HPV :	30
III.1.2.4. Connaissance des complications de l'HPV :	30

III.1.3.	<i>Pratique de la vaccination anti-HPV chez les HSH de moins de 26 ans</i>	31
III.1.3.1.	Évaluation de la pratique de la vaccination.....	31
III.1.3.2.	Évaluation des Pratiques vaccinales des médecins « vaccinateurs » :	32
III.2.	RESULTATS DE LA PARTIE QUALITATIVE :	32
III.2.1.	<i>Données générales</i> :.....	32
III.2.1.1.	Description de la population :	32
III.2.1.2.	Données des entretiens :	33
III.2.2.	<i>Pratiques et perceptions générales des médecins généralistes interviewés concernant la vaccination anti-HPV des HSH de moins de 26 ans</i> :	34
III.2.2.1.	Réalisation de la vaccination chez les médecins interviewés :	34
III.2.2.1.1.	Réponses des médecins interviewés « vaccinateurs » :	34
III.2.2.1.2.	Réponses des médecins interviewés « non vaccinateurs » :	34
III.2.2.2.	Connaissance de l'indication :	35
III.2.2.3.	Motifs de consultation amenant à la vaccination :	36
III.2.2.4.	Opinion générale de la vaccination anti-HPV chez les HSH :	37
III.2.3.	<i>Ressenti global sur l'abord et la connaissance de la sexualité de sa patientèle (Annexe 5)</i> : ..	38
III.2.4.	<i>Difficultés mises en évidence à la réalisation de la vaccination : (Annexe 6)</i>	40
III.2.4.1.	Le vaccin vu comme frein :	40
III.2.4.2.	Le médecin généraliste vu comme frein :	41
III.2.4.3.	Les facteurs extrinsèques vus comme freins :	42
III.2.5.	<i>Arguments et leviers à exploiter pour réaliser la vaccination (Annexe 6)</i> :	45
III.2.5.1.	Le vaccin lui-même :	45
III.2.5.2.	Le médecin généraliste, principal moteur à la vaccination :	45
III.2.5.3.	Les facteurs extrinsèques :	46
III.2.6.	<i>Pistes pour l'amélioration de la couverture vaccinale (Annexe 7)</i> :	47
III.2.6.1.	La communication auprès des médecins généralistes :	47
III.2.6.2.	La communication auprès des patients :	48
III.2.6.3.	L'obligation évoquée comme nécessité :	49
III.2.6.4.	La revalorisation de la prévention :	49
IV.	DISCUSSION	51
IV.1.	FORCES ET FAIBLESSES DE LA PARTIE QUANTITATIVE :	51
IV.1.1.	<i>Force de l'études</i> :	51
IV.1.1.1.	Choix de la méthode quantitative :	51
IV.1.1.2.	Analyse statistique :	51
IV.1.2.	<i>Faiblesses de l'étude</i> :	51
IV.1.2.1.	Taille de l'échantillon :	51
IV.1.2.2.	Biais de recrutement :	51
IV.1.2.3.	Biais d'interprétation :	51
IV.2.	FORCES ET FAIBLESSES DE LA PARTIE QUALITATIVE :	51
IV.2.1.	<i>Forces de l'étude</i> :	52
IV.2.1.1.	Choix de la méthode qualitative :	52
IV.2.1.2.	L'échantillon :	52
IV.2.1.3.	Les Entretiens :	52
IV.2.1.4.	La validité interne :	52
IV.2.2.	<i>Faiblesses de l'étude</i> :	52
IV.2.2.1.	Biais de sélection :	52
IV.2.2.2.	Biais d'investigation :	53
IV.2.2.3.	Biais de cadrage :	53
IV.2.2.4.	Biais de désirabilité sociale :	53
IV.3.	DISCUSSION DES PRINCIPAUX RESULTATS :	53
IV.3.1.	<i>Pratique de la vaccination</i> :	53
IV.3.2.	<i>Opinion générale</i> :	54

IV.3.3.	<i>Abord de la sexualité :</i>	54
IV.3.4.	<i>Freins mis en évidence :</i>	55
IV.3.5.	<i>Améliorations à développer :</i>	57
V.	CONCLUSION	59
	RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :	60
	ANNEXE 1 : COUVERTURE VACCINALE EN POURCENTAGE ET PROGRESSION DANS LA REGION NOUVELLE AQUITAINE CONTRE LES PAPILLOMAVIRUS HUMAINS SUIVANT LE « SCHEMA COMPLET A 2 DOSES » CHEZ LES FILLES A 16 ANS (2021) :	64
	ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE A L'INTENTION DES MEDECINS GENERALISTES DU POITOU-CHARENTES :	65
	ANNEXE 3 : PRESENTATION DE L'ETUDE ET DEMANDE DE CONSENTEMENT AUX ENTRETIENS INDIVIDUELS :	68
	ANNEXE 4 : GUIDE D'ENTRETIEN INDIVIDUEL	69
	ANNEXE 5 : CARTE HEURISTIQUE DES RESENTIS DES MEDECINS GENERALISTES CONCERNANT L'ABORD ET LA CONNAISSANCE DE L'ORIENTATION SEXUELLE DE LEUR PATIENTELE :	70
	ANNEXE 6 : CARTE HEURISTIQUE DES RESENTIS DES MEDECINS GENERALISTES SUR LA REALISATION DE LA VACCINATION ANTI-HPV CHEZ LES HSH :	71
	ANNEXE 7 : CARTE HEURISTIQUE DES PROPOSITIONS A L'AMELIORATION VACCINALE CHEZ LES HSH PAR LES MEDECINS GENERALISTES :	72
	SERMENT	74
	RÉSUMÉ	75

ABRÉVIATIONS

HVP : papillomavirus humain

ORL : Oto-Rhino-laryngée

HSH : Homme ayant des rapports sexuels avec un ou d'autres hommes

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

HCSP : Haut conseil de santé publique

ADN : Acide desoxyribonucléique

IARC : International agency for research on cancer

CIN : Néoplasies cervicales intra épithéliales

IST : Infection sexuellement transmissible

PreP : Prophylaxie pré exposition contre le VIH

CeGIDD : Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostique

HAS : Haute autorité de santé

TTC : Toutes taxes comprises

ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

OMS : Organisation mondiale de la santé

CNGE : Collège national des généralistes enseignants

COREQ : COnsolidated criteria for Reporting Qualitative research

MG : Médecin généraliste

ATCD : Antécédents

FMC : Formation médicale continue

COVID-19 : Coronavirus disease 2019

URPS : Union régionale de professionnels de santé

ROSP : Rémunération pour des objectifs de santé publique

LGBTQIA+ : lesbiennes, gays, bisexuels, transsexuels, queers, intersexes et asexuels.

I. INTRODUCTION

L'infection par le papillomavirus humain (HPV) est une infection virale sexuellement transmissible, souvent asymptomatique, très fréquente et pouvant être inductrice de nombreux cancers.

En effet, les hommes et des femmes ayant une activité sexuelle en seront, pour la plupart, infectés à un moment de leur vie. Ces virus se transmettent par contact cutanéomuqueux, avec ou sans pénétration, et dont l'efficacité du préservatif n'est que partielle.

Il existe environ 200 types de papillomavirus dont certains sont à haut risque oncogène. En France en 2015, 6 300 nouveaux cas de cancers sont causés par les papillomavirus dont de 25 % des cancers surviennent chez les hommes. (1)

Concernant les hommes, les lésions anales, de la verge et ORL (lésions pré-cancéreuses, cancers, condylomes) sont plus fréquentes chez ceux ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) et en particulier ceux infectés par le VIH.

Aujourd'hui, il existe un moyen simple de prévention contre la survenue de lésions pré-cancéreuses induites par l'HPV et donc de néoplasies : la vaccination. Celle-ci est disponible en France depuis 2006 pour les jeunes filles, aux HSH de moins de 26 ans depuis 2016, et enfin étendue à tous les garçons en 2020 par le haut conseil de santé publique (HCSP).(2)

Malgré les 90% d'efficacité de la vaccination sur l'apparition de lésions pré-cancéreuses, la couverture vaccinale en France reste largement en deçà des objectifs fixés (Annexe 1).

Alors qu'il s'agit d'un véritable enjeu de santé publique, il semblerait que cette vaccination soit oubliée en médecine générale. Les médecins généralistes devraient être en première ligne pour cibler la population destinée à recevoir ce vaccin.

I.1. Le papillomavirus et son oncogénèse :

Les papillomavirus humains sont des virus nus, infectant principalement la peau et les muqueuses des hommes et femmes. Ils sont composés d'une paroi extérieure (capside), d'un ADN bicaténaire circulaire, d'une région E contenant des gènes permettant la réplication et la transcription une fois dans la cellule hôte (E2, E3, E4, E5, E6 et E7) et d'une région L contenant des gènes permettant le codage de la capsid (L1 et L2). (3)

Une grande partie de la population mondiale s'infectera par l'HPV aux cours des premières années de vie sexuelle. Le réservoir est strictement humain et la transmission se fait par voie cutanéomuqueuse ou par microlésions des épithéliums. Le préservatif n'a qu'une activité partielle contre ce risque de transmission, ainsi toutes les différentes pratiques sexuelles peuvent être vectrices de transmission (pénétration vaginale, pénétration orale, pénétration anale, sextoys...). (4)

Il existe environ 200 types d'HPV répartis en 5 genres. Seul les alphapapillomavirus, ayant un tropisme cutané et muqueux, peuvent induire des lésions cancéreuses. Ils sont classés par l'IARC (international agency for research on cancer) selon leur pathogénicité et leur pouvoir oncogène.

Les HPV à haut risque d'oncogénicité (groupe 1) sont principalement les HPV 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58 et 59. Il existe un groupe 2A et 2B classant d'autres HPV comme probablement et possiblement oncogènes.

Les HPV 6 et le 11 (groupe 3) sont connus pour entraîner des lésions bénignes (condylomes). Le pouvoir oncogène est défini par l'intégration du génome viral dans la cellule hôte et permettant la surexpression de protéines oncogéniques (E6 et E7). Cela entraînera la dérégulation du cycle cellulaire et l'immortalité cellulaire via la destruction des télomères. (3)

La plupart des infections par HPV ne donneront pas de lésions, la clairance virale permet une certaine élimination naturelle. Néanmoins si l'infection persiste, elle pourra entraîner des lésions au niveau de la zone atteinte.

Nous prendrons le modèle du col utérin afin d'en expliquer son histoire naturelle. Les épithéliums malpighiens de l'exocol, zone de fragilité, sont la porte d'entrée de ces infections. L'histoire naturelle de ces cancers comporte plusieurs étapes. Elle débute par des lésions histologiques pré-cancéreuses dues à une infection à HPV persistante. Celles-ci sont classées en CIN (néoplasies cervicales intra épithéliales). Le risque est différent en fonction du génotype de l'HPV. En effet, une infection par HPV 16 sera plus à risque de développer un CIN3. La régression des lésions est possible à chaque étape avant la survenue du cancer, néanmoins la probabilité de régression diminue avec la gravité de ces lésions. La clairance, influencée par le pouvoir oncogène du virus et l'immunité de l'individu, diminue elle aussi lorsque progressivement les lésions s'aggravent. Enfin, on notera la corrélation entre l'augmentation de l'expression de E6 et E7 et la progression vers un cancer. Néanmoins, le développement vers des lésions cancéreuses est long (10 à 15 ans après l'infection).

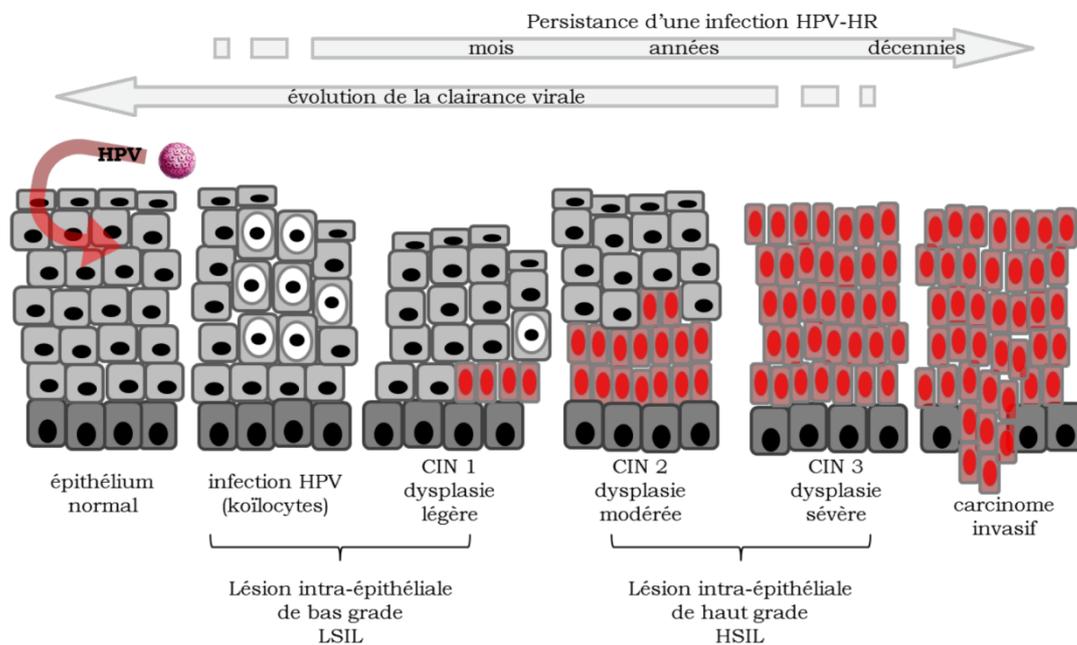


Figure 1 : Schématisation de l'évolution des CIN

Il n'existe pas à l'heure actuelle de traitement antiviral contre le papillomavirus, seule la prévention primaire via la vaccination a démontré une efficacité sur la diminution de lésions pré-cancéreuses.

I.2. Facteurs de risque et épidémiologie du papillomavirus :

On connaît bien le papillomavirus pour le lien entre celui-ci et le cancer du col de l'utérus. Néanmoins cette infection n'est pas réservée qu'aux femmes. En effet ce virus touche de façon ubiquitaire toute la population mondiale, même si certaines populations sont plus à risque de développer des lésions néoplasiques.

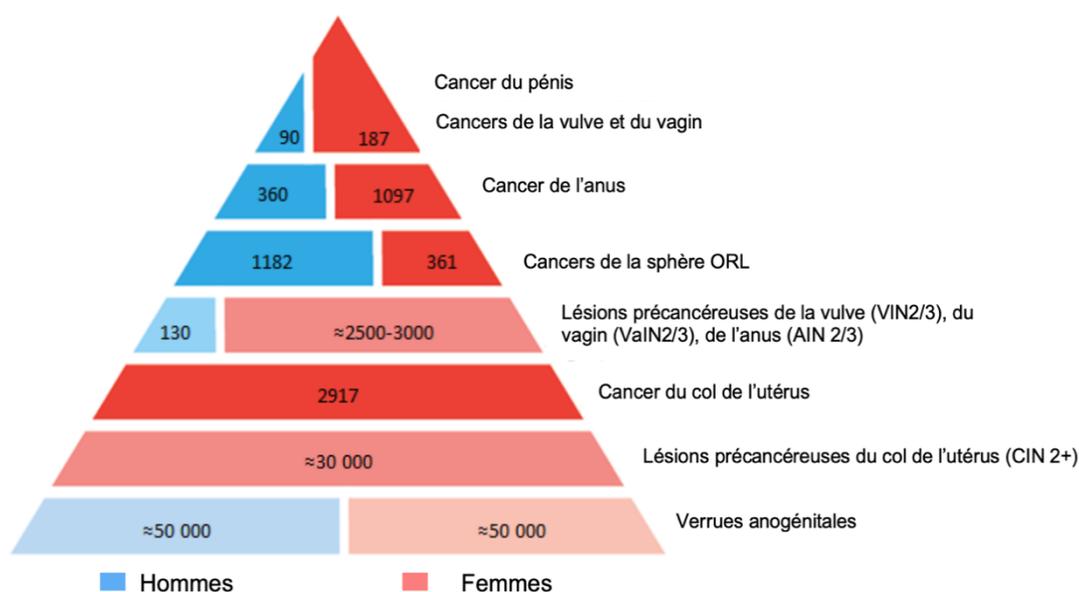


Figure 2 : Représentation graphique du fardeau des maladies induites par les papillomavirus en France chez les hommes et les femmes (d'après Shield et al., 2018, Hartwig et al., 2015)

I.2.1. Facteurs de risque :

Le pouvoir pathogène du papillomavirus dépend de plusieurs facteurs :

- La précocité des premiers rapports sexuels
- Le nombre élevé de partenaires
- Les contraceptifs oraux
- Les antécédents d'autres infections sexuellement transmissibles (IST)
- Les déficits immunitaires (immunodépression congénitale, transplantations, VIH, traitements immunosuppresseurs, grossesse)
- Le tabac
- Des facteurs génétiques

On peut estimer que les HSH n'ont pas le bénéfice de la couverture vaccinale des femmes, les classant ainsi comme vulnérable face au papillomavirus.

I.2.2. Épidémiologie des infections à HPV :

I.2.2.1. Infection génitale

Le portage du papillomavirus au niveau ano-génital est souvent asymptomatique. Dans 90% des cas, le virus est éliminé naturellement au bout de 2 ans. Il n'existe pas non plus de traitement de ces infections.

La prévalence des HPV génitaux est plus faible chez les hommes que chez les femmes. En revanche, celle-ci est progressivement décroissante chez la femme en fonction de l'âge, ce qui n'est pas le cas chez l'homme. Une revue de littérature de plus de 40 études retrouve une prévalence masculine des HPV entre 1,3 % et 72,9 % dont la majorité présente une prévalence supérieure 20%. Pourtant, le taux d'incidence de transmissions de l'infection HPV de la femme vers l'homme serait plus important que celui de l'homme vers la femme. Encore peu d'étude sont réalisées sur la comparaison des infections HPV entre hommes-femmes et orientation sexuelle. La compréhension de ces différences reste essentielle au développement d'interventions efficaces pour prévenir une multitude de cancers liés aux HPV affectant aussi bien les hommes que les femmes.(5)

Cependant, le risque d'acquisition d'une infection HPV génitale augmente avec le nombre de partenaires et les pratiques sexuelles. Les personnes ayant de multiples partenaires, comme les HSH, sont à risque plus élevé. Il a été mis en évidence que l'infection HPV au niveau du pénis varierait de 4% chez les HSH n'ayant jamais eu de rapport insertifs contre 15% chez les HSH ayant des rapports insertifs avec 4 partenaires ou plus. (6)

Les localisations préférentielles génitales sont le prépuce (28,1 % à 33,3 %), l'urètre (12,1 % à 42,7 %), le scrotum (7,1 % à 41,2 %), le corps pénien (5,6 % à 51,2 %) et le gland (6,5 % à 50%) dont l'HPV 16 est majoritaire. (7)

I.2.2.2. Infection anale :

Tout comme les infections génitales, les infections anales sont asymptomatiques. Il a été mis en évidence que la prévalence des infections anales par l'HPV est plus élevée chez les HSH (64 %) et encore plus élevée chez les HSH co-infectés par le VIH (93%). (8)

En 2018 en France, une enquête descriptive transversale a été réalisée afin d'estimer la prévalence de l'infection HPV au niveau anal (93,4%) et oral (33,9%) chez les jeunes HSH sous PreP (prophylaxie pré-exposition contre le VIH). (9)

I.2.2.3. Infection orale :

L'histoire naturelle de l'HPV dans les infections orales semble varier considérablement selon le sexe des individus. Le taux d'incidence de l'HPV oral chez les hommes est moindre que celui des infections génitales. Pourtant, on note que l'on retrouve une prévalence plus élevée d'HPV au niveau oral chez les hommes que chez les femmes. Différentes hypothèses ont été évoquées grâce au travail de Anna R. Giuliano (5) : les hommes ont plus de partenaires sexuels et sont donc plus exposés à l'HPV; la transmission de l'infection est plus efficace lors de la pratique de relations sexuelles orales sur des organes génitaux féminins infectés par rapport à la transmission lors de relations sexuelles orales sur un pénis (différence épithélium kératinisé du gland et l'épithélium non kératinisé de la vulve et du vagin). Il semblerait également exister une différence immunitaire entre les hommes et les femmes.

I.2.2.4. Verrues ano-génitales :

Les verrues ano-génitales, souvent appelées condylomes, sont des lésions cutanéomuqueuses en relief dont les localisations les plus fréquentes chez l'homme sont sur le pénis, le prépuce externe et interne, le gland et la région péri-anales. Celles-ci sont fortement contagieuses. Ce sont les HPV 6 et 11 qui sont en cause dans plus de 90% des cas.

Des manifestations cliniques peuvent y être associées comme un prurit ou des saignements. On distingue plusieurs types de condylomes : les condylomes acuminés (bougeons uniques ou multiples, rosés ou grisâtres, plus ou moins pédiculés, localisés ou disséminés), les condylomes papuleux (isolés ou en nappes, lisses, papuleux, légèrement pigmentés) et les condylomes plans (rouges/rosés au niveau de la muqueuse anale).

Bénins, une fois installés ils se comportent comme toutes les verrues. Ils peuvent disparaître naturellement, mais bien souvent ils évoluent vers une extension (en taille et en nombre) pouvant être responsable d'une altération de qualité de vie. (10) Les traitements disponibles visent à faire disparaître seulement les lésions visibles mais le taux de récurrence est souvent élevé. Il existe des traitements physiques et chirurgicaux comme la cryothérapie, le laser CO₂, l'électrocoagulation par bistouri électrique ou la chirurgie standard (lors des lésions intra urétrales par exemple), mais également des traitements sous forme de topique tel que des immunosuppresseurs (imiquimod), la podophyllotoxine, le 5-fluoro-uracile, l'acide trichloroacétique, les sinécatéchines ou le cidofovir. (11)

1.2.2.5. Papillomatose respiratoire récurrente :

La papillomatose respiratoire récurrente, ou papillomatose laryngo-trachéale devant sa localisation préférentielle au niveau du larynx, se caractérise par la présence de verrues récurrentes (HPV 6 et 11) au niveau des voies respiratoires supérieures. Cette affection peut être retrouvée chez les nourrissons et enfants comme chez les adultes (moins agressive). Chez les nouveau-nés, la transmission se fait via l'accouchement par voie basse chez la mère possédant des lésions condylomateuses. Les prédispositions génétiques et l'infection par HPV perturbent le système immunitaire favorisant le développement de la papillomatose. Les symptômes sont une dysphonie/dysphagie, de la toux, des infections respiratoires, un ralentissement staturo-pondéral. Parfois la présence de nombreuses verrues peut induire des troubles respiratoires voir une obstruction majeure nécessitant une intervention chirurgicale.(12)

1.2.3. Épidémiologie et cancers HPV induits chez les hommes :

1.2.3.1. Cancer du pénis :

Le cancer du pénis est un cancer peu fréquent dans les pays occidentaux (0,7 à 0,8% des cancers chez les hommes). En France l'incidence des cancers du pénis est de 90 cas par an. Il se manifeste essentiellement chez les hommes de 60 ans, non circoncis, sous forme de carcinomes épidermoïdes. L'évolution est progressive et le retard diagnostique souvent important. On estime qu'entre 25 et 50% des cancers du pénis sont liés au HPV (notamment l'HPV 16). Néanmoins, il n'existe pas de recommandations officielles concernant l'analyse de prélèvements afin de dépister une infection HPV hautement oncogène sur les parties génitales chez l'homme. (13)

1.2.3.2. Cancer anal :

Le cancer anal désigne tous les cancers situés au niveau de la marge anale ou dans le canal anal. C'est une pathologie rare mais dont l'incidence est en augmentation depuis ces dernières années. Le type histologique le plus fréquent est le carcinome épidermoïde. On retrouve également des lésions pré-cancéreuses liées à l'infection par l'HPV (développement de lésions néoplasiques intra-épithéliales sur le même système que les lésions pré-cancéreuses du col de

l'utérus chez la femme). 90% des cancers anaux sont imputables à HPV dont 75 % par l'HPV 16.

En France, l'incidence chez les hommes est de 360 nouveaux cas de cancers anaux par an et 130 lésions pré-cancéreuses de l'anus. (1) Le risque de développer un cancer anal est 20 fois plus élevé chez les HSH que chez les hétérosexuels. Les HSH co-infectés par le VIH en sont la population la plus à risque (30 à 100 fois plus élevée que la population générale). (8) Le cancer anal est le troisième cancer chez l'homme séropositif après le sarcome de Kaposi et les lymphomes. L'augmentation ces dernières années peut être expliquée par l'augmentation du nombre d'HSH infectés par le VIH à partir des années 1980 sous trithérapie aujourd'hui. Le nombre de partenaires sexuels et le tabagisme augmentent également le risque de cancer anal.

Il est aujourd'hui indiqué de dépister par des examens proctologiques annuels les personnes VIH positives, les HSH, les personnes ayant un antécédent de cancer génital HPV induit, et les personnes ayant des antécédents de transplantation d'organe. (14) (15)

I.2.3.3. Cancer de la sphère ORL :

Les cancers de la sphère ORL regroupent les cancers atteignant la cavité buccale (lèvre, langue, gencives, plancher de la bouche, amygdales et palais), les glandes salivaires, les sinus de la face, le pharynx et le larynx. Contrairement aux cancers ano-génitaux, il n'existe pas de lésions pré-cancéreuses dans l'oropharynx.

Aujourd'hui, on estime que les cancers ORL sont la deuxième cause de cancers liés aux HPV en France (1300 nouveaux cas chez les hommes par an). L'HPV 16 est responsable dans 90% des cas d'un cancer ORL HPV induit. Il n'existe pas pour le moment de recommandation dans le cadre du dépistage, seule la biopsie est adaptée à la détection des HPV dans l'oropharynx. (1) (16)

I.3. Vaccination anti-HPV des HSH.

Les méthodes barrières, telles que les préservatifs ou la circoncision, sont des facteurs protecteurs partiels à la propagation du virus, mais seule la vaccination a une réelle efficacité contre la transmission de celui-ci. Depuis 2007, la vaccination contre le papillomavirus a été introduite en France chez les jeunes filles mais ce n'est qu'en 2016 que le HCSP a réalisé un rapport sur l'extension vaccinale aux homosexuels hommes. Les arguments avancés étaient l'efficacité et la tolérance des vaccins anti-HPV, les aspects médico-économiques, l'absence de protection indirecte des HSH par la vaccination des femmes et l'acceptabilité de cette vaccination chez les hommes. (2)

I.3.1. Les recommandations :

I.3.1.1. Dans le Monde :

En 2016 le rapport du HCSP rappelait les différents pays utilisant le vaccin anti-HPV quadrivalent pour vacciner les hommes :

- les États-Unis dont les recommandations s'appliquaient aux garçons âgés de 11-12 ans depuis la fin 2011.
- En Australie dont les recommandations s'appliquaient aux garçons âgés de 12 à 13 ans depuis 2013.
- Au Canada dont les recommandations s'appliquaient aux garçons âgés de 9 à 26 ans.

- En Autriche dont les recommandations proposaient la vaccination gratuitement aux garçons en milieu scolaire depuis 2008. (2)

Depuis 2016, une quinzaine de pays européens recommande la vaccination du papillomavirus chez tous les garçons : l'Allemagne, la Belgique, la Croatie, le Danemark, l'Estonie, la Finlande, l'Irlande, l'Italie, le Liechtenstein, la Norvège, la République tchèque, le Royaume-Uni et la Slovaquie.

L'Allemagne, l'Irlande, la Belgique ont recommandé la vaccination universelle pour des raisons d'équité des genres, pour éviter la stigmatisation des filles (maladies ubiquitaires, responsabiliser les garçons), et pour permettre de protéger les populations à risque comme les HSH ne bénéficiant pas de l'immunité de groupe. Cela permettait ainsi de les protéger tous, sans discrimination de genre et sans stigmatisation de l'orientation sexuelle.

Le Québec avait fait le choix depuis 2012 de réaliser une vaccination chez les jeunes filles et les HSH. A partir de 2016, une extension universelle aux filles et garçons aux autres provinces et territoire du Canada a été réalisée, ainsi qu'une vaccination gratuite en milieu scolaire pour le Québec. La vaccination pour les HSH, bien que bénéfique, n'était pas spécifiée devant les difficultés à vacciner cette population avant les débuts de vie sexuelle et un coût-efficacité moindre qu'une stratégie de vaccination universelle. (17) (18)

I.3.1.2. En France :

Depuis 2016, l'indication vaccinale anti-papillomavirus a été étendue aux HSH jusqu'à 26 ans (limite bornée suite aux études de phase III). Elle était justifiée devant la nécessité de protection des HSH face à un risque de cancer anaux élevée et l'absence de protection indirecte par la vaccination HPV des jeunes filles. Celle-ci est d'autant plus efficace si elle est réalisée avant ou dès le début des relations sexuelles. Initialement, cette vaccination était proposée dans les centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostique (CeGIDD) et certains centres de vaccination, avec une prise en charge gratuite. Malgré un non-remboursement initial si la prescription provenait d'un médecin libéral, celle-ci pouvait très bien être initiée en cabinet de médecine générale. Ce n'est que seulement après l'avis du HCSP datant du 10 février 2017, que la commission de transparence a considéré que le service médical rendu était important pour GARDASIL 9, lui conférant ainsi un remboursement à 65% pour l'indication chez les HSH.

Depuis décembre 2020, la Haute autorité de santé (HAS) recommande l'élargissement de la vaccination à tous les garçons à partir de 11 ans. Celle-ci vise à augmenter la couverture vaccinale et à freiner la transmission des papillomavirus au sein de la population générale. Elle permettra de protéger au mieux, femmes et hommes, sans distinction d'orientation sexuelle. Cette nouvelle recommandation annonce également le maintien de l'indication chez les HSH jusqu'à 26 ans. Elle évoque aussi la volonté de mise en place de mesures spécifiques pour renforcer la couverture vaccinale, de permettre une meilleure diffusion de l'information et d'un accès facilité à cette population.

I.3.2. Vaccins disponibles :

Actuellement il existe deux vaccins commercialisés en France.

- Cervarix®, commercialisé depuis 2008

- Gardasil 9®, commercialisé depuis 2018.

À noter que le Gardasil®, possédant 4 valences n'est plus commercialisé depuis 2021. Ceci est justifié par la mise en place des primo-vaccinations par le Gardasil 9®, ayant une efficacité similaire et conférant une immunogénicité élargie à 5 autres valences supplémentaires.

Les indications sont les suivantes :

- Enfants (fille et garçon) entre 11 et 14 ans (2 injections : M0 et M6)
- Rattrapage possible entre 15 et 19 ans (3 injections : M0, M2 et M6)
- Transplanté(e)s d'organe solide à partir de 9 ans, avec un rattrapage possible jusqu'à 19 ans (3 injections : M0, M2 et M6)
- HSH de moins de 26 ans (3 injections : M0, M2 et M6)
- VIH entre 11 et 19 ans (3 injections : M0, M2 et M6)

Seul le Gardasil 9® est recommandé dans la vaccination des HSH de moins de 26 ans. Il est inscrit dans le calendrier vaccinal depuis 2017. (19)

Ce vaccin nonavalent se compose de deux protéines L1 d'HPV non oncogènes (6, 11) et de sept protéines L1 d'HPV oncogènes (16, 18, 31, 33, 45, 52, 58). L'administration de celui-ci est en 3 doses : M0, M2 et M6. Il est délivré sous prescription médicale et son coût s'élève à 115,81€ TTC avec un remboursement de 65% par la sécurité sociale dans le respect des indications. Le coût restant étant pris en charge par un organisme d'assurance complémentaire si le patient en possède un. Pour les personnes bénéficiant de la complémentaire santé solidaire, la prise en charge est de 100% sans avance de frais. À noter que ce vaccin est toujours gratuit dans les CeGIDD. (20) (21)

I.3.3. Effets secondaires des vaccins :

Les effets indésirables les plus fréquents rapportés sont les céphalées et les réactions au site d'injection. (20)

<u>Classe de système organe</u>	<u>Fréquence</u>	<u>Effets indésirables</u>
Affections du système nerveux	Très fréquent	Céphalées
	Fréquent	Sensations vertigineuses
Affections gastro intestinales	Fréquent	Nausées
Troubles généraux et anomalies au site d'administration	Très fréquent	Au site d'injection : douleur, gonflement, érythème
	Fréquent	Fièvre, fatigue Au site d'injection : prurit, ecchymose

Tableau 1 : Effets indésirables suivant l'administration de Gardasil 9 apparaissant avec une fréquence d'au moins 1,0 % durant les essais cliniques.

<u>Classe de système organe</u>	<u>Fréquence</u>	<u>Effets indésirables</u>
Infections	Fréquence indéterminée	Cellulite au site d'injection
Affections hématologiques et du système lymphatique	Fréquence indéterminée	Purpura thrombopénique idiopathique, Lymphadénopathie
Affection du système immunitaire	Fréquence indéterminée	Réactions d'hypersensibilité incluant des réactions anaphylactiques/anaphylactoïdes, bronchospasme et urticaire.
Affections du système nerveux	Fréquence indéterminée	Encéphalomyélite aiguë disséminée, Syndrome de Guillain-Barré, Syncope parfois accompagnée de mouvements tonico-clonique
Affections gastro-intestinales	Fréquence indéterminée	Vomissements
Affections musculo-squelettique et systémique	Fréquence indéterminée	Arthralgie, Myalgie
Troubles généraux et anomalies au site d'administration	Fréquence indéterminée	Asthénie, Frissons, Malaise

Tableau 2 : Effets indésirables signalés après l'expérience de mise sur le marché du Gardasil9.

En 2015 un point d'information par l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) avait été publié signalant l'innocuité du vaccin face au risque global de survenue de maladies auto-immunes mais potentiellement un lien entre vaccination et syndrome de Guillain-barré. Compte tenu de la rareté de la survenue de la maladie (1-2 cas pour 100 000 vaccinées) il a été décidé de poursuivre une surveillance rapprochée sans remettre en cause la balance bénéfice-risque de cette vaccination. (22)

Ce lien entre la vaccination et l'apparition de syndrome de Guillain-barré n'a pas été démontré dans les autres études internationales.

De plus, tout lien entre la vaccination anti-HPV et la survenue de maladie auto-immune est écarté. En effet devant les données des études d'innocuité sur plusieurs millions de personnes dans le monde, l'organisation mondiale de la santé (OMS) réaffirme l'absence d'effet indésirable grave. Néanmoins elle souligne l'impact négatif de quelques rapports de cas et de déclarations infondées sur la couverture vaccinale anti-HPV mondiale. (23)

A noter que ces études ont été effectuées essentiellement sur le Gardasil® et le Cervarix®. Les données de la sécurité des vaccins et des données de la pharmacovigilance exposées dans le rapport de la HAS de décembre 2019 confirment la sécurité du vaccin chez les hommes et une tolérance similaire dans les deux sexes.

I.3.4. Efficacité des vaccins :

En 2014 le groupe Sanofi Pasteur-MSD, laboratoire développant le Gardasil®, avait demandé une extension d'indication en prévention des lésions pré-cancéreuses anales et du cancer anal en plus des indications précédentes. Lors de l'étude clinique de phase III, l'efficacité a été évaluée sur un total de 4055 hommes âgés de 16 à 25 ans dont le statut vis-à-vis de l'infection HPV était inconnu. L'efficacité en prévention contre les verrues génitales était de 68,1%, et l'efficacité en prévention des lésions pré-cancéreuses anales (CIN anales de grade 2/3) était de 54,2% dans un sous-groupe de 598 HSH. (2) (24)
Depuis 2017, le HCSP recommande que toute nouvelle vaccination soit initiée avec le gardasil 9®.

À ce jour, il n'existe pas d'essai clinique fournissant des preuves sur l'efficacité contre les cancers étant donné le suivi insuffisant (les cancers liés à HPV surviennent environ 20 ans après l'infection et la durée de suivi des essais est insuffisante). Néanmoins les données d'efficacité sur la prévention des lésions pré-cancéreuses anales via une revue de littérature en 2019 ont permis d'anticiper l'efficacité contre les cancers HPV induis. (18) (25)
De plus, il n'y a pas d'essai clinique permettant d'évaluer l'efficacité du vaccin contre les cancers ORL. Devant l'absence test de dépistage de lésions pré-cancéreuses au niveau des voies aériennes supérieures, une étude clinique évaluant l'efficacité du vaccin paraît difficile. Toutefois, les premières données disponibles au niveau de l'oropharynx suggèrent une efficacité de la vaccination contre les infections à HPV au niveau de la sphère ORL. (26)

I.4. État des lieux de la couverture vaccinale chez les HSH en France.

Le rapport de la HAS de décembre 2019 concernant l'élargissement de la vaccination du papillomavirus aux garçons nous apporte des informations sur la couverture vaccinale française :

- Une enquête, Papill-Hom, avait été réalisée d'octobre 2018 à janvier 2019 sur les réseaux sociaux (sites et applications de rencontre) via un questionnaire. Cette enquête déclarative a rapporté 16 % de vaccinés sur une population de 501 HSH de moins de 27 ans en 2016.
- Une autre enquête, enquête rapport au sexe (ERAS), en 2019, toujours sous la forme d'un questionnaire adressé aux HSH entre 18 et 28 ans (réseaux sociaux, site d'information gay et réseau sociaux). Cette étude déclarative retrouve que sur 9 232 hommes répondant aux critères d'inclusion pour l'analyse, seulement 15% déclaraient avoir été vaccinés.
- Enfin les données des CeGIDD rapportent 1657 HSH vaccinés sur 43000 HSH ayant consulté au moins 1 fois les centres en 2018 (données reçues pour 87 % de l'ensemble des CeGIDD). Il a été remonté que cette faiblesse de l'activité émanait d'un manque de stock et d'un budget non adapté pour l'achat de vaccins par les structures.

I.5. Rôle du médecin généraliste.

L'éducation, la prévention, le dépistage, la sante individuelle et communautaire est la 3^{ème} compétence requise selon les critères du collège national des généralistes enseignants (CNGE) pour être médecin généraliste. Ainsi la prévention primaire telle que la vaccination rentre dans les objectifs d'une consultation en cabinet. (27)

De plus, plusieurs études ont montré le rôle important qu'avaient les médecins généralistes quant à l'acceptabilité des vaccins par leurs patients. Un discours rassurant et une bonne

information est indispensable à l'adhésion du patient. Une diffusion des informations est donc nécessaire au médecin généraliste afin de réaliser cette mission de santé publique. (28)

I.6. Question de recherche et objectifs :

Le médecin généraliste est au cœur de la prévention primaire. Néanmoins, la couverture vaccinale contre l'HPV chez les HSH est insuffisante en France malgré un rapport bénéfice/risque favorable. Est-ce un défaut de connaissance de l'indication ? Quelles sont les difficultés rencontrées lors de cette vaccination ?

Notre étude a pour objectif d'explorer les pratiques, recueillir les opinions pour comprendre les difficultés qu'ont les médecins généralistes à la réalisation de la vaccination anti-HPV dans la population des HSH.

II. MATÉRIELS ET MÉTHODES :

Notre étude repose sur une méthodologie mixte :

- Une première partie quantitative, basée sur une étude épidémiologique observationnelle transversale via un questionnaire destiné aux médecins généralistes.
- Une seconde partie qualitative, accomplie à partir d'entretien semi-dirigés.

II.1. Population étudiée :

La population cible regroupait les médecins généralistes thésés et installés en 2020, exerçants dans la région du Poitou-Charentes.

La Population d'étude a été établie à partir de ressources suivantes :

- Listing de médecins généralistes acceptant de recevoir des questionnaires de thèse, fournis par le conseil de l'ordre des Deux sèvres
- Contacts des médecins généralistes en Vienne, Charente et Charente-Maritime figurant dans les pages jaunes.

Étaient exclus :

- Les médecins généralistes non thésés : étudiants, internes, remplaçants non thésés.
- Les médecins généralistes remplaçants : non inclus car non rattaché à un département fixe.
- Les médecins généralistes retraités : non inclus car difficilement joignables, pouvant être retraités d'autres régions également.

II.2. Volet Quantitatif :

II.2.1. Le questionnaire

Le questionnaire, n'étant adressé qu'aux médecins généralistes, il n'a pas été présenté devant un comité éthique. Les analyses des données ont été réalisées de manière anonyme même si il était demandé des coordonnées afin de pouvoir recontacter les médecins intéressés pour la seconde partie de notre étude. (Annexe 2)

La première partie de ce questionnaire permettait de recueillir les données personnelles du praticien (sexe, tranche d'âge, département, milieu d'exercice et le mode de formation continue) et les données de sa patientèle (nombre de patient, proportion d'homme de moins de 26 ans, connaissance de leur orientation sexuelle et estimation de la proportion de HSH)

La seconde partie concernait la vaccination contre l'HPV chez les HSH de moins de 26 ans. Ces questions exploraient leurs connaissances ou non de l'indication, des complications entraînées par l'infection, leur pratique vaccinale et s'ils avaient déjà réalisé la vaccination chez un HSH.

Ce questionnaire, outre l'évaluation des pratiques des médecins généralistes de la région, a permis de réaliser un échantillonnage des médecins appelés « vaccinateurs » et d'autres « non vaccinateurs » pour la seconde partie de notre étude.

II.2.2. L'échantillon :

Deux cent soixante médecins généralistes des Deux-Sèvres (sur un total de 281 dans ce département) acceptaient de recevoir un questionnaire via une mailing liste du conseil de l'ordre de ce département.

Dans les trois autres départements, 511 médecins ont accepté de recevoir un courriel de diffusion du questionnaire (183 dans la Vienne, 167 en Charente et 161 en Charente-Maritime) sur un total de 1322 médecins généralistes dans ces départements (respectivement 393 dans la Vienne, 246 en Charente et 683 en Charente maritime). Les données relatives aux nombres de médecins généralistes installés dans le Poitou-Charentes ont été fournies par les conseils de l'Ordre respectifs des différents départements en février 2021.

Au total, 771 médecins généralistes sur un total de 1603 médecins généralistes du Poitou-Charentes, ont reçu un lien par courriel pour accéder au questionnaire réalisé sur Google Form®.

II.2.3. Recueil de données :

Le questionnaire a été envoyé début novembre 2020 à la liste des médecins sus-cités via un lien par courriel. La date de clôture des réponses a été fixée à la fin du mois de janvier 2021 avec deux relances, une au début du mois de décembre 2020 et une autre au début du mois de janvier 2021.

II.2.4. Analyse de données :

Les analyses statistiques ont été réalisées en collaboration avec le Docteur DUMITRESCU Mihaela, médecin de santé publique du centre hospitalier d'Angoulême, et par Monsieur RINGENBACH Julien, statisticien.

Les analyses statistiques linéaires ont été réalisées par le logiciel de Google Form® permettant d'évaluer les différentes réponses aux questions sous forme de pourcentages. Les résultats ont ensuite été retraités via le logiciel Excel afin de réaliser des tableaux croisés dynamiques.

Enfin, l'indépendance des variables a été testée selon l'âge, le sexe, le département et la zone d'exercice par des analyses uni-variées sous forme de test de CHI2 et test de Pearson.

II.3. Volet qualitatif :

La deuxième partie de notre étude était l'exploration des opinions et ressentis des médecins généralistes face à la réalisation de cette vaccination.

Le questionnaire quantitatif se terminait sur la proposition de participation à la deuxième partie de l'étude consistant au recueil des opinions via un entretien individuel.

II.3.1. Choix de la méthode qualitative :

L'objectif principal de notre travail était de recueillir une perception, un ressenti. Ces données étant subjectives, il était difficile de les obtenir par une seule étude quantitative. L'intérêt du volet qualitatif permettait d'obtenir l'avis brut des médecins généralistes, un avis non quantifiable et s'affranchissant d'un potentiel biais par des propositions soumises lors de

questionnaires quantitatifs. De plus, les sous thèmes dégagés lors de cette étude (sexualité, rapport et communication avec les adolescents etc...) sont des sujets vastes et subjectifs, propres à chaque médecin généraliste. Cette méthode, combinée à une recherche quantitative au préalable, permettait une complémentarité des résultats.

Nous avons réalisé des entretiens semi-dirigés donnant un cadre favorisant la liberté d'expression des interrogés.

Nous avons utilisé la grille de critères COREQ (COnsolidated criteria for REporting Qualitative research) permettant de s'assurer de la pertinence scientifique de notre étude.

II.3.2. Taille de l'échantillon :

Notre population d'étude a été constituée à partir de la population interrogée de notre questionnaire quantitatif, c'est-à-dire les médecins généralistes installés du Poitou-Charentes. A la fin de ce questionnaire il était proposé de participer à la deuxième partie de notre étude.

La variable primordiale afin d'avoir un panel le plus diversifié de réponses possibles était la réalisation ou la non-réalisation de cette vaccination.

Sur les 22 médecins ayant laissé leurs coordonnées, 14 ont accepté de participer aux entretiens.

II.3.3. L'entretien

Les médecins généralistes ont été contactés par courriel afin d'expliquer les modalités de l'entretien et de fixer un rendez-vous à leur convenance.

Ces entretiens ont été réalisés en présentiel dans leur cabinet ou par visioconférence par le logiciel Zoom® entre le début du mois de février 2021 et la fin du mois de mars 2021.

Ils ont été réalisés par un enquêteur unique, moi-même. Au début de chaque entretien, la thématique générale était rappelée et un questionnaire sur les caractéristiques socio-démographiques a été rempli. (Annexe 3)

Après avoir obtenu le consentement oral des médecins interrogés sur l'exploitation des données, les entretiens étaient enregistrés à l'aide d'un smartphone.

Ces enregistrements ont été retranscrits par écrit via un logiciel de traitement de texte de type Word®. Chaque recueil a été anonymisé lors de la retranscription écrite en attribuant un numéro à chaque entretien (MG1 à MG14).

Afin de structurer les échanges et dans l'optique de faciliter les analyses des données, un guide d'entretien a été conçu.

II.3.4. Guide d'entretien :

Notre guide d'entretien découle de notre question de recherche. Il est élaboré par une série de questions servant de fils conducteur pour les entretiens à mener. Il a été testé sur deux médecins généralistes volontaires, proches de l'enquêteur, permettant d'effectuer des ajustements et de se familiariser avec le dit guide. Ces deux entretiens n'ont pas fait partie de l'étude. Quelques modifications ont été apportées au cours des entretiens afin de clarifier le sens de certaines questions. (Annexe 4)

Le guide est composé de 3 grands axes :

- Un axe général pour introduire la vaccination : « Parlez-moi de votre pratique concernant la vaccination anti-HPV de manière générale. Parlez-moi de la vaccination anti-HPV chez les HSH ? Qu'en pensez-vous ? La pratiquez-vous ? Quel est votre ressenti par rapport à cette indication ? »

- L'axe suivant concerne les pratiques et ressentis de cette vaccination : « Par quel moyen avez-vous connu cette indication vaccinale chez les HSH de moins de 26 ans ? Avez-vous des craintes par rapport à ce vaccin ? Quels sont les difficultés que vous pourriez rencontrer ou que vous rencontrez à réaliser cette vaccination ? Comment abordez-vous le sujet avec votre patient ? Dans quel contexte ou type de consultation abordez-vous la discussion ? Comment réagissez-vous face à un patient réticent ? »
- Un dernier axe sur les perspectives d'amélioration : « Quelles sont vos suggestions pour améliorer la couverture vaccinale en France ? Quels seraient vos besoins en tant que médecin généraliste pour effectuer cette vaccination ? »

II.3.5. Analyse des données :

Le recueil de données qui n'est autre que la retranscription écrite de l'enregistrement, constitue le verbatim. De là, en découle l'analyse des données. Celle-ci est réalisée sur le modèle de l'approche analytique de Glaser et Strauss : « Grounded theory » ou théorisation ancrée. (29) Celle-ci permet via l'analyse d'entretien, de dégager des thèmes explicites et compréhensibles.

Ainsi, les verbatims sont relus afin d'identifier des phrases ou des expressions clefs auxquelles on attribue une unité de sens. C'est le codage des données.

Le codage était initialement ouvert, permettant le recueil large d'idées. Puis, naturellement les codes se sont regroupés en catégories et sous-catégories définissant le codage axial de notre étude.

Cette analyse a été réalisée à l'aide du logiciel Nvivo® (éditeur QSR International). Il s'agit d'un logiciel informatique d'analyse de données qualitatives permettant une aide à la lecture et à l'encodage de texte.

Une double lecture, ou triangulation, a été appliquée pour les deux premiers verbatims par le Dr ROCHEFEUILLE, médecin généraliste, et moi-même. Cette technique permet de réduire les biais et d'augmenter la validité interne de notre étude. Chacun a réalisé un codage ouvert de ces deux verbatims puis un codage en axial. Les résultats ont été mis en commun, discutés puis regroupés pour ne faire qu'une seule base de données. Par la suite, ces codes ont évolué au fur et à mesure de l'analyse des entretiens.

II.3.6. Saturation des données :

Le recueil des données a été interrompu lorsque la lecture du matériel n'apportait plus de nouveaux éléments sur deux entretiens consécutifs, ce qu'on appelle la saturation des données. Dix entretiens ont été nécessaires pour arriver à saturation. Deux entretiens supplémentaires ont été nécessaires pour confirmer cette saturation, et deux autres entretiens déjà programmés ont tout de même été réalisés.

III. RESULTATS

III.1. Résultats de la partie quantitative :

III.1.1. Description de la population étudiée

Au total, nous avons recueilli 103 réponses sur le lien Google form®. Néanmoins, lors de l'analyse des données nous avons découvert des réponses « doublons » correspondant à un bug informatique lorsque certains médecins ont essayé d'enregistrer leurs données. Notre taux de réponse à ce questionnaire est de 12,7%. Ce qui correspond à 98 médecins généralistes répondant au questionnaire en ligne sur un total de 771 médecins ayant reçu le courriel contenant le lien pour y accéder. A noter qu'il n'y a eu aucune donnée manquante lors du remplissage du questionnaire.

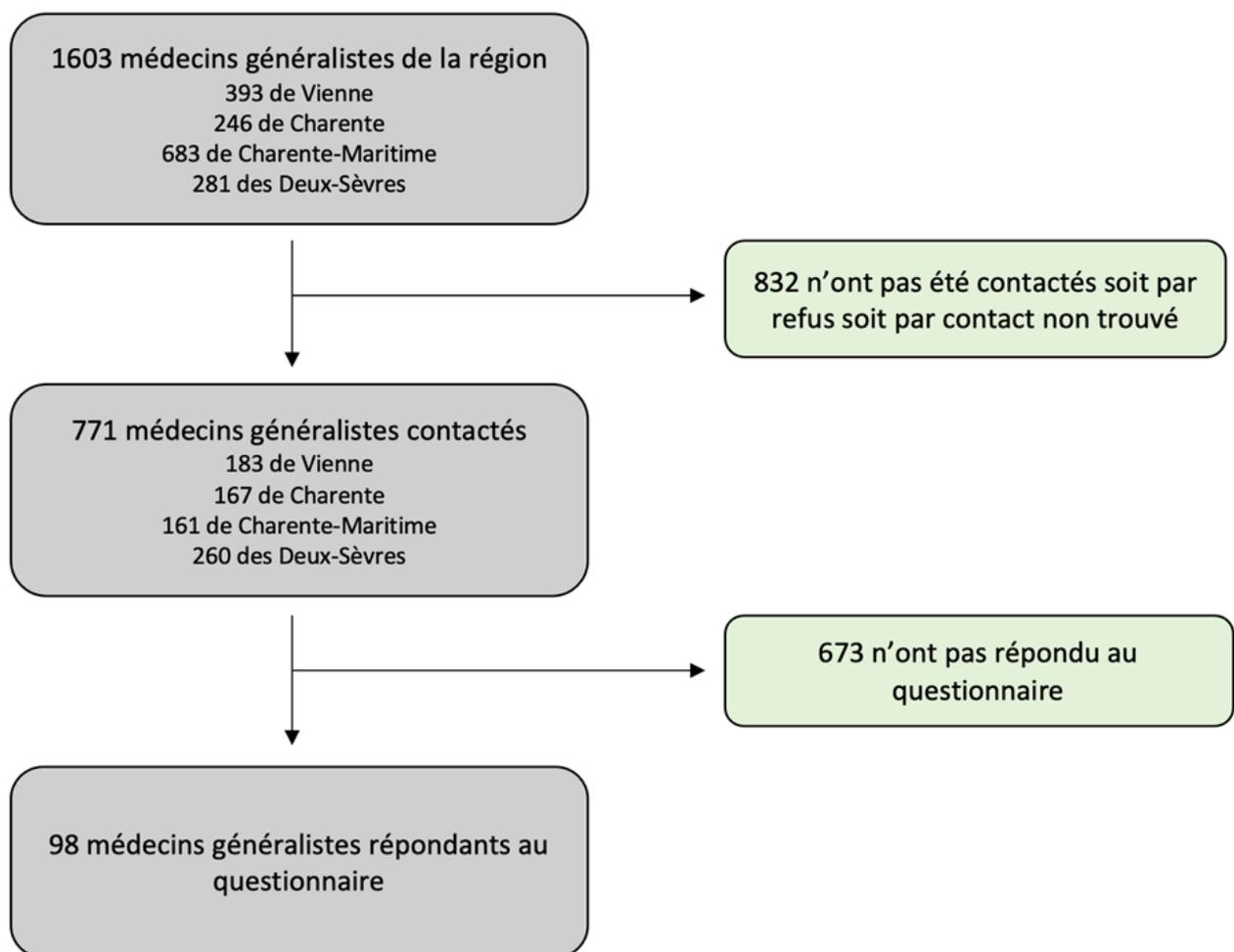


Figure 3 : Diagramme de flux de l'échantillon

Sur les 98 médecins ayant répondu, 55% sont des femmes (n=54) et 45% sont des hommes (n=44). Respectivement, 30% des médecins sont de la Charente (n=29), 22% de la Charente-Maritime (n=22), 22% des Deux-Sèvres (n=22) et 26% de la Vienne (n=25). Plus de

la moitié des répondants ont de moins de 45 ans (53%). Les différents lieux d'exercices sont également représentés sur la figure n°4.

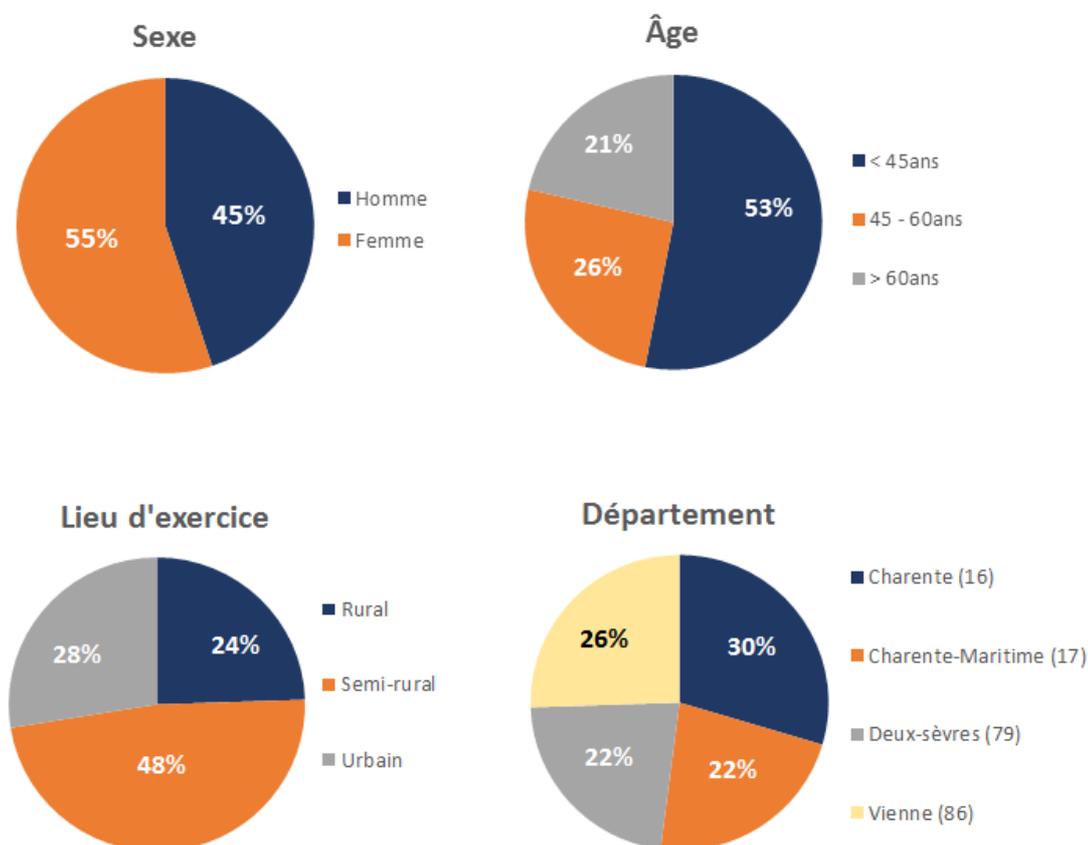


Figure 4 : Répartition de la population d'étude en fonction du sexe, de l'âge, du département et de la zone d'exercice.

III.1.2. Évaluation des différentes connaissances des médecins généralistes.

III.1.2.1. Description de leur patientèle :

Nous avons interrogé les médecins sur les caractéristiques de leur patientèle. Celle-ci est basée sur une estimation du nombre de patients qu'ils suivent. Plus de 90% estiment leur patientèle à moins de 2000 individus.

De plus, 90% des médecins considèrent avoir moins de 25% du total de leur patientèle correspondant à de jeunes hommes de moins de 26 ans.

III.1.2.2. Connaissance des orientations sexuelles de sa propre patientèle :

Devant le caractère sexualisant et intime de cette indication vaccinale, nous nous sommes intéressées à la connaissance de l'orientation sexuelle qu'ont les médecins généralistes de leur patientèle. Nous avons donc posé la question de manière à évaluer leur niveau de connaissance par une simple question : « Comment estimez-vous votre niveau de connaissance sur l'orientation sexuelle de votre patientèle ? ». Au total, 58% des médecins (n=56) déclarent avoir

un niveau de connaissance comme moyen, 19% des médecins (n=19) se qualifient comme mauvais sur la connaissance de celle-ci, et seulement 23% des médecins (n=23) se décrivent comme avoir une bonne connaissance de l'orientation sexuelle de leurs patients.

Cette question a également fait l'objet d'une analyse stratifiée en fonction de chaque variable caractérisant le médecin généraliste (sexe, tranche d'âge, département et milieu d'exercice) grâce au test du KHI deux. Il en résultait une indépendance des variables selon le sexe, le département et le milieu d'exercice. Néanmoins, l'hypothèse H0 a été rejetée avec une p-valeur <0.05, concernant l'analyse des variables « âges » et « connaissance de l'orientation sexuelle » ne permettant pas de conclure à l'absence de lien entre les deux. Un test de Pearson a été réalisé selon ces deux variables et montre une corrélation positive. Ce qui nous permet de conclure que plus le médecin est âgé et mieux il connaît l'orientation sexuelle de ses patients.

Caractéristiques socioprofessionnelles		Connaissance de l'orientation sexuelle des patients				p-value
		Bonne	Moyenne	Mauvaise	Total	
		N=23 n(%)	N=56 n(%)	N=19 n(%)	N=98 n(%)	
Sexe	Hommes	13 (13%)	26 (27%)	5 (5%)	44 (45%)	0,1380
	Femmes	10 (10%)	30 (31%)	14 (14%)	54 (55%)	
Âge	< 45 ans	7 (7%)	34 (35%)	11 (11%)	52 (53%)	0,0376*
	45 – 60 ans	8 (8%)	10 (10%)	7 (7%)	25 (26%)	
	> 60 ans	8 (8%)	12 (12%)	1 (1%)	21 (21%)	
Département	Charente	7 (7%)	16 (16%)	6 (6%)	29 (30%)	0,5898
	Charente Maritime	7 (7%)	12 (12%)	3 (3%)	22 (22%)	
	Deux Sèvres	3 (3%)	16 (16%)	3 (3%)	23 (22%)	
	Vienne	6 (6%)	12 (12%)	7 (7%)	25 (26%)	
Milieu d'exercice	Urbain	6 (6%)	17 (17%)	4 (4%)	27 (28%)	0,3538
	Semi rural	13 (13%)	27 (28%)	7 (7%)	47 (48%)	
	Rural	4 (4%)	12 (12%)	8 (8%)	24 (24%)	

Tableau 3 : Comparaison du niveau de connaissance de l'orientation sexuelle de sa patientèle en fonction des caractéristiques socio-professionnelles.

Aussi, 64% des médecins généralistes (n=63) estiment avoir moins de 5% d'hommes homosexuels dans leur patientèle et 29% (n=28) avouent ne pas savoir le taux que cette population représente.

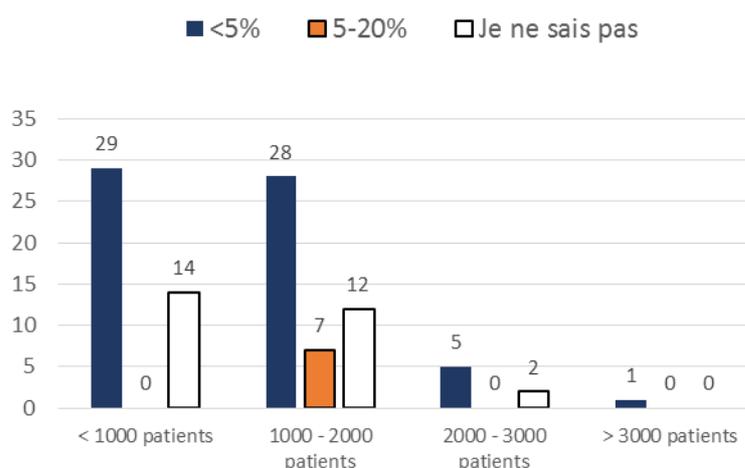


Figure 5 : Proportion d'HSH estimé en pourcentage en fonction du nombre d'individu dans la patientèle du médecin généraliste.

III.1.2.3. Connaissance de l'indication vaccinale de l'HPV :

Lors de notre étude, nous avons exploré la connaissance qu'ont les médecins généralistes sur des indications vaccinales de l'HPV. Ce questionnaire étant diffusé entre novembre 2020 et janvier 2021, l'extension de la vaccination à la population des jeunes garçons était déjà inscrite au calendrier vaccinal 2020.

Sur le total des interrogés, seulement 9,1% des médecins (n=9) énoncent la totalité des indications à la vaccination HPV. Ces indications étant : les filles et les garçons de 11 à 14 ans avec un rattrapage possible, les HSH jusqu'à 25 ans inclus, les immunodéprimé(e)s jusqu'à 18 ans et les candidat(e)s à la transplantation d'organes à partir de 9 ans.

Néanmoins, 67,3% des médecins généralistes (n=66) connaissent l'indication vaccinale de l'HPV chez les HSH de moins de 26 ans, dont 37 sont des femmes et 29 des hommes.

III.1.2.4. Connaissance des complications de l'HPV :

Nous avons interrogé les médecins sur leur connaissance que pouvait induire une infection par l'HPV chez les HSH. 99% des médecins (n=97) citent les condylomes. 85% (n=83) connaissent les complications comme les cancers ORL et les cancers ano-rectaux. Seulement 10% (n=10) indiquent connaître la papillomatose respiratoire comme complication de l'infection à HPV.

Au total, seulement 8 médecins généralistes sur 98 (8,2%) citent correctement la totalité des complications que peut entraîner cette infection.

III.1.3. Pratique de la vaccination anti-HPV chez les HSH de moins de 26 ans.

III.1.3.1.Évaluation de la pratique de la vaccination

Par ce questionnaire nous avons cherché à évaluer combien de médecins généralistes pratiquaient cette vaccination en cabinet libéral dans le Poitou-Charentes.

Au total, sur 98 médecins interrogés, 24,5% (n=24) déclarent avoir déjà vacciné un HSH de moins de 26 ans. Sur ces 24 personnes que l'on décrira comme « vaccinateurs », 17 sont des femmes (71%) et 7 sont des hommes (29%). La répartition géographique et la répartition en fonction de l'âge sont décrites sur les graphiques en figure n°6.

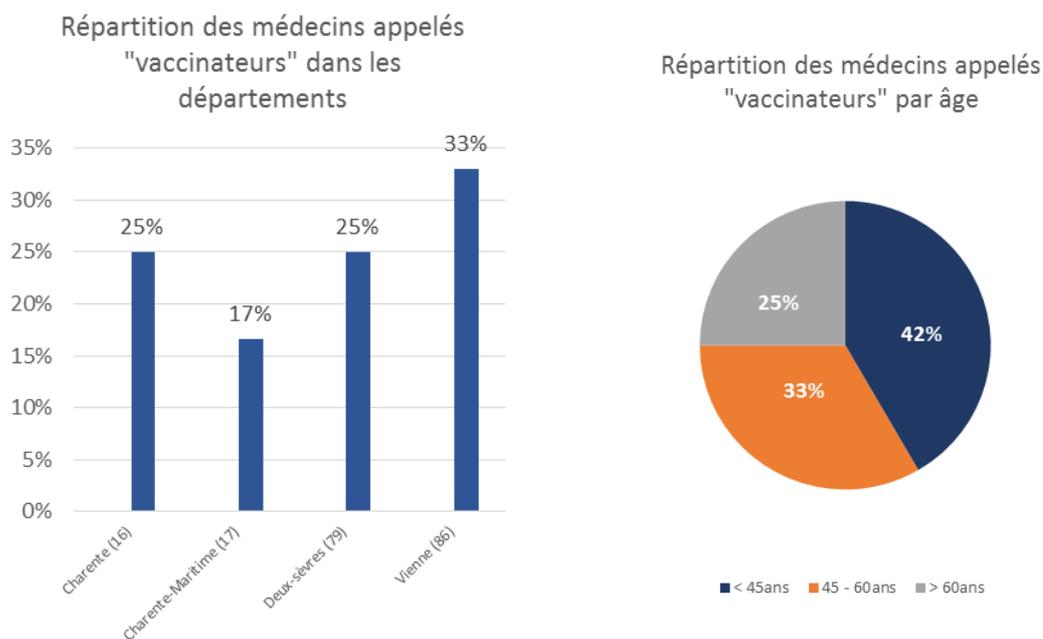


Figure 6 : Répartition des médecins vaccinateurs selon le département et selon l'âge.

Tous les médecins généralistes vaccinateurs connaissaient l'indication. À l'inverse, 42 médecins ne pratiquent pas cette vaccination malgré la connaissance de celle-ci. Ce qui amène à se poser des questions concernant les freins à la réalisation de cet acte médical.

Nous avons réalisé une analyse stratifiée en fonction de chaque variable caractérisant le médecin généraliste (sexe, tranche d'âge, département et milieu d'exercice) et la réalisation de la vaccination grâce au test du KHI deux. Nous avons pu conclure, avec un p-valeur <0.05, qu'il n'y avait pas de corrélation entre les caractéristiques du médecin et le fait de vacciner ou non.

Caractéristiques socioprofessionnelles		Médecins inclus dans l'étude			p-value
		Vaccinateurs	Non vaccinateurs	Total	
		N=24 n(%)	N=74 n(%)	N=98 n(%)	
Sexe	Hommes	7 (7%)	37 (38%)	44 (45%)	0,1219
	Femmes	17 (17%)	37 (38%)	54 (55%)	
Âge	< 45 ans	10 (10%)	42 (43%)	52 (53%)	0,4212
	45 – 60 ans	8 (8%)	17 (17%)	25 (26%)	
	> 60 ans	6 (6%)	15 (15%)	21 (21%)	
Département	Charente	6 (6%)	23 (23%)	29 (30%)	0,6697
	Charente Maritime	4 (4%)	18 (18%)	22 (22%)	
	Deux Sèvres	6 (6%)	16 (16%)	23 (22%)	
	Vienne	8 (8%)	17 (17%)	25 (26%)	
Milieu d'exercice	Urbain	8 (8%)	19 (19%)	27 (28%)	0,4979
	Semi rural	9 (9%)	38 (39%)	47 (48%)	
	Rural	7 (7%)	17 (17%)	24 (24%)	

Tableau 4 : Comparaison médecins dit « vaccinateurs » et des « non vaccinateurs » en fonction des caractéristiques socioprofessionnelles.

III.1.3.2. Évaluation des Pratiques vaccinales des médecins « vaccinateurs » :

Les 4 questions suivantes étaient destinées aux médecins ayant déjà réalisés la vaccination anti-HPV chez les HSH. Elles étaient réalisées avec le barème suivant : systématiquement, parfois, rarement, jamais.

Les médecins déclarent à 38% (n=9) aborder systématiquement le sujet de la vaccination anti-HPV lors d'une consultation avec un patient HSH de moins de 26 ans. En revanche, 54% (n=13) ne le font que parfois et seulement 8% (n=2) que rarement.

De plus, 96% (n=23) des médecins déclarent insister sur la vaccination quand le patient y est réticent (respectivement : 38% systématiquement et 58% parfois). Dans 25% (n=6) des cas, c'est à la demande du patient (4% systématiquement, 21% parfois) que le médecin réalise cette vaccination. En comparaison, 42% (n=10) des médecins expriment que cette demande n'est que rarement faite par le patient et 33% (n=8) déclarent que celle-ci n'est jamais faite par le patient.

On note que la totalité des vaccinateurs relatent utiliser le Gardasil 9®.

III.2. Résultats de la partie qualitative :

III.2.1. Données générales :

III.2.1.1. Description de la population :

Quatorze médecins du Poitou-Charentes ont participé à la seconde partie de notre étude.

Sur ces 14 médecins, notre critère principal était d'obtenir des entretiens de vaccinateurs et de non vaccinateurs. Sur ces médecins interviewés, 5 ont déjà réalisé la vaccination dans l'indication vaccinale des HSH de moins de 26 ans. Un médecin déclare avoir conseillé le vaccin mais n'avoir eu que des refus de la part de sa patientèle. En revanche, 8 ne l'ont jamais réalisé ni proposé.

La figure 7 représente les caractéristiques des différents médecins participants à cette seconde partie d'étude.

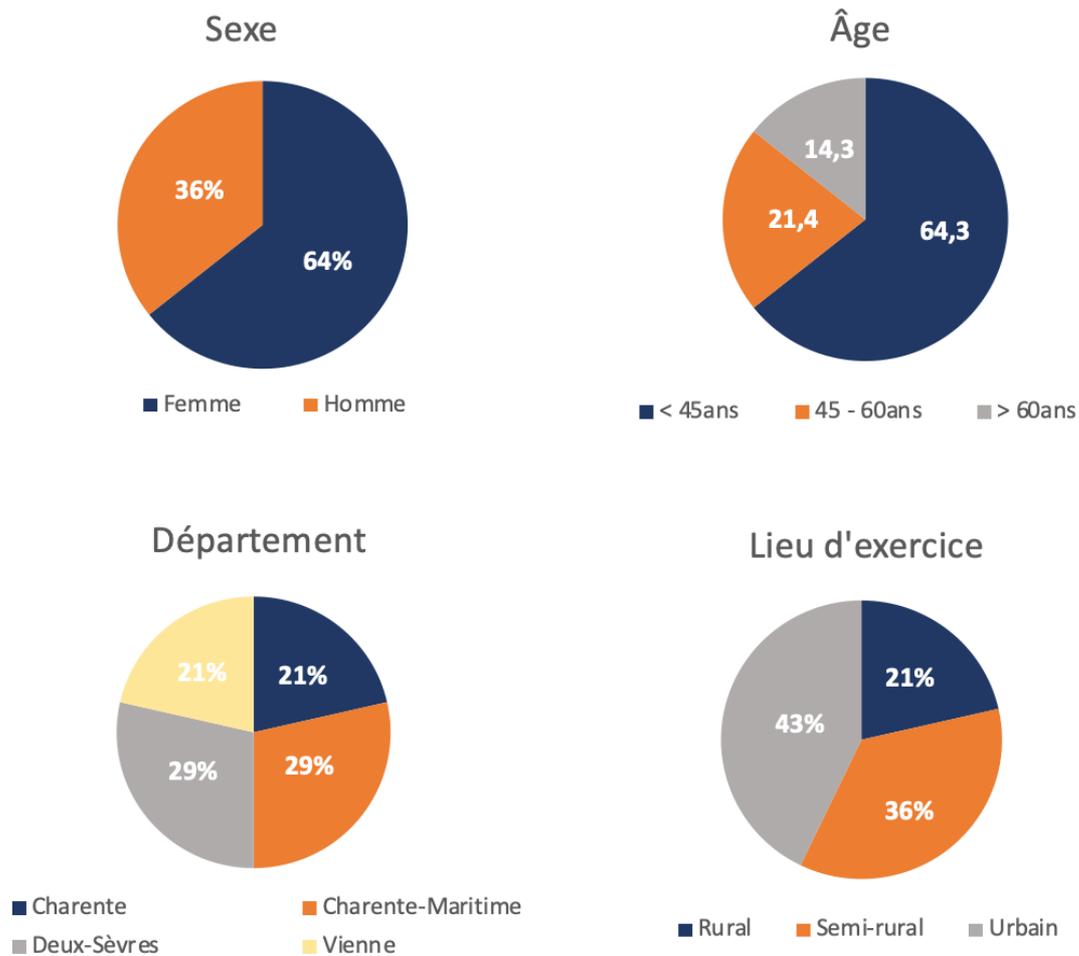


Figure 7 : Caractéristiques des médecins généralistes interviewés dans la partie qualitative.

III.2.1.2. Données des entretiens :

Les 14 entretiens ont été réalisés en face-à-face ou en visioconférence avec le logiciel Zoom®. La durée moyenne d'enregistrement était de 16 minutes 58 secondes (de 9'09'' à 31'13'')

L'analyse a permis de définir des axes principaux : la pratique et la perception générale de la vaccination anti-HPV des médecins généralistes, le ressenti global sur l'abord de la sexualité, les difficultés à la réalisation de cette vaccination, les arguments et leviers à exploiter pour réaliser cette vaccination et enfin des pistes pour améliorer la couverture vaccinale en France.

La saturation des données a été obtenue à partir du 10^e entretien. L'analyse du 11^e, 12^e, 13^e et 14^e entretien n'ont pas ajouté de nouveaux codes principaux à l'analyse. Néanmoins, ces entretiens étant déjà programmés, ils ont été tout de même réalisés.

III.2.2. Pratiques et perceptions générales des médecins généralistes interviewés concernant la vaccination anti-HPV des HSH de moins de 26 ans :

III.2.2.1. Réalisation de la vaccination chez les médecins interviewés :

Lors de nos entretiens nous avons comme objectif principal d'obtenir les opinions de médecins « vaccinateurs » et des « non vaccinateurs ». Chaque médecin a été interrogé sur la réalisation de cette vaccination et selon quelles indications.

III.2.2.1.1. Réponses des médecins interviewés « vaccinateurs » :

Sur les 5 médecins « vaccinateurs », deux d'entre eux déclarent exercer leur pratique selon les **indications du calendrier vaccinal** :

MG9 « Donc si je peux résumer, je suis favorable à cette vaccination là et je la fais dans mon cabinet quand c'est possible. »

MG14 « Mais c'est vrai que sur les garçons, je n'ai eu à en vacciner qu'un, car c'est le seul dont j'ai été informée de l'orientation sexuelle et qui était dans la tranche d'âge de vaccination. »

Deux autres médecins déclarent vacciner **tous les jeunes garçons** en s'affranchissant du caractère sexuel de cette vaccination :

MG5 « C'est que moi je vaccine depuis un certain temps tous les garçons. Après je n'ai pas d'à priori, je ne me suis jamais référé sur les recommandations concernant l'homosexuel. L'argument pour vacciner mes jeunes ados masculins c'est de dire à leurs parents qu'on ne connaît pas leur orientation sexuelle future et que l'on ne peut pas savoir s'il sera hétérosexuel ou homosexuel. »

MG7 « Mais moi j'avais commencé à vacciner les jeunes garçons avant que l'indication passe car de toute façon aucun pharmacien n'allait vérifier si le jeune garçon était homosexuel ou non. (...) Par contre les homosexuels, systématiquement je le fais. »

Enfin, un médecin déclare avoir réalisé cette vaccination **hors recommandation** :

MG6 « Je l'ai prescrit mais à un homme de 45-50 ans, bisexuels, qui a de nombreux partenaires. »

III.2.2.1.2. Réponses des médecins interviewés « non vaccinateurs » :

En revanche, pour la moitié des médecins, l'absence de réalisation de cette vaccination a été justifiée par le fait qu'ils **ne connaissent pas ou peu cette indication** :

MG1 « Je ne savais pas du tout que c'était indiqué pour les homosexuels, je n'avais pas connaissance de l'indication de cette vaccination avant l'extension en 2020 aux garçons. »

MG2 « Ah bah non je n'ai pas eu connaissance de l'indication si tôt que ça. Moi ça a été en 2020 que j'ai su ça. »

MG3 « Oui pour les homosexuels je n'en avais pas la connaissance. »

MG8 « Alors je la connaissais mais c'est indiqué par la HAS depuis peu de temps, l'indication de vacciner les garçons et notamment les homosexuels hommes. Après je ne sais pas s'il y avait une indication chez les homosexuels avant que ce soit étendu à tous les garçons. »

MG12 « Non je ne la connaissais pas et puis je n'y étais pas très sensible car dans ma patientèle je dois avoir un seul jeune homme de moins de 26 ans homosexuels. »

Comme le médecin MG12, d'autres médecins justifient le fait ne pas réaliser cette vaccination par **manque de patients correspondant à la population cible** :

MG11 : « Oui je la connaissais, je ne l'ai pas encore mise en pratique car ce n'est pas non plus ... enfin je dois avoir deux personnes homosexuelles dans ma patientèle à ma connaissance. Mais ils ont plus de 26 ans. »

MG13 « Et après je n'ai pas une patientèle où il y a des adultes homosexuels donc je ne me suis jamais posé la question. »

Un des médecins déclare ne pas vacciner par **oubli** :

MG10 « Non je n'y pense pas vraiment chez les adultes et jeunes adultes. »

Pour finir, seul un médecin a affirmé qu'il n'a jamais pu réaliser cette vaccination devant le **refus de ses patients** à la proposition :

MG4 « Je n'ai jamais vacciné un homosexuel. Je n'ai jamais eu un homme homosexuel qui m'ait demandé de le vacciner. J'ai deux couples d'homosexuel qui sont jeunes, je leur ai proposé mais personne ne s'y est intéressé. »

III.2.2.2. Connaissance de l'indication :

La vaccination du papillomavirus chez les HSH était initialement destinée aux CeGIDD et aux centres de vaccination. Il nous a paru intéressant de savoir par quel moyen les médecins interviewés ont pris connaissance de cette indication.

Certains médecins ont déclaré avoir connu cette indication via **des confrères** :

MG5 « Ce qui m'a fait me lancer dans cette vaccination c'est un collègue ORL sur Niort qui m'avait emmené son fils de 12-13 ans en me demandant de le vacciner car, lui en tant que ORL, il voyait déjà une émergence de cancer ORL dû au papillomavirus. »

D'autres sont sensibilisés par le contact avec **les étudiants en médecine** :

MG2 « En fait, ça a surtout été initié par les internes qui sont avec moi. Ils me disaient qu'on pouvait peut-être proposer la vaccination du papillomavirus, alors je leur dis que oui c'est vrai, je l'oublie toujours chez les ados. »

MG6 « Moi c'était des étudiants en médecine qui me l'ont appris. »

Ou par **des formations continues** :

MG13 « J'en avais entendu parler en 2019 lors d'un séminaire fait par le Pr Roblot qui parlait de la vaccination chez les homosexuels, et j'avais appris à ce moment-là que ce vaccin était remboursé à l'époque chez les hommes homosexuels. »

MG10 « Je l'ai appris en lisant prescrire. »

De même, certains par **leur parcours professionnel** :

MG9 « J'ai été rapidement sensibilisée car j'ai travaillé à l'hôpital pendant 18 ans au centre de planification et d'éducation familial (CPEF) où notre quotidien c'était la contraception et les IVG. Et dans le cadre de la contraception, il y avait forcément le dépistage des maladies sexuellement transmises. Non seulement chez la femme mais aussi au sein du couple, quel que soit le couple, qu'il soit hétérosexuel ou homosexuel. »

MG7 « La première fois que j'en ai entendu parler, c'est quand je suis passée en tant qu'interne au CeGIDD en stage de médecine interne. »

MG11 « Je l'ai appris en cours. »

Seul trois des médecins interviewés ne connaissaient pas cette indication auparavant et ont été sensibilisés **grâce au travail de cette thèse** :

MG1 « Ah ben c'est par votre thèse que j'ai appris cette indication ! »

MG12 « C'est ta thèse qui m'a sensibilisé à cette indication. »

III.2.2.3. Motifs de consultation amenant à la vaccination :

Afin de comprendre les pratiques de ces 14 médecins, nous les avons interrogés sur les différentes consultations où ils pouvaient ou pensaient aborder le sujet de cette vaccination.

Pour cinq de ces médecins, **toutes les consultations** sont le moyen de parler de cette vaccination :

MG2 « Ça fait partie des propositions lors d'une consultation pour tous motifs. »

MG4 « Je n'ai pas de consultation dédiée à cela, je l'intègre facilement dans mes autres consultations. »

MG5 « Je l'intègre dans toutes mes consultations. »

D'autres profitent d'**une consultation lors d'un certificat médical** pour faire le point sur la vaccination :

MG3 « A l'occasion des certificats de sport, je fais le point des vaccins. »

MG8 « Lors d'un certificat de sport, souvent j'aborde la vaccination en générale, je fais le point. ».

Des consultations annuelles pour le suivi et la prévention sont mentionnées par quelques médecins :

MG14 « Moi je propose très souvent des entretiens en deux temps. C'est-à-dire, lors de la première rencontre, je les vois avec les parents pour qu'ils m'expliquent la problématique ou le motif de consultation. Et systématiquement je propose un temps seul avec l'adolescent, où justement on peut aborder les questions de contraception, sexualité, drogues, état dépressif. (...) Et systématiquement les ados, quand je les rencontre, je demande à les voir une fois par an. Ne serait-ce que pour un suivi rachis, développement, croissance staturo-pondérale, vaccination et suivi psychologique car c'est une période charnière. »

MG3 « Lors d'une consultation sans motifs, c'est-à-dire une consultation où ils ne viennent pas pour quelque chose en particulier. J'en profite pour voir les ATCD familiaux etc... dont les vaccins. »

Certains profitent de la **réalisation des autres vaccins** :

MG8 « Ça peut être à l'occasion des rappels du vaccin DTPolio entre 11 et 13 ans, là du coup, j'en profite pour glisser la vaccination papillomavirus ».

Seul le médecin MG7 propose la vaccination lors d'**une consultation pour une IST**.

MG7 « Je crois qu'il était venu pour un dépistage d'IST suite à un rapport à risque. »

III.2.2.4. Opinion générale de la vaccination anti-HPV chez les HSH :

Globalement, les médecins généralistes interviewés sont **favorables à la vaccination anti-HPV chez les HSH** :

MG3 « Je suis classée parmi les pro-vaccins. »

MG5 « J'avais pris les recommandations, j'avais vu des patients homosexuels et je m'étais dit ... bah on va tous les vacciner. Et j'ai commencé comme ça. Je suis un peu un extrémiste de la vaccination, donc ça m'intéresse. »

MG10 « Oui j'ai plutôt une tendance favorable à cette vaccination y compris chez les homosexuels hommes. »

MG13 « Je suis pro vaccin, donc je suis très favorable à cette vaccination. »

Néanmoins, un médecin émet dans son discours une **opinion positive tout en étant attentif à ne pas négliger les autres moyens de préventions** :

MG4 « Je ne pense pas qu'il s'agisse d'une vaccination qui pose problème. Moi je le dis ok on vaccine, mais on n'oublie pas de faire de la prévention ! »

Seul un des médecins interviewés est **défavorable à cette vaccination** :

MG1 « Après je trouve que ce vaccin-là est un choix personnel : Quel pari on veut faire ? Est-ce qu'on décide de faire le pari du vaccin ou est-ce qu'on décide de faire le pari de pas le faire ? (...) j'avoue ne pas être hyper motivée par ce vaccin. »

Globalement, les médecins déclarent être favorables à cette vaccination. Seul un médecin exprime une opinion négative dont la justification sera abordée dans les parties suivantes.

Les médecins vaccinateurs proposent parfois le vaccin à leur patientèle selon les indications strictes pendant que d'autres s'affranchissent du caractère sexuel avec comme argument l'orientation sexuelle encore à définir du jeune garçon. Mais tout de même, un médecin relève proposer le vaccin hors recommandation. Les médecins non vaccinateurs admettent, eux, ne pas vacciner par manque de connaissance de l'indication. Quelques-uns affirment que c'est un problème de population cible qu'ils ne présentent pas dans leur patientèle. Enfin parfois l'oubli du médecin ou le manque d'intérêt du patient peut en être aussi la cause.

Les confrères, les étudiants en médecine, les formations continues, les parcours professionnels et cette thèse sont les différentes sources qui ont permis aux médecins de connaître cette indication.

Pour finir, beaucoup d'entre eux intègrent la discussion autour de la vaccination dans toutes leurs consultations. Mais d'autres utilisent les consultations pour des certificats médicaux, pour les autres vaccins ou pour des motifs comme les IST afin d'aborder le vaccin anti-HPV. Une des pistes d'amélioration, qui sera développé dans les parties suivantes, évoque une consultation annuelle de suivi pour aborder ce sujet.

III.2.3. Ressenti global sur l'abord et la connaissance de la sexualité de sa patientèle (Annexe 5) :

La vaccination de cette tranche de population particulière requière la connaissance de la sexualité de sa patientèle. Ce qui n'est pas toujours simple à approcher dans les consultations de médecine générale. Ainsi lors des entretiens, la question de l'abord de la sexualité s'est naturellement posée au cours de la conversation. Frein pour certains ou facilité pour d'autres, nous avons pu récolter un large panel d'avis sur la question. Certains médecins nous avouent que **l'abord de la sexualité est facile pour eux** :

MG4 « Moi j'aborde la sexualité facilement. »

MG9 « Aborder la sexualité ça me paraît tellement normal. »

MG14 « Il n'y a pas de tabou, on peut parler de tout et je préfère qu'ils me posent des questions. Il n'y a pas de questions bêtes et je ne suis pas dans le jugement, et c'est mieux que de faire des bêtises. C'est abordé presque naturellement avec les ados que je suis. Après j'ai un franc parlé avec mes patients, qu'ils soient enfants ou adultes. Les gens voient que je suis assez abordable et disponible. »

Lors d'un entretien, la connaissance de l'orientation sexuelle est mentionnée comme **nécessaire à la bonne prise en charge des patients** :

MG9 « Il est vrai que j'ai cette facilité à aborder la sexualité. Cela fait partie des questions que je pose régulièrement, et pas que la première fois. C'est comme les violences « avez-vous été victime de violence » ce n'est qu'une seule phrase. (...) Et bien il faut aborder la sexualité, et poser la question « où en êtes-vous dans votre sexualité », si on ne la pose pas, on ne pourra jamais avancer de mon point de vue. »

Mais pour la majorité des médecins, l'abord de cette sexualité est un sujet compliqué. La plupart avouent **ne pas connaître l'orientation sexuelle et le regrettent** :

MG2 « Donc l'orientation sexuelle des gens ça me pose problème. Ça me semble important mais je n'ai pas encore trouvé comment poser la question. Je ne me sens pas très à l'aise avec ça. »

MG6 « Je n'ai eu qu'un jeune de 20 ans avec qui j'ai abordé le sujet. Mais sans qu'il m'en parle, je n'aurais jamais posé la question des pratiques sexuelles. Et ça c'est dommage... mais ça dépend des relations. »

MG12 « Alors non je ne connais pas l'orientation sexuelle de ma patientèle et c'est un grand défaut. »

Une partie des médecins ont des difficultés à introduire le sujet devant **le genre masculin du patient** :

MG3 « Mais interroger spontanément les patients j'ai du mal, sauf avec les filles. »

MG8 « C'est plus sur l'orientation sexuelle à la limite des garçons. Ce n'est pas toujours des choses qu'on aborde avec les garçons. »

MG10 « Chez les filles on commence par l'histoire de la contraception, des cycles menstruels... Chez les garçons comme on n'a pas d'abord plus progressif, c'est un peu plus frontal et comme c'est plus frontal je me sens plus gênée. Chez les garçons c'est plus difficile, on ne peut pas l'aborder au passage... »

Pour quelques-uns, le souci étant **la discussion de sexualité avec l'adolescent** :

MG2 « Moi je me pose toujours cette question de comment aborder l'orientation sexuelle entre 19 et 26 ans par ce qu'on n'est pas dans une indication habituelle. »

MG10 « C'est difficile la discussion autour de l'orientation sexuelle, c'est délicat chez les adolescents, plus que chez les adultes. »

De manière générale, **la peur de la réaction du patient** est également un frein à l'abord de la sexualité :

MG7 « Par pudeur pour nous, car ça nous dérange d'interroger quelqu'un sur ça. On se demande comment il va le prendre. Est ce qu'il va le prendre comme un jugement ? C'est toujours un peu compliqué. »

MG10 « Non je ne demande jamais leur orientation sexuelle, après ça vient spontanément ou pas mais je ne veux pas ni les choquer ni qu'ils aient l'impression que je les catalogue. »

Lors des entretiens, des médecins confient **ne pas se sentir légitime à poser cette question**, soit par **manque d'expérience** :

MG11 « C'est vrai que je devrais poser la question, surtout pour les dépistages, mais je suis tout juste installé donc j'ai une confiance à reconstruire avec ma patientèle et ça peut être une question délicate à aborder. »

Ou par **leur condition de médecin de famille** :

MG6 « Nous, on les connaît quand ils étaient petits, ils ne viennent pas chez moi pour parler de sexualité. Je suis déjà le médecin des parents, voir des grands parents alors vous comprenez ça peut gêner. »

Ou par **leur spécialisation de généraliste** :

MG2 « On avait fait des FMC sur les maladies sexuellement transmissibles. Et on nous a dit qu'effectivement les infectiologues le demandent. Ils nous disent « il faut systématiquement poser la question. » Mais bon eux ils sont infectiologues, ils les voient de temps en temps ou régulièrement mais pour ces pathologies-là. Nous on les voit pour tout autre chose. Donc la question de l'orientation sexuelle ne vient pas comme ça, dans l'examen clinique ou dans l'interrogatoire. »

Pour finir, un seul médecin **ne voit pas d'intérêt à connaître la sexualité de sa patientèle** :

MG1 « Je n'ai jamais posé la question parce que je n'ai jamais eu besoin de poser cette question, de parler de sexualité. »

En résumé, les ressentis des médecins divergent sur la question de l'abord de la sexualité. Pendant que certains se sentent à l'aise avec la question et la juge nécessaire à la bonne prise en charge de leurs patients, d'autres éprouvent une réelle difficulté à parler de ce sujet, le regrettant la plupart du temps. La sexualité chez la femme est souvent vite abordée grâce à la mise en place de la contraception. Mais la discussion autour de la sexualité avec les hommes en général peut être plus difficile à introduire, et ce encore plus avec les adolescents. Parfois, la crainte de la réaction du patient face à ce type de question est un frein à l'abord de la sexualité. Des médecins mentionnent aussi ne pas se sentir légitime à poser ce genre de question. Enfin, seul un médecin avoue ne pas avoir d'intérêt à connaître l'orientation sexuelle.

III.2.4. Difficultés mises en évidence à la réalisation de la vaccination : (Annexe 6)

III.2.4.1. Le vaccin vu comme frein :

La difficulté à la réalisation de cette vaccination est selon certains médecins lié au vaccin contre papillomavirus lui-même.

Le **doute sur l'efficacité** du vaccin empêche certains médecins de proposer cette vaccination :

MG1 « Comme je n'ai pas forcément de données réellement franches sur son efficacité qui est celle sur la prévention des cancers, c'est difficile de dire aux gens : « oui il faut le faire, il faut prendre ce risque-là ». »

MG3 « Des craintes sur les effets indésirables, non. Des craintes sur le peu d'intérêt, oui. »

MG4 « Le problème il est là, pas sur la vaccination en elle-même, mais sur in fine que va apporter la vaccination sur le développement des cancers ? »

MG10 « Après mes questions c'est toujours par rapport à l'efficacité. »

Les effets indésirables sont encore prépondérants dans l'esprit des médecins interviewés :

MG1 « C'est le risque de syndrome de Guillain barré qui reste pour moi le souci majeur avec ce vaccin. »

MG11 « Il y a peut-être un sur risque de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin qui avait été signalé par l'ANSM. »

Le prix élevé devant les autres vaccins est encore déclaré comme frein à cette vaccination :

MG6 « je pense que le coût économique joue. Il est vraiment trop cher par rapport au reste... je ne comprends pas pourquoi. Il y a des intérêts qui nous dépassent quoi. »

Il a été signalé par deux médecins que l'indication vaccinale chez les HSH **ne figure pas dans les indications du Gardasil 9® sur le Vidal** :

MG2 « Je regardais régulièrement sur le Vidal, et en fait je ne voyais pas l'indication ni le remboursement. Donc en fait dans ma tête ça a été aussi confus parce qu'on en parlait, des thèses en parlaient, des écrits en parlaient, mais je ne voyais jamais le remboursement ni les indications. Donc le fait que le Vidal ne le mentionne pas est déjà un frein pour moi. »

MG3 « Si ce n'est pas noté sur le Vidal je ne le prescrirais pas. »

Enfin, un médecin signale son inquiétude quant à la vaccination qui **pourrait entraîner une baisse du dépistage chez les femmes**.

MG4 « Mais je pense que le risque avec cette vaccination c'est qu'il y ait une ré-augmentation des cancers suite à un arrêt du dépistage. C'est ça ma crainte, ce n'est pas tellement le vaccin en lui-même, c'est que la vaccination empêche une part de prévention. »

III.2.4.2. Le médecin généraliste vu comme frein :

Le médecin généraliste lui-même est un obstacle à la réalisation de la vaccination anti-HPV chez les HSH. Dans la majorité des entretiens, on retrouve **le manque de connaissance et d'information** de cette indication qui est un facteur prépondérant à la non-réalisation de celle-ci.

MG6 « Oui il y avait eu une campagne médiatique importante à la télé ... mais pour les filles. Pour les garçons HSH on n'en a pas entendu parler. »

MG8 « Je n'ai absolument pas vu circuler de prévention papier pour les garçons HSH et les pathologies que ça peut induire chez eux. »

MG12 « Le seul frein que je vois c'est mon manque de connaissance de l'indication. »

Mais il y a aussi le **manque d'implication** des médecins généralistes qui est cité à plusieurs reprises :

MG6 « Ma remplaçante, car je vais partir en retraite, est beaucoup plus motivée par le gardasil. »

MG12 « On est sur une population homosexuelle, il y a des médecins qui sont parfois plus impliqués. »

Le manque de temps est évoqué comme entrave à la vaccination :

MG10 « Mais la discussion sur le vaccin HPV ça demande du temps. Donc quand je n'ai pas le temps et que c'est une pathologie aigue, je prends rarement le temps. »

MG13 « Je pense qu'il y a des médecins qui n'ont pas le temps, d'autres qui ne prennent pas le temps. »

La localisation géographique du cabinet peut parfois être défavorable :

MG12 « Après c'est particulier car j'exerce en Charente-Maritime près de Royan et ma patientèle est surtout faite de dames de plus de 65 ans. Donc pour avoir la population cible tu comprends... »

MG13 « Après moi je suis à la campagne, je n'ai pas trop un public de jeunes homosexuels. »

L'installation récente du médecin est parfois un argument avancé :

MG1 « Bon je n'ai pas eu l'info en 2016. Mais en 2016 j'étais jeune remplaçante. Et en tant que remplaçant on ne reçoit pas les informations. Ce qui est assez déplorable. »

MG5 « Mais je ne suis pas installé depuis longtemps, je suis là que depuis 2015. Donc le temps de me mettre dans le bain, je reprenais au fur et à mesure les indications vaccinales. »

Enfin, **l'éducation propre** du médecin est parfois mise en cause.

MG3 « Je pense que c'est une construction socio culturelle que j'ai, et qui gagnerait à être changée comme beaucoup d'autres de nos reflexes. »

MG9 « Du coup les gros tabous judéo-chrétiens, je les ai aussi subis sur mon éducation comme tout le monde mais j'essaie de militer pour qu'on avance. »

III.2.4.3. Les facteurs extrinsèques vus comme freins :

Des facteurs indépendants du médecin et du vaccin sont aussi mis en cause selon les médecins interviewés. Le patient lui-même est souvent un frein à la vaccination. Compte tenu du jeune âge de cette tranche de population, il est évoqué le fait qu'**ils consultent peu souvent** :

MG1 « Après les jeunes hommes, on les voit moins forcément donc c'est toujours plus difficile de penser à leur proposer. »

MG 7 « Et un autre biais qui est énorme c'est qu'on ne les voit pas. Ce sont des personnes qui n'ont pas de problèmes de santé, typiquement il n'y a pas d'examen systématique. »

MG8 « Et puis c'est une tranche d'âge qu'on voit peu finalement. »

MG10 « Alors le problème c'est aussi que c'est une tranche d'âge qui ne consulte pas. »

Mais également que **ces patients se sentent moins impliqués sur les questions de santé** comme la prévention contre les cancers :

MG7 « Car les cancers ORL, pour eux, comme ils sont jeunes, ils ne risquent rien en fait. Tous ce qui est cancer, les moins de 25 ans c'est « oh mais moi je n'aurais pas de cancer, je ne risque rien ». »

MG12 « Après comme on parle de jeunes de moins de 26 ans, ça sous-entend une grosse partie d'adolescents. Cet âge-là est très difficile à toucher, surtout lors des préventions de santé, car un adolescent se sent complètement immortel. »

Ici encore, on met en évidence que **la sexualisation de cette vaccination** est aussi un frein du côté du patient. En effet, à un certain âge, les médecins interviewés énoncent le fait de **ne pas avoir toujours une homosexualité assumée** :

MG8 « Moi je trouve qu'avant 26 ans ils assument moins bien que plus tard. Autant je le propose aux plus âgés hors remboursement, autant 20 ans ce n'est pas facile. »

MG12 « On est sur un domaine sensible qui est la sexualité, en plus une sexualité qui peut être difficile et incomplète pour l'individu. »

MG13 « Et puis c'est aussi difficile de savoir quand on se révèle homosexuel. À 15-16 ans on ne le sait pas ou on ne l'assume pas encore toujours. Donc c'est difficile d'en parler. »

Parfois, la question qui se pose est de **son utilité si le patient a déjà commencé ses rapports sexuels** :

MG7 « Même chez les garçons, parce que on a une limite d'âge, on se dit qu'il est neutre d'HPV, qu'il n'a pas eu de rapports donc là on est très efficace car ils ne l'ont pas. Et ceux qui l'ont déjà ? C'est ça qui est tendancieux, est ce que le service médical rendu est bon ? »

Dans certaines interviews, ils révèlent que **les parents** peuvent être eux aussi des obstacles :

MG10 « Elle n'est pas facile cette question chez les ados tant qu'ils sont accompagnés de leurs parents, car il y a rarement une discussion sur la sexualité qui est possible. Il y a le barrage des parents avec le côté tabou. »

MG13 « C'est difficile chez la maman d'accepter l'idée d'un vaccin contre des cancers ou lésions précancéreuses pour son enfant. »

MG14 « Parfois je me suis retrouvée face à des réticences parentales. Par rapport à des motifs infondés d'ailleurs. »

Et puis d'autres se sentent découragée face à **un climat anti-vaccin en France** :

MG3 « J'ai déjà l'impression de devoir batailler pour les filles, alors j'économise mes forces pour les garçons. »

MG5 « Il y a toujours l'histoire des vaccins, ce n'est pas très français. »

MG8 « Je pense que l'adhésion à la vaccination, de façon générale, est déplorable en France. »

Enfin, il a été relevé à quelques reprises que **le climat épidémique actuel du au COVID-19** n'est pas un facteur favorisant la réalisation de cette vaccination :

MG 6 « Et puis en ce moment c'est tout COVID, depuis un an on est gavé. »

MG13 « Après, avec le contexte actuel, avec la COVID, on voit beaucoup moins les enfants. Ils sont moins malades, il n'y a plus de sport. Depuis la COVID il y a moins de consultation de jeunes quand même. Ça réduit beaucoup le nombre d'enfant à qui j'en parle. »

En résumé, beaucoup de freins sont mis en évidence. Le vaccin en lui-même ne convainc pas tout le monde. Il existe encore des doutes quant à l'efficacité sur la prévention des lésions pré-cancéreuses du vaccin. Les effets indésirables, bien que réfutés, sont encore très présents dans l'esprit des médecins interviewés. Le prix relativement élevé, bien que remboursé dans les indications, peut entraîner un blocage à la prescription. Enfin il est noté que l'indication chez les HSH ne figure pas dans le Vidal, ce qui a empêché la prescription pour certains. Enfin, La peur de la diminution du dépistage des lésions pré-cancéreuses entraîné par la vaccination, est une inquiétude d'un des médecins.

Le manque de connaissance, le manque d'implication et le manque de temps du médecin sont des éléments en défaveur à la réalisation de la vaccination. La localisation géographique ou l'installation récente ont été également citées comme des freins. Enfin les convictions propres du médecin influencent la prescription.

La tranche d'âge des moins de 26 ans est une population qui consulte peu. Elle est souvent non impliquée dans les questions de santé, et associe un sentiment de toute-puissance, tout cela étant une entrave à la promotion de la vaccination. La sexualité à cet âge-là n'est pas non plus toujours assumée, réduisant le champ des possibilités. Les parents peuvent souvent être aussi un frein, surtout dans un climat septique sur ces questions-là. De même la pandémie de COVID-19 ne permet ni d'augmenter les consultations de cette population, ni de rassurer sur l'utilisation des vaccins en général.

III.2.5. Arguments et leviers à exploiter pour réaliser la vaccination (Annexe 6) :

III.2.5.1. Le vaccin lui-même :

Au cours de ces interviews, des facteurs favorisant ont tout de même été évoqués. Notamment le vaccin lui-même, qui présente des arguments à utiliser par le médecin pour convaincre à la vaccination. Beaucoup évoquent **une balance bénéfice risque positive** en faveur de la vaccination :

MG5 « Donc non, ça se passe bien quand je leur explique. Voilà il y a les cancers du col, des cancers de la gorge, des cancers du rectum. « Je pense que votre fils il ne serait pas content de chopper ça, et aujourd'hui on a un vaccin qui est efficace ». Je donne l'argument des autres pays qui vaccinent depuis longtemps aussi. »

MG6 « Il n'y a pas de danger avec ce vaccin, enfin moi je n'ai jamais trouvé plus de danger que les autres. »

MG9 « Quand on voit les résultats de ce vaccin chez les australiens, je ne vois pas quelle crainte on peut avoir. 93% de diminution des cancers liés à HPV ... moi ma fille elle est vaccinée je ne me suis pas posée de question. »

Pour d'autre, **l'extension vaccinale à tous les garçons** va permettre de s'affranchir du caractère sexuel, ce qui est un vrai plus à la promotion de cette vaccination.

MG1 « Mais c'est vrai que l'extension aux jeunes garçons ça va être plus simple. C'est plus facile d'y penser chez les garçons plus jeunes, au moment du rappel de l'Infanrix. »

MG2 « Il va falloir qu'on insiste sur cette nouvelle indication et ce remboursement. Que l'on soit plus au courant. »

MG7 « Mais là où c'est bien c'est qu'avec la nouvelle indication on va taper sur tout le monde et même les homosexuels. »

MG12 « Je suis dans une optique où actuellement on est sensé vacciner tous les garçons, homosexuels ou pas. Donc je ne fais pas de différence entre les deux. »

Un des médecins interviewés avoue avoir été sensibilisé par **la promotion du vaccin par les laboratoires**, ce qui lui a permis de connaître l'indication et de le proposer à sa patientèle.

MG5 « Et puis j'ai une amie qui travaille pour un labo et je me demande si ce n'est pas elle qui m'avait présenté le Gardasil chez les HSH. Donc elle me l'a vendu en me disant « qu'est-ce que tu en penses », « bah j'y pense c'est important » et j'essaie d'être hyper vigilant sur toutes les indications vaccinales en général. »

III.2.5.2. Le médecin généraliste, principal moteur à la vaccination :

Le médecin généraliste est le levier essentiel de cette vaccination. Une partie des vaccinateurs propose ce vaccin grâce à **une information personnalisée** auprès de leur patientèle :

MG7 « Et c'est aussi comme ça qu'on arrive à toucher certains homosexuels qui ne veulent pas se faire vacciner : « ben si vous vous retrouver avec pleins de verrues sur la verge ça va être moins sympathoche déjà ». Donc il faut les atteindre avec quelque chose qui paraît moins grave mais qui risque d'avoir un impact sur leur vie en fait. Et là on arrive plus à les rattraper. »

MG14 « Je pense que dans la vaccination et comme dans n'importe quoi dans notre métier, à partir du moment où l'on prend le temps d'informer les gens, il y a moins de difficultés à faire passer le message. C'est pour cela que je suis vachement dans la prévention avec les enfants, les ados, j'ai un modèle de consultation qui est un petit peu différent, avec parfois des temps de consultations plus longs pour justement avoir ce temps d'information auprès des parents, puisque c'est eux qui ont l'autorité parentale. »

Certains utilisent **leur propre expérience** comme argument :

MG5 « Après j'ai trois garçons que j'ai vacciné donc l'argument qui est « moi aussi je l'ai fait à mes enfants », ça fonctionne. »

MG7 « Nous on l'a reçu donc je leur dis que ça protège. »

Mais ce qui reste essentiel c'est la **communication entre professionnels de santé** :

MG2 « Et puis en parlant avec les collègues du cabinet cela a permis de diffuser l'information. »

MG6 « Oui on en a parlé dans prescrire mais pas avant 2019 »

III.2.5.3. Les facteurs extrinsèques :

Enfin, le patient lui-même est un moteur à la vaccination. **La communauté homosexuelle** est un milieu où la communication autour des infections sexuellement transmissibles est parfois plus simple selon certains médecins généralistes.

MG6 « Non ceux qui viennent m'en parler sont convaincus et puis généralement ça se dit dans le milieu, entre partenaires. Moi je pense que dans le milieu homosexuel, les partenaires en parlent. Enfin moi dans les patients que j'ai, ils savent déjà ce qui fallait faire. »

MG9 « Quand ils ont plus d'expériences ou sont plus âgés, ils sont au contraire très au fait de ce qui se fait et ne se fait pas. »

Mais également **la peur de la maladie** peut pousser certaines personnes à se faire vacciner.

MG1 « Il y en a qui sont plus anxieux du papillomavirus donc ils préfèrent le faire quand même. »

Malgré l'ensemble des freins évoqués, les médecins interviewés rappellent tout de même les avantages de la vaccination. La balance bénéfice risque positive et l'extension récente à tous les garçons sont des arguments pour favoriser la réalisation de celle-ci. De même que la promotion par les laboratoires permet son application.

La communication entre professionnels de santé permet à certains de pouvoir étendre la couverture vaccinale. Une information claire et appropriée à chacun en est aussi un moteur.

Parfois les médecins utilisent aussi leurs expériences personnelles comme argument pour convaincre le patient.

Enfin le milieu homosexuel en lui-même et la peur de la maladie sont des leviers à cette vaccination.

III.2.6. Pistes pour l'amélioration de la couverture vaccinale (Annexe 7) :

III.2.6.1. La communication auprès des médecins généralistes :

Tous s'accordent à dire que la couverture vaccinale française contre l'HPV en général est médiocre. Tous ont aussi conscience que l'indication de vaccination anti-HPV chez les HSH n'est pas très connue et de ce fait, pas vraiment appliquée. Ainsi, au cours des différentes interviews, des solutions pour pallier à ce déficit vaccinal ont été émises. Pour la majorité des médecins interviewés, **l'information auprès des généralistes** doit être relayée. Celle-ci peut prendre la forme de **formations continues** :

MG2 « Une information Internet pour les médecins traitants ça pourrait être intéressant aussi. Une formation dans ce cadre-là, entre professionnels de santé ! »

Ou par une information par **les autorités compétentes** :

MG1 « C'est vrai que je n'en ai pas entendu parler sur le Gardasil chez les garçons homosexuels, peut-être vaguement mais sans plus. Donc ça pourrait être relayé par des e-mails »

MG2 « Peut-être que l'URPS, unions régionales de professionnels de santé, qui a une fonction d'information et qui nous délivrait jusqu'à présent les présentoirs que l'on peut retrouver dans les salles d'attente des cabinets de médecine générale, pourrait faire quelque chose. »

MG11 « Un courrier informatif pour les médecins. »

Ou par **des revues médicales** :

MG3 « Les magazines de formations continues »

MG8 « Recevoir une information dans des revues de formations continues par exemple. »

L'amélioration de cette couverture vaccinale passe également par **la communication entre confrères et la sensibilisation des autres spécialités** :

MG5 « Je sais que mes collègues sont très portés sur la vaccination aussi. Le Gardasil chez le garçon, on en a parlé entre nous. »

MG12 « Je pense que la vaccination rentre dans la prévention primaire. Donc d'abord sensibiliser les médecins mais pas que les généralistes, les gynécologues aussi, les pédiatres, les ORL. Poussez aussi à les impliquer. »

D'autres souhaitent une information par **les laboratoires** :

MG8 « Peut-être les laboratoires, même si je ne les reçois plus trop, pourraient axés l'information là-dessus car je n'ai pas l'impression que ça a été fait. Moi je n'ai reçu que l'information sur le col hein ! »

Ou par même **les logiciels de prescription** dans les cabinets de médecine générale :

MG12 « Non une autre piste d'amélioration ce serait des alertes dans les logiciels médicaux. Les fournisseurs devraient mettre des alertes pour ces vaccins non obligatoires. »

Enfin un médecin signale qu'un **document d'aide à la décision** serait intéressant à mettre en place :

MG11 « Ce que je verrais très bien c'est d'avoir un outil d'aide à la décision médicale, pour avoir une décision partagée. La forme des fact box par exemple. C'est une boîte d'information avec un format d'affichage simplifié. Elle présente des données factuelles sur les avantages et les inconvénients des traitements médicaux, des dépistages ou des interventions. Ça permet d'améliorer la compréhension par les gens des informations sur les risques liés à la santé. »

III.2.6.2. La communication auprès des patients :

L'amélioration de cette couverture vaccinale passe également par une information auprès de la population cible. Les médecins généralistes pensent qu'une **campagne de prévention** serait nécessaire chez les HSH, par **les médias** par exemple :

MG2 « Je pense à des campagnes de vaccination à la télévision. »

MG3 « Il faut faire plus d'info médiatique chez les garçons avec des documentaires chocs par exemple. »

MG6 « Je pense que c'est important de passer des informations à la télé par exemple... »

MG12 « Sensibiliser la population par des actions médiatiques. Le meilleur exemple c'est « les antibiotiques c'est pas automatique ». »

Ou par des **documents disponibles chez le médecin généraliste** :

MG2 « Maintenant ils ont un système de télévision dans les salles d'attente qu'ils nous fournissent, permettant une prévention et des informations pour les patients. Donc l'URPS peut être une bonne chose. »

MG8 « Une information diffusée sous forme d'affichage par exemple en salle d'attente. Donc ouais pourquoi pas faire un flyer pour les garçons avec les pathologies que ça peut induire chez eux ! »

Certains pensent qu'une **sensibilisation en milieu scolaire** serait une piste pour promouvoir cette vaccination :

MG3 « Les informations dans les écoles peut-être, ne pas passer par le biais médical, une info de la société. »

MG7 « Faire des partenariats avec des établissements scolaires, par exemple, plutôt que de les faire venir, c'est d'aller les chercher. Faire des journées d'information et si le jeune homme homosexuel en a entendu parler dans son lycée bah c'est peut-être comme ça qu'on arrivera à les voir. »

III.2.6.3.L'obligation évoquée comme nécessité :

La plupart des médecins s'accordent à dire que sans obligation, il n'y aura pas de résultats. Certains entrevoient une **consultation obligatoire au cours de l'adolescence**, ce qui permettrait de pouvoir faire le point sur la prévention :

MG7 « Et du coup ce qu'il faudrait faire c'est une consultation de prévention obligatoire pour les jeunes, pour une tranche d'âge, pour les 16-25 ans quoi. Et pour forcer les gens à venir, c'est toujours pareil, il y en a qui ne voudront pas avancer de l'argent. Donc il faut faire une consultation 100% remboursée sécu. »

MG10 « On pourrait faire une consultation où l'on pourrait discuter de la contraception, de la sexualité, chez les adolescents. Bah ouais faudrait finalement faire ça en fait, car c'est vraiment le bon moment pour l'aborder en fait, au moment de l'adolescence... Une consultation prévention, contraception, préservatifs, IST. »

D'autres pensent que **rendre obligatoire cette vaccination** serait une bonne solution :

MG5 « Moi personnellement je le rendrais obligatoire. Ça ne marche que comme ça. Regardez pour l'hépatite B, personne ne voulait se faire vacciner à cause des cas de sclérose en plaque. Et maintenant les gens ne savent même pas que dans l'Infanrix hexa il y a l'hépatite B. »

MG12 « Je pense que la seule solution pour avoir une couverture vaccinale forte c'est de la rendre obligatoire. »

III.2.6.4.La revalorisation de la prévention :

Lors d'une interview, un médecin mentionne **la rémunération des actes en médecine générale**. Piste pour l'amélioration vaccinale, une revalorisation des actes de prévention pourrait être une solution pour inciter les médecins généralistes à vacciner :

MG14 « Je pense que l'on est mauvais en France mais sur notre mode de santé en général. Ça se voit bien d'ailleurs depuis quelques années, on a une rémunération pour des objectifs de santé publique (ROSP). Si on regarde les critères de la ROSP des médecins généralistes, nous ne sommes que sur des critères de médecine adulte... Il faut traiter des maladies chroniques, mais les critères de prévention sont quasi absents de cette rémunération. »

En conclusion, plusieurs idées sont évoquées pour améliorer la couverture vaccinale des HSH en France. En premier lieu, il est jugé nécessaire de mieux informer les médecins généralistes. Ces informations peuvent être relayées par des revues médicales, ou par les autorités compétentes. Mais elles peuvent également prendre la forme de formations continues, ou une sensibilisation à la prescription aux autres spécialités. Les laboratoires pourraient également permettre une meilleure information. Enfin une aide par les logiciels de prescription ou une aide à la décision par des fact box sont des pistes qui gagneraient à être développées.

Pour le praticien, une communication auprès des patients est tout aussi indispensable. Celle-ci peut prendre la forme d'une campagne médiatique promouvant la vaccination, ou par le développement de prévention dans les milieux scolaires.

L'obligation vaccinale ou l'obligation d'une consultation de suivi remboursée sont énoncées comme nécessaire à l'application de la vaccination.

Enfin, comme dernière solution évoquée, la revalorisation de la prévention en médecine générale pourrait être un moyen de motivation pour les médecins les plus frileux.

IV. DISCUSSION

IV.1. Forces et faiblesses de la partie quantitative :

IV.1.1. Force de l'études :

IV.1.1.1. Choix de la méthode quantitative :

Nous avons fait le choix de réaliser, en première partie, une étude épidémiologique observationnelle transversale en raison de la puissance que celle-ci peut représenter. Celle-ci est rapide et l'obtention de données chiffrées est un avantage.

Nous avons tenté de sélectionner un échantillon de médecin généraliste le plus large possible afin d'obtenir le plus de données disponibles. La force de cette sélection de population a été surtout un point fort à l'échantillonnage de notre deuxième partie qualitative.

IV.1.1.2. Analyse statistique :

Les analyses statistiques ont été réalisées en collaboration avec le service de santé publique du centre hospitalier d'Angoulême permettant ainsi une justesse dans nos calculs. Des tests d'indépendances des variables par KHI 2 et de Pearson ont été également appliqués.

A noter qu'il n'y a eu aucune donnée manquante lors du remplissage du questionnaire de chacun des répondants.

IV.1.2. Faiblesses de l'étude :

IV.1.2.1. Taille de l'échantillon :

Nous avons obtenu un taux de réponses de 12,7%. Devant la taille de notre population étudiée, le taux de réponse souhaité était de 103 répondants (niveau de confiance à 95% et marge d'erreur de 9%), ce que nous pensions avoir obtenu avant l'élimination de 5 doublons. Ainsi nous ne pouvons conclure à un échantillon représentatif de notre population.

IV.1.2.2. Biais de recrutement :

Dans cette méthode il a existé un biais de recrutement. En effet, même si à ce jour l'informatisation de nos pratiques est courante, il persiste des médecins dont la sensibilité pour le numérique est moindre. Ainsi, il aurait fallu également envoyer un questionnaire papier par voie postale.

IV.1.2.3. Biais d'interprétation :

Il a pu exister un risque d'erreur dû à l'interprétation des questions et ce malgré un effort de clarté et une double relecture par le Pr RAMMAERT. De plus, certaines questions étaient des estimations comme celle sur le nombre d'individus de la patientèle ou encore celle de la proportion d'HSH dans la patientèle qui elle était subjective.

IV.2. Forces et faiblesses de la partie qualitative :

IV.2.1. Forces de l'étude :

IV.2.1.1. Choix de la méthode qualitative :

Nous souhaitons recueillir une opinion, un ressenti, une pratique concernant la vaccination par les médecins généralistes. La recherche qualitative semblait être la meilleure méthode pour obtenir ces informations car il s'agissait ici d'une démarche interprétative. Ainsi, nous avons réalisé une deuxième étude sur l'opinion des médecins généralistes avec un recueil de données via des entretiens semi-dirigés.

IV.2.1.2. L'échantillon :

Nous désirions obtenir des opinions de médecins ayant pratiqué la vaccination et également ceux ne l'ayant pas réalisé. Trente-six pourcent (n=5) des médecins avaient déjà pratiqué la vaccination, et 7% (n=1) des médecins n'avaient pu vacciner devant le refus de leur patientèle. L'échantillon était également représentatif des différents départements avec respectivement 3 médecins interrogés en Vienne et en Charente, et 4 médecins interrogés en Charente-Maritime et dans les Deux-Sèvres. Enfin, tous les lieux d'exercice étaient représentés.

IV.2.1.3. Les Entretiens :

Nous avons effectué des entretiens semi-dirigés afin de laisser aux médecins une liberté certaine dans leurs propos. Ceux-ci ont tous été réalisés par la même personne ce qui est en faveur d'une reproductibilité dans leur déroulement. De plus, un guide d'entretien a été réalisé en amont afin de pouvoir renforcer cette reproductibilité. Nous avons fait le choix de réaliser des entretiens semi-dirigés plutôt que des focus groupes devant divers avantages (entretiens réalisés en visioconférence ou directement dans leur cabinet ce qui ne nécessite pas un déplacement de la part du médecin, un temps d'entretien plus court, une meilleure disponibilité). De plus, pendant la pandémie de COVID-19, il n'aurait pas été possible de faire des focus groupes de plus de 6 personnes.

IV.2.1.4. La validité interne :

Nous avons utilisé tout le long de notre étude, de la conception à l'analyse des résultats, la grille de critères COREQ afin d'obtenir une validité interne satisfaisante. De plus, la validité interne a été renforcée grâce à la triangulation des données effectuées lors des deux premiers entretiens. Le phénomène de saturation de données, ayant été obtenue à partir du 10ème entretien, a permis de limiter le risque d'interprétation subjective.

IV.2.2. Faiblesses de l'étude :

IV.2.2.1. Biais de sélection :

Certains biais peuvent être mis en évidence dans notre travail de recherche, notamment le biais de sélection. En effet, les médecins interviewés ont été recrutés suite à la proposition de participation à la fin de notre questionnaire quantitatif. Ainsi, les médecins volontaires étaient potentiellement intéressés par le sujet. Malgré plusieurs relances par courriel ou appel téléphonique, il a été difficile d'obtenir un échantillon varié en ce qui concerne la caractéristique âge. Une majorité de répondants était des médecins généralistes jeunes (< 45 ans).

IV.2.2.2. Biais d'investigation :

La personne ayant réalisé les entretiens individuels (moi-même) n'avait aucune pratique antérieure à l'exercice d'entretiens semi-dirigés. Ainsi, la qualité du recueil de données a pu en être impactée. Pour diminuer l'impact de ce biais, plusieurs moyens ont été mis en place. Tout d'abord la réalisation de deux entretiens « tests » non inclus dans l'étude afin d'adapter au mieux les questions et le déroulement des entretiens. Le guide d'entretien faisait également parti des moyens d'atténuation de ce biais.

IV.2.2.3. Biais de cadrage :

Devant le peu d'expérience de l'investigateur, il n'est pas impossible que certaines réponses lors des entretiens, aient été involontairement influencées par une intonation de voix ou par l'emploi de certains mots. Ceci a pu orienter l'interviewé et ce, malgré l'élaboration d'un guide d'entretien au préalable.

IV.2.2.4. Biais de désirabilité sociale :

L'enquêteur, connaissant certains médecins interrogés (maîtres de stage), ceci a pu entraîner un biais de désirabilité sociale. Cela correspond au désir de vouloir se présenter sous un jour favorable à ses interlocuteurs (que ce soit l'investigateur ou l'interviewé). Rappelons que chaque entretien était anonyme, enregistré et retranscrit a posteriori ce qui a pu limiter ce biais.

IV.3. Discussion des principaux résultats :

À 5 ans de la mise en place de la vaccination contre l'HPV chez les HSH, où en sommes-nous du point de vue du médecin généraliste ?

L'objectif de notre étude était d'évaluer les pratiques de médecins généralistes du Poitou-Charentes concernant la réalisation de cette vaccination et d'en connaître les opinions d'un sous-groupe de ces médecins. Ainsi, nous avons pu en dégager des freins et des pistes d'amélioration.

IV.3.1. Pratique de la vaccination :

Nous pouvons constater que tous les pays du monde sont allés à leur rythme concernant l'élargissement de la vaccination anti-HPV aux garçons de manière générale. Certains ont introduit l'extension aux HSH en premier lieux (comme la France) pendant que d'autres ont directement ouvert la vaccination à tous les jeunes sans distinction de sexe (comme les États unis). De ce fait, la couverture vaccinale chez les garçons n'a pas encore été évaluée dans tous les pays du fait de l'extension récente pour certains. On notera que nous avons l'exemple de l'Australie qui possédait dès 2017 une couverture vaccinale exemplaire : 80% chez les filles et 76% chez les garçons. (18) Aux États-Unis, on note dès 2016 un taux de vaccination à 65% pour une dose et 43% pour trois doses chez les filles et 56% pour une dose et 31% pour trois doses chez les garçons. Une étude ciblée sur les HSH américains âgés de 16 à 26 ans avait montré une couverture vaccinale de 37,5% en 2017. (18)

Néanmoins, nous n'avons pas retrouvé de données concernant l'évaluation de la part des HSH vaccinés par les autres pays ayant introduit cette indication.

De même, en France, il n'existe pas de données de santé publique fiables pour estimer correctement la couverture vaccinale chez les HSH. Celle-ci est estimée, en 2019, entre 15 et 18% en croisant les données de l'enquête Papill-Hom et de l'enquête ERAS.

Une thèse écrite en 2017 par Guillaume Dufour (30), évaluant la vaccination anti-papillomavirus des homosexuels en cabinet de médecine générale, retrouve une connaissance de l'indication vaccinale pour les hommes homosexuels de l'ordre de 19,2% (147 répondants). Celle-ci avait également montré le peu de diffusion de cette information par les relais gouvernementaux, ce qui a été également décrit aux travers de nos entretiens.

Après maintenant 5 ans de recul, nous avons mis en évidence que seulement 67,3% des médecins généralistes interrogés connaissaient l'indication vaccinale chez les HSH. Amélioration que trop peu conséquente par rapport au nombre d'années de délai entre la recommandation de publiée en 2016 et aujourd'hui. Malgré cela, les médecins généralistes interrogés semblent connaître correctement les complications de cette infection (99% ont cité les condylomes et 85% ont cité les divers cancers chez l'homme).

De plus, seulement 24,5% des médecins de notre étude quantitative avaient déjà vacciné un HSH. La plupart étaient des femmes (71%). Cela laisse à penser qu'elles y sont plus sensibles, peut-être par expérience personnelle comme l'ont pu le confirmer certaines femmes médecins généralistes interviewées dans notre partie qualitative. Une part de ces vaccinations a été réalisée à l'initiative du patient lui-même (25%). Cela nous amène à penser que la population cible est plus sensibilisée à cette vaccination, relayé par différentes sources LGBTQIA+.

IV.3.2. Opinion générale :

Sur les 14 médecins interrogés, 13 d'entre eux étaient largement favorables à la réalisation de celle-ci. Cela rejoint l'enquête réalisée en 2019 par la HAS (31) dans la perspective éventuelle d'une extension de la vaccination à tous les garçons. On y retrouve : 94% des médecins généralistes interrogés étaient favorables au vaccin contre l'HPV de manière générale.

Dans nos interviews, nous nous sommes rendu compte que les médecins s'appropriaient l'indication. En effet, certains l'appliquent strictement, pendant que d'autres ont profité de cette indication particulière pour l'étendre à tous les jeunes garçons de leur patientèle. Depuis maintenant plusieurs années, les médecins généralistes sont favorables à l'extension vaccinale à tous les garçons. Ainsi, certains n'ont pas attendu 2020 avec l'extension vaccinale à tous les garçons pour débiter la vaccination de toute la population. (32) (33)

IV.3.3. Abord de la sexualité :

Nous avons mis en évidence un problème de définition de la population cible pour cette vaccination. Les médecins ont énoncé le souci de ne pas avoir d'HSH dans leur patientèle. Ce problème ne serait-il pas plutôt révélateur d'un souci plus profond, le tabou de la sexualité.

Afin de pouvoir réaliser cette vaccination, il est nécessaire de connaître l'orientation sexuelle de sa patientèle. Il s'est avéré que la connaissance de celle-ci était une limite majeure à cette vaccination. En effet, seulement 23% des médecins de notre étude quantitative estiment leur niveau de connaissance comme bon concernant la sexualité de leurs patients.

Une étude sur la connaissance de l'orientation sexuelle nous montre que ce constat peut être extrapolé aux autres médecins généralistes en France. (34)

Souvent jugé comme nécessaire, les médecins interrogés dans notre étude qualitative se considèrent principalement ouverts sur l'approche de la sexualité ; même si paradoxalement, ils n'abordent pas spontanément ce sujet avec leurs patients. Facilité pour certains, d'autres se

trouvent en difficulté pour aborder le sujet. Certains ont même cité ne pas se sentir légitime à poser cette question. D'autres le regrettent, ce qui limite la possibilité de cibler la population concernée par cette recommandation.

La thèse de Sasha Mesnard sur la vaccination anti-papillomavirus des homosexuels en cabinet de médecine générale retrouve des freins similaires aux nôtres. (33) Il est plus simple quand c'est le patient qui évoque directement le sujet. Un certain nombre d'hommes et de médecins éprouvent le besoin de médicaliser leur sexualité pour en légitimer la discussion (dysfonction érectile, IST), contrairement aux femmes où la question se pose quand il y a un suivi gynécologique ou contraceptif.

La méconnaissance de la sexualité des patients en médecine générale semble liée au facteur médecin mais également au facteur patient. La sexualité avec les hommes est donc plus compliquée à aborder mais elle l'est tout aussi avec les adolescents. Une étude sur l'abord de la sexualité avec l'adolescent nous montre qu'une majorité d'entre eux préfèrerait que ce soit le médecin lui-même qui prenne l'initiative d'aborder le sujet. (35) De même, ces résultats peuvent être envisagés pour la population des hommes en général grâce au travail de thèse sur l'abord de la sexualité des hommes en médecine générale de Sandra Bartoli. (32) Une attitude proactive de la part du médecin, l'instauration d'une relation de confiance et de confidentialité est jugée comme nécessaire de la part des patients pour aborder les questions de sexualité. Cette étude démontre aussi que les médecins généralistes sont prêts à améliorer leur approche de la sexualité en consultation et sont désireux de formations et connaissances afin d'aborder ces questions. Ainsi, cela nous prouve la dichotomie de la situation entre un médecin sur la retenue en ce qui concerne l'abord de la sexualité et le patient qui est désireux que le sujet soit abordé directement par le médecin. À l'aube de la prise de parole et d'une visibilité plus importante de la population LGBTQIA+, la simple question de l'orientation sexuelle est encore taboue dans les cabinets de médecine générale.

Ainsi, la stratégie nationale de santé sexuelle visant à favoriser le développement des politiques publiques en faveur de la santé sexuelle, peut en être un moteur d'amélioration de ces questions souvent taboues en consultation. (36)

IV.3.4. Freins mis en évidence :

Les freins mis en évidence dans notre étude ont été classés en 3 grands thèmes : le vaccin, le médecin généraliste et les facteurs extrinsèques.

Le vaccin lui-même est toujours décrié. Malgré une adhésion forte de la part des médecins généralistes à cette vaccination, il est encore cité le doute quant à l'efficacité sur la prévention de lésions précancéreuses et de cancers ainsi que sur les effets indésirables qu'encourent les patients. Effectivement, l'enquête réalisée en 2019 par la HAS (31) évoque la persistance de 30% des médecins généralistes ayant des doutes à la fois sur la sûreté et l'efficacité du vaccin. Un frein médico-économique (le non-remboursement) avait été mis en exergue dans d'autres études. (30) (33) Suite à l'avis du HCSP datant du 10 février 2017, la Commission de la Transparence considère que le Service Médical Rendu est important pour Gardasil 9®, lui conférant ainsi un remboursement à 65%. Pourtant, lors de nos entretiens avec les 14 médecins généralistes, il a été encore cité le coût élevé du vaccin pouvant être une entrave à la prescription de celui-ci.

Enfin, un médecin généraliste a cité son inquiétude quant à une possible baisse de dépistage des lésions pré cancéreuses par frottis cervico-utérin entraîné par la vaccination.

Pourtant plusieurs mesures de santé publique ont été mises en place afin de ne pas diminuer cette prévention secondaire. En effet, depuis 2014, le HCSP recommande une généralisation rapide de la mise en place du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus en France. En 2019 un programme national de dépistage organisé a vu le jour. Ainsi, toutes les femmes entre 25 et 65 ans sont invitées à se faire dépister selon des intervalles de temps recommandés en recevant un courrier incitant à consulter un spécialiste et dont les frais sont remboursés à 100%. La HAS a donc fait évoluer les recommandations avec un dépistage par un examen cytologique entre 25 et 30 ans tous les 3 ans, puis à partir de 30 ans un dépistage par test HPV tous les 5 ans jusqu'à 65 ans. Ces deux tests sont effectués avec les mêmes prélèvements cervico-utérins qu'avant. Jusque-là, le dépistage par prélèvement cervico-utérin permettait de dépister 60% de la population de femmes entre 25-65 ans. Grâce à ce plan cancer, celui-ci vise à dépister 80% de la population ciblée. Diminuer la prévention primaire (vaccination) en faveur de la prévention secondaire (dépistage) n'est pas recevable quand il s'agit de diminuer l'incidence de cancer évitable. Ainsi, un effort combiné des deux préventions permettra d'observer une réelle efficacité de notre prévention globale. (37)

Les médecins généralistes se décrivent également comme des freins potentiels. Comme expliqué précédemment, il persiste un manque de connaissance de l'indication. La recommandation vaccinale concernant les HSH et l'accessibilité gratuite au vaccin dans les CeGIDD devaient être relayées par « des campagnes d'information adaptées » selon le rapport du HCSP de 2016. Aucune campagne de prévention suivant cette préconisation, pourtant demandée par les médecins généralistes, n'a été réalisée. Peut-être que la médiatisation, comme celui de « l'appel des 50 » ou l'indication vaccinale étendue à tous les garçons a pu être une source de questionnement sur les anciennes indications de ce vaccin. (38) Néanmoins, il est certain que le manque d'informations sur cette indication est probablement une des causes de la faible couverture vaccinale de cette population cible.

La population cible étant une population de jeunes hommes en bonne santé, celle-ci est amenée à moins consulter. Même si certains médecins énoncent dans nos interviews le fait d'introduire le sujet de la vaccination dans n'importe quelle consultation, l'absence de patientèle cible reste une limite au développement de la vaccination. De plus, travailler avec l'adolescent autour d'un sujet aussi complexe que la probabilité de développer une maladie grave et létale comme un cancer est un réel déficit. L'adolescence est une période transitionnelle entre l'enfance et l'âge adulte. Elle en a ses particularités. Entre contraintes biologiques, influence de l'environnement familial, amical et scolaire, l'adolescent s'affirme progressivement comme individu à part entière. C'est à cette période que l'on peut retrouver des comportements avec des prises de risque. Souvent, c'est à ce moment de la vie que s'opère l'exploration et la consommation de substances addictogènes, mais aussi la sexualité. Parmi toutes les expériences que l'adolescent traversera, celles-ci sont souvent conduites par un sentiment de toute-puissance. Ne nous somme pas tous déjà dit en fumant notre première cigarette « le cancer ça n'arrive qu'aux autres ! ». C'est aussi pour cela qu'il est difficile de sensibiliser les adolescents sur les dangers que peuvent induire leurs comportements. De plus, durant cette période charnière, la sexualité peut être de l'ordre du questionnement et de la découverte. Cet ensemble d'éléments peut mettre en difficulté le médecin généraliste à cibler les adolescents potentiels à cette indication vaccinale. (39)

Enfin, en 2016, la London School of Hygiene & Tropical Medicine a réalisé un état des lieux sur la confiance des populations dans 67 pays envers la vaccination. Celle-ci a démontré que les français faisaient partie des plus réticents à la vaccination (41%), chiffre trois fois plus élevé que la moyenne mondiale. De plus, la pandémie due à la COVID-19 n'a fait qu'accentuer

ce climat vaccino-septique comme le suggèrent les différents médias depuis le début de l'année 2021. (40) L'étude EPI-PHARE concernant l'usage des médicaments de ville en France durant l'épidémie de la Covid-19 (de 2020 jusqu'au 25 avril 2021) nous affirme une baisse notable de la délivrance des vaccins anti-HPV chez les filles (-25%). (41)

IV.3.5. Améliorations à développer :

Grâce à notre travail, nous avons mis en évidence plusieurs pistes d'amélioration, directement en lien avec les freins soulevés précédemment.

Afin de pallier au manque d'informations dans les cabinets, les médecins généralistes proposaient durant les interviews d'inclure le milieu scolaire dans la boucle de la prévention. L'information en milieu scolaire sur le papillomavirus s'inscrit dans la lignée de l'action n°1 « Investir dans la promotion en santé sexuelle, en particulier en direction des jeunes, dans une approche globale et positive » de la stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030. (42)

Ainsi depuis 2018, l'éducation à la sexualité instaurée par le gouvernement en milieu scolaire permet d'aborder la question des risques liés aux IST, et par extension à l'HPV, à tous les adolescents. La démarche étant ciblée sur l'acquisition de trois compétences que sont l'approche biologique, psycho-affective et sociale de la sexualité. Ceci renforce les connaissances autour sa propre santé sexuelle, augmente de l'estime de soi et développe d'un esprit d'analyse et non-discriminant.

Une expérience dans les Vosges a été menée sur la vérification des carnets de santé et la mise à jour vaccinale en milieux scolaire entre 2016 et 2017. Il a été noté une amélioration de la couverture vaccinale notable dans cette région où le taux vaccinal était en deçà de la moyenne française. (43) Cependant, il n'est pas d'actualité d'instaurer une vaccination en milieu scolaire.

L'exemple récent du Québec pourrait nous mener à des pistes de réflexion intéressantes. La vaccination en milieu scolaire y est obligatoire pour les hépatites A, B et l'HPV. Cette dernière a été mise en place depuis 2008 pour les filles et 2016 pour les garçons. Ainsi en 2017, 80% des jeunes filles étaient vaccinées. Il n'existe pas encore de données récentes sur l'extension aux garçons. Ce qui est inédit c'est leur schéma vaccinal, différent du nôtre, pour des raisons médico économiques. En effet depuis 2017, après une proposition par le laboratoire GSK (Cervarix®), il a été décidé de réaliser un schéma vaccinal mixte avec 1 dose de Gardasil9® entre 9 et 11 ans (4ème année du primaire) et un rappel se faisant à 6 mois avec 1 dose de Cervarix®. La justification de ce schéma vaccinal est qu'une seule dose de Gardasil9® conférerait une immunité durable avec un taux d'anticorps élevé. Puis pour le Cervarix®, une seule dose de rappel reconstituerait une immunité totale sur les HPV 16 et 18 et réactivant également une réponse immunitaire sur les autres stéréotypes du Gardasil9®.

Suite à l'épidémie COVID-19, la réalisation de la deuxième dose de vaccin à 6 mois n'a pu être réalisée en milieu scolaire (fermeture des écoles). En 2017, il avait déjà été évoqué des possibilités d'un rappel plus tardif avec le Cervarix®. Depuis plusieurs années, diverses études dans le monde tendent à montrer qu'une seule dose de vaccin assure une protection contre les HPV durablement (5-7 ans) et comparativement à celles qu'assurent deux ou trois doses. De plus, des études d'immunogénicité ont montré des résultats similaires pour des schémas vaccinaux 0-60 mois ou 0-6 mois. C'est ainsi que le Québec a changé son calendrier vaccinal depuis le 1er septembre 2020 : une dose de Gardasil 9® entre 9 et 11 ans (4ème année du primaire) et un rappel à 60 mois avec 1 dose de Cervarix® (à 14 ans environ vers la 3ème année du secondaire) (44) (45) (46)

Le rapport bénéfice/risque et le coût médico-économique étant en faveur d'un schéma mixte, le Québec a adopté cette posture afin de proposer gratuitement à tous les enfants et adolescents ce vaccin dans les milieux scolaires.

Il a été jugé nécessaire au cours des interviews qu'en dehors d'une obligation vaccinale, l'obligation d'une consultation de suivi remboursée pourrait augmenter l'application de la vaccination. L'action 11 de la feuille de route de la stratégie nationale de santé sexuelle 2018-2020 évoquait la mise en place d'une transformation de la cotation « la première consultation de contraception et de prévention des maladies sexuellement transmissibles pour les jeunes filles mineures » vers une consultation longue « santé sexuelle » au bénéfice de tous les jeunes sans distinctions de genre. (47) Celle-ci n'est pas une consultation obligatoire mais permettrait une incitation à la consultation sans discrimination de sexe, si elle est relayée par les autorités compétentes. De plus, elle permet une rémunération supplémentaire au médecin généraliste, gage de motivation non négligeable. Néanmoins, celle-ci n'est toujours pas mise en place en mai 2021. (48)

Lors de la mise en place en 2016 de la vaccination anti-HPV chez les HSH, le HCSP devait largement diffuser l'information, au-delà des CeGIDD. Après 5 ans, aucune campagne d'information n'a été diffusée et les médecins généralistes le déplorent. On souhaite à penser que le plan national de santé sexuelle puisse être encore un moteur à la diffusion de l'information notamment grâce à l'action 5 permettant de mettre à disposition des professionnels de santé de premiers recours des ressources documentaires en matière de santé sexuelle (prévention, vaccination, dépistage des IST). Enfin, grâce à l'extension vaccinale à tous les jeunes adolescents sans distinctions de sexe, on aimerait penser que la couverture vaccinale puisse être croissante dans les prochaines années.

V. CONCLUSION

En 2021, à 5 ans de la mise en place de la vaccination anti-HPV chez les HSH, celle-ci n'est toujours pas correctement appliquée en France et ce, malgré une connaissance de l'indication un peu plus importante chez les médecins généralistes.

Même s'il existe une forte adhésion de la part des médecins, les principaux freins sont toujours les mêmes depuis plusieurs années. Entre tabou de la sexualité et défaut d'information auprès des médecins et des patients, il est compliqué de pouvoir réaliser une telle vaccination. Il n'y a actuellement aucune campagne vaccinale chez les homosexuels afin d'en favoriser l'expansion.

Le médecin généraliste étant l'élément pivot de la prévention primaire en France, son implication dans la santé sexuelle y est primordiale. La formation des professionnels de santé en matière de prévention primaire est nécessaire. L'élargissement de cette vaccination à tous les garçons est une avancée. Néanmoins elle ne doit pas effacer les populations homosexuelles ne rentrant plus dans le schéma vaccinal de l'adolescent. Ainsi il est indispensable de continuer nos efforts pour diffuser et de promouvoir une campagne vaccinale dans cette population spécifique.

La stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030 apporte des multiples solutions aux problèmes soulevés ci-dessus. Pour autant, elle ne doit pas être la seule mesure à être mise en place pour développer l'accessibilité à cette vaccination.

Suite à la pandémie COVID-19, d'autres schémas vaccinaux sont en train d'être mis en place, notamment au Québec. Il sera intéressant d'étudier prochainement les avancées vaccinales anti-HPV sur le nombre de doses nécessaires à une immunogénicité durable.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

1. Institut National du Cancer. 10 arguments clés sur la vaccination contre les infections liées aux papillomavirus humains (HPV) [Internet]. 2020 [cité 25 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Le-point-sur/10-arguments-sur-la-vaccination-contre-les-HPV>
2. Haut Conseil de la Santé Publique. Vaccination des garçons contre les infections à papillomavirus. Avis et Rapports 2016.
3. Argacy gineco. Facteur environnementaux : Les papillomavirus [Internet]. Info cancer. [cité 15 févr 2021]. Disponible sur: <http://www.arcagy.org/infocancer/localisations/cancers-feminins/cancer-du-col-de-l-uterus/facteurs-de-risque/les-facteurs-environnementaux-new.html/>
4. Organisation Mondiale de la Santé. Infections sexuellement transmissibles [Internet]. OMS sur HPV et autre. 2019 [cité 2 févr 2021]. Disponible sur: [https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))
5. Giuliano AR, Nyitray AG, Kreimer AR, Campbell CMP, Goodman MT, Sudenga SL, et al. EUROGIN 2014 roadmap: Differences in human papillomavirus infection natural history, transmission and human papillomavirus-related cancer incidence by gender and anatomic site of infection. *Int J Cancer*. 2015;136(12):2752-60.
6. Zou H, Tabrizi SN, Grulich AE, Garland SM, Hocking JS, Bradshaw CS, et al. Early Acquisition of Anogenital Human Papillomavirus Among Teenage Men Who Have Sex With Men. *J Infect Dis*. 1 mars 2014;209(5):642-51.
7. Dunne EF, Nielson CM, Stone KM, Markowitz LE, Giuliano AR. Prevalence of HPV Infection among Men: A Systematic Review of the Literature. *J Infect Dis*. 15 oct 2006;194(8):1044-57.
8. Machalek DA, Poynten M, Jin F, Fairley CK, Farnsworth A, Garland SM, et al. Anal human papillomavirus infection and associated neoplastic lesions in men who have sex with men: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Oncol*. mai 2012;13(5):487-500.
9. Mboumba Bouassa RS, Bélec L, Gubavu C, Péré H, Matta M, Maka A, et al. Forte prévalence de l'infection à Papillomavirus humains chez des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes prenant la PrEP. *Médecine Mal Infect*. juin 2019;49(4):S90-1.
10. Ly Sandra. Les condylomes [Internet]. dermato-info.fr. [cité 3 févr 2021]. Disponible sur: <https://dermato-info.fr/fr/les-maladies-de-la-peau/les-condylomes>
11. Prise en charge pratique des condylomes [Internet]. FMC-HGE. [cité 11 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.fmcgastro.org/textes-postus/postu-2015/prise-en-charge-pratique-des-condylomes/>
12. Carifi Marco, Dall'olio Danilo. Papillomatose respiratoire récurrente [Internet]. Orphanet. [cité 3 mars 2021]. Disponible sur: https://www.orpha.net/consor/cgi-bin/OC_Exp.php?Lng=FR&Expert=60032

13. Association Francaise d'urologie. Cancer du pénis. 2011.
14. Moureau-zabotto L, Vendrely V, Abramowitz L, Borg C, Francois E, Goere D, et al. Anal cancer: French Intergroup Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up (SNFGE, FFCD, GERCOR, UNICANCER, SFCD, SFED, SFRO, SNFCP). août 2017;36.
15. Fondation contre le cancer. Les cancers chez les personnes atteintes de VIH/sida [Internet]. Fondation contre le cancer. [cité 3 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.cancer.be/le-cancer/risque-d-montr/les-cancers-chez-les-personnes-atteintes-de-vih/sida>
16. Giuliano AR, Tortolero-Luna G, Ferrer E, Burchell AN, de Sanjose S, Kjaer SK, et al. Epidemiology of Human Papillomavirus Infection in Men, Cancers other than Cervical and Benign Conditions. *Vaccine*. août 2008;26:K17-28.
17. Ministère de la santé et des services sociaux québécois. VPH : vaccin contre les virus du papillome humain - Vaccins - Professionnels de la santé [Internet]. [cité 11 mai 2021]. Disponible sur: <https://msss.gouv.qc.ca/professionnels/vaccination/piq-vaccins/vph-vaccin-contre-les-virus-du-papillome-humain/>
18. Haute autorité de santé. Recommandation vaccinale élargissement de la vaccination contre les papillomavirus aux garçons. Décembre 2019. pdf.
19. Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2020 [Internet]. [cité 25 janv 2021]. Disponible sur: https://vaccination-info-service.fr/var/vis/storage/original/application/download/calendrier_vaccinal_29juin20.pdf
20. Vidal. GARDASIL 9 susp inj en seringue préremplie [Internet]. VIDAL. [cité 3 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/>
21. Centre National de Référence Papillomavirus. La vaccination prophylactique - CNR HPV - Papillomavirus [Internet]. [cité 15 févr 2021]. Disponible sur: <https://cnr-hpv.fr/la-vaccination/>
22. Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé. Vaccination contre les infections à HPV et risque de maladies auto-immunes : une étude Cnamts/ANSM rassurante - Point d'information [Internet]. 2015 [cité 3 mars 2021]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Vaccination-contre-les-infections-a-HPV-et-risque-de-maladies-auto-immunes-une-etude-Cnamts-ANSM-rassurante-Point-d-information>
23. Organisation Mondiale de la Santé. Le point sur l'innocuité des vaccins contre le HPV [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 3 mars 2021]. Disponible sur: http://www.who.int/vaccine_safety/committee/topics/hpv/June_2017/fr/
24. Résumé des caractéristiques du produit [Internet]. [cité 7 mars 2021]. Disponible sur: https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/gardasil-epar-product-information_fr.pdf
25. Arbyn M, Xu L, Simoens C, Martin-Hirsch PP. Prophylactic vaccination against human

papillomavirus to prevent cervical cancer and its precursors. Cochrane Gynaecological, Neuro-oncology and Orphan Cancer Group, éditeur. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 9 mai 2018 [cité 7 mars 2021]; Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD009069.pub3>

26. Wierzbicka M, Berkhof JH, Dikkers FG. Prophylactic human papilloma virus vaccination in head and neck: indications and future perspectives. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg*. avr 2019;27(2):85-90.

27. Attali PC, Bail P, Compagnon L, Ghasarossian C, Huez JF, Piriou C, et al. Référentiel des niveaux de compétence en médecine générale. :22.

28. Camille A, Margaux P. L'hésitation vaccinale comportements et attentes Étude qualitative auprès de médecins généralistes et de patients du Sud-Est de la France. [Thèse de médecine] Université Claude Bernard Lyon 1. 2017. :169.

29. Hennebo N. Guide du bon usage de l'analyse par théorisation ancrée par les étudiants en médecine. 2009. pdf

30. Dufour G. Vaccination anti-papillomavirus des homosexuels en cabinet de médecine générale. [Thèse de médecine] Université de Lille. 2017. :63.

31. Institut National du Cancer. Vaccination contre les HPV : enquête de perception auprès des médecins généralistes et des parents - Actualités [Internet]. 2019 [cité 25 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Actualites-et-evenements/Actualites/Vaccination-contre-les-HPV-enquete-de-perception-aupres-des-medecins-generalistes-et-des-parents>

32. Bartoli S. Aborder la sexualité en médecine générale: Attentes, opinions et représentations des hommes. [Thèse de médecine] Université de Poitiers. 2015.

33. Mesnard S. Quels sont les freins à la vaccination masculine contre les papillomavirus en médecine générale. [Thèse de médecine] Université de Lille. 2018.

34. Baurain M. Parlons sexualité! Les médecins généralistes sont-ils prêts à améliorer leur abord de la santé sexuelle avec leurs patients? [Thèse de médecine] Université de Nice Sophia Antipolis. 2018. :92.

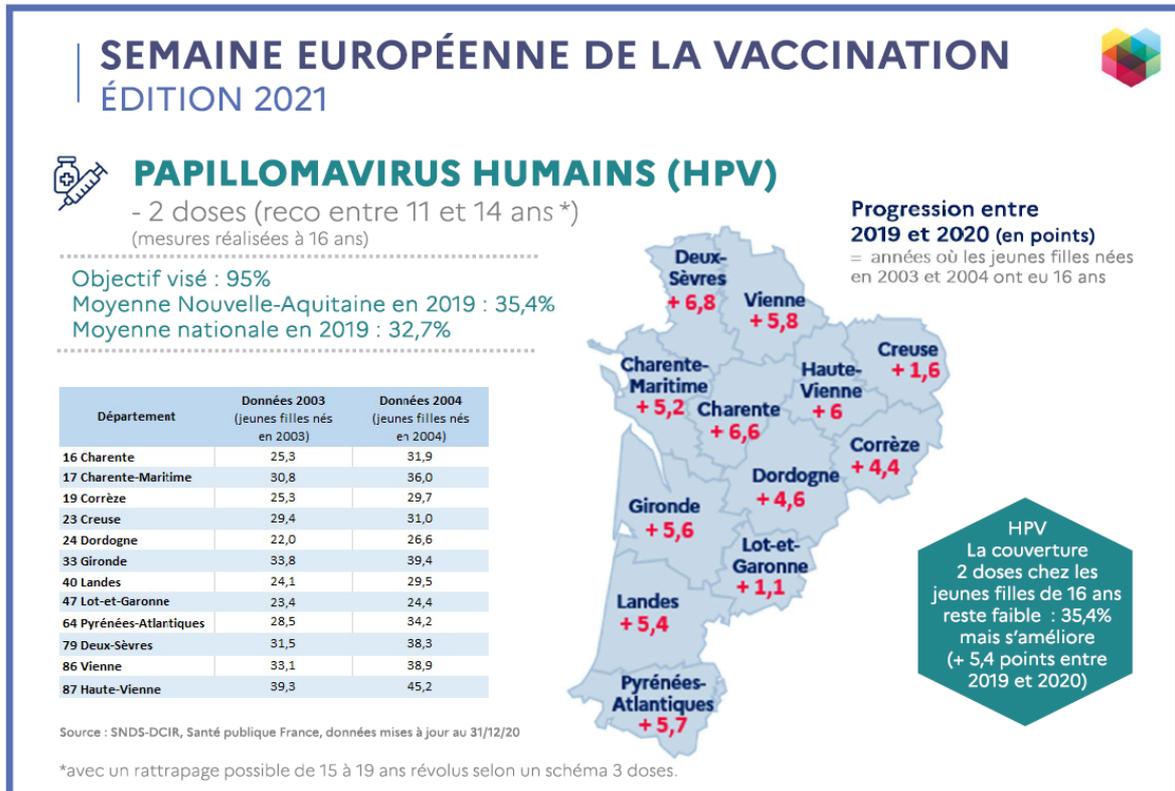
35. Waline M. Aborder la sexualité avec un adolescent en médecine générale. [Thèse de médecine] Université de Bourgogne. 2016.

36. Buzyn A. Santé sexuelle - Feuille de route à trois ans de mise en œuvre de la stratégie nationale de santé sexuelle [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 4 mai 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/sante-sexuelle-agnes-buzyn-presente-la-feuille-de-route-a-trois-ans-de-mise-en>

37. Dépistage du cancer du col de l'utérus : le test HPV-HR recommandé chez les femmes de plus de 30 ans [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 7 juin 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3192618/fr/dépistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-le-test-hpv-hr-recommande-chez-les-femmes-de-plus-de-30-ans

38. Communiqué de presse - Appel des 50- 20/03/2019 [Internet]. [cité 8 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.revuegenesis.fr/wp-content/uploads/2019/03/Communiqu%C3%A9-HPV-2019.03.1.pdf>
39. Binder P. L'approche des adolescents en médecine générale [Internet]. [cité 17 mai 2021]. Disponible sur: https://www.medecin-ado.org/addeo_content/documents_annexes/ado1-binder-exercer141-2018.pdf
40. Vaccination anti-covid : l'Académie de Médecine monte au créneau [Internet]. [cité 17 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.reseau-chu.org/article/vaccination-anti-covid-lacademie-de-medecine-monte-au-creneau-pour-vaincre-les-reticences-des/>
41. Weill A, Drouin J, Desplas D, Cuenot F, Rosemary-Dray S, Zureik M. EPI-PHARE : Usage des médicaments de ville en France durant l'épidémie de la Covid-19 – point de situation jusqu'au 25 avril 2021. 27 mai 2021;300.
42. Stratégie nationale santé sexuelle, Agenda 2017-2030 [Internet]. [cité 17 mai 2021]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf
43. Amélioration de la couverture vaccinale : une expérimentation de rattrapage vaccinal en milieu scolaire dans les Vosges [Internet]. [cité 18 mai 2021]. Disponible sur: <http://www.grand-est.ars.sante.fr/amelioration-de-la-couverture-vaccinale-une-experimentation-de-rattrapage-vaccinal-en-milieu>
44. Comité sur l'immunisation du Québec. Avis sur le calendrier de vaccination contre les virus du papillome humain [Internet]. [cité 18 mai 2021]. Disponible sur: https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2368_calendrier_vaccination_virus_papillome_humain.pdf
45. Institut national de santé publique du Québec. La vaccination des pré-adolescents contre les virus du papillome humain (VPH) au Québec : deux ou trois doses? [Internet]. INSPQ. 2013 [cité 18 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.inspq.qc.ca/publications/1683>
46. Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. Vaccination contre les virus du papillome humain (VPH) Information à l'intention des vaccinateurs. Septembre 2020 [Internet]. [cité 18 mai 2021]. Disponible sur: <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-291-03W.pdf>
47. Ministère des solidarités et de la santé française. Feuille de route stratégie nationale santé sexuelle 2018-2020. :54.
48. AMELI A maladie. Tarifs conventionnels des médecins généralistes en France métropolitaine [Internet]. [cité 17 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/remuneration/tarifs-generalistes/tarifs-metropole>

Annexe 1 : Couverture vaccinale en pourcentage et progression dans la région nouvelle aquitaine contre les papillomavirus humains suivant le « schéma complet à 2 doses » chez les filles à 16 ans (2021) :



Annexe 2 : Questionnaire à l'intention des médecins généralistes du Poitou-Charentes :

Ce questionnaire anonyme est destiné aux médecins généralistes libéraux et installés en Poitou-Charentes.

Il est réalisé dans l'intention d'une thèse s'intitulant : Pratiques et opinions de médecins généralistes concernant la vaccination anti-HPV chez les homosexuels masculins selon les recommandations de la HAS.

Son objectif principal étant d'apprécier les pratiques des médecins généralistes du Poitou-Charentes concernant la vaccination contre le papillomavirus et d'obtenir les opinions d'un échantillon de médecins généralistes pour en dégager les freins à la réalisation de celle-ci.

Cette thèse sera réalisée en deux temps :

Une première partie évaluant votre population et vos pratiques avec ce questionnaire.

Une deuxième partie ciblera vos opinions (avis sur cette vaccination, les facteurs favorisant, les freins à mettre en évidence, la relation avec les patients, les informations disponibles etc...). Cette deuxième partie sera réalisée via un entretien semi-directionnel d'environ 15 minutes lors d'une rencontre. Si vous souhaitez participer à l'élaboration de cette deuxième partie, je vous invite alors à laisser votre adresse électronique à la fin de mon questionnaire. Je serai la seule à connaître votre identité, et celle-ci ne paraîtra dans aucun résultat.

Ce questionnaire comporte 16 questions (temps estimé entre 5 et 10 minutes).

Merci de votre participation.

Confraternellement.

Charlotte Bergeon

Pour toutes questions ou remarques : bergeon.charlotte@wanadoo.fr

Objectif principal :

Apprécier les pratiques des médecins généralistes du Poitou-Charentes concernant la vaccination contre le papillomavirus et obtenir les opinions d'un échantillon de médecins généralistes pour en dégager les freins à la réalisation de celle-ci.

Population cible : hommes ayant des rapports homosexuels (HSH) de moins de 26 ans.

HPV : papillomavirus

Données personnelles :

1) Vous êtes :

- Un homme
- Une femme

2) Quel est votre âge ?

- < 45 ans
- 45-60 ans
- > 60ans

3) Dans quel département exercez-vous ?

- Charente
- Charente-Maritime
- Vienne
- Deux-Sèvres

4) Quel est votre milieu d'exercice ?

- Rural
- Semi-rural
- Urbain

5) Quel est votre mode de formation continue personnelle ?

- Revue médicale
- Groupe de pair
- Séminaire
- E-learning (formation par internet)

Information patientèle :

6) A combien de personnes s'élève votre patientèle ?

- < 1000 personnes
- 1000-2000 personnes
- 2000-3000 personnes
- > 3000 personnes

7) À combien estimez-vous la proportion d'homme de moins de 26 ans parmi votre patientèle ?

- < 25%
- 25-50%
- 50-75%
- > 75%

8) Comment estimez-vous votre niveau de connaissance sur l'orientation sexuelle de vos patients ?

- Bon
- Moyen
- Mauvais

9) Quel pourcentage de votre patientèle masculine a des rapports sexuels avec des hommes (exclusif ou non) :

- < 5%
- 5 à 20%
- > 20%
- Je ne sais pas

Pratique vaccinale papillomavirus :

10) D'après vous, quels sont les indications concernant la vaccination contre le papillomavirus ?

- Les filles de 11 à 14 ans + rattrapage jusqu'à 19 ans
- Les garçons de 11 à 14 ans + rattrapage jusqu'à 19 ans
- Les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes jusqu'à 26 ans
- Chez les immunodéprimés jeunes filles ou garçons jusqu'à 18 ans
- Chez les candidat(e)s à la transplantation d'organes à partir de 9 ans

11) D'après vous, quelles sont les complications induites par le HPV chez les HSH (homosexuels hommes) ?

- Condylomes
- Cancer anal
- Cancer de la verge
- Cancer ORL
- Papillomatose respiratoire

12) Avez-vous déjà vacciné des patients HSH de moins de 26 ans le papillomavirus ?

- Oui
- Non

Si vous n'avez jamais eu l'occasion de vacciner un HSH de moins de 26 ans ou que vous ne connaissiez pas cette indication et que cela ne rentre pas dans vos pratiques, veuillez répondre « non applicable » aux prochaines questions.

13) Abordez-vous le sujet de la vaccination anti-HPV lors d'une consultation avec un HSH de moins de 26 ans ?

- Systématiquement
- Parfois
- Rarement
- Jamais
- Non applicable

14) Insistez-vous sur la vaccination anti-HPV si le patient est réticent ?

- Systématiquement
- Parfois
- Rarement
- Jamais
- Non applicable

15) Est-ce une demande faite par le patient de se faire vacciner ?

- Systématiquement
- Parfois
- Rarement
- Jamais
- Non applicable

16) Quel vaccin proposez-vous ?

- Cervarix ®
- Gardasil ®
- Gardasil 9 ®
- Non applicable

Si vous acceptez de participer à la deuxième partie (entretien anonyme lors d'une consultation de 15 minutes) concernant le recueil des opinions des médecins généralistes, veuillez laisser vos coordonnées (nom et prénom, E-mail) :

E-mail :

Annexe 3 : Présentation de l'étude et demande de consentement aux entretiens individuels :

Bonjour,

Tout d'abord merci de m'accueillir aujourd'hui en entretien.

Je m'appelle Charlotte Bergeon, je suis médecin généraliste remplaçante et dans le cadre de ma thèse, je réalise une enquête sur les pratiques et les ressentis/opinions de médecins généralistes du Poitou-Charentes concernant la vaccination du papillomavirus chez les hommes de moins de 26 ans ayant des rapports avec d'autres hommes.

Avec votre accord, je vais vous poser quelques questions, principalement des questions ouvertes, le but étant afin de vous laisser le plus de liberté possible dans vos réponses. Cette séance sera enregistrée, et il est possible que je prenne quelques notes au fur et à mesure de l'entretien.

J'analyserai ensuite ce qui a été dit de manière totalement anonyme.

Si vous le désirez, je vous communiquerai les conclusions de ce travail.

Questionnaire anonyme en fin d'entretien :

- Sexe :

Femme

Homme

- Age :

> 60 ans

45 -60ans

< 45ans

- Département :

Charente

Charente maritime

Deux sèvres

Vienne

- Lieu d'exercice :

Urbain

Semi-rural

Rural

- Réalisation de la vaccination HPV chez les HSH de moins de 26 ans :

Oui

Non

Annexe 4 : Guide d'entretien individuel

- Généralités :

Parlez-moi de votre pratique de la vaccination anti-HPV de manière générale ?

Parlez-moi de la vaccination anti-HPV chez les HSH ?

Qu'en pensez-vous ?

La pratiquez-vous ?

Quel est votre ressenti par rapport à cette indication ?

- Pratiques/Ressentis :

Par quel moyen avez-vous connu cette indication vaccinale chez les HSH de moins de 26ans ?

Avez-vous des craintes par rapport à ce vaccin ?

Quels sont les difficultés que vous pourriez rencontrer ou que vous rencontrez à réaliser cette vaccination ?

Comment abordez-vous le sujet avec votre patient ?

Dans quel contexte ou type de consultation abordez-vous la discussion ?

Comment réagissez-vous face à un patient réticent ?

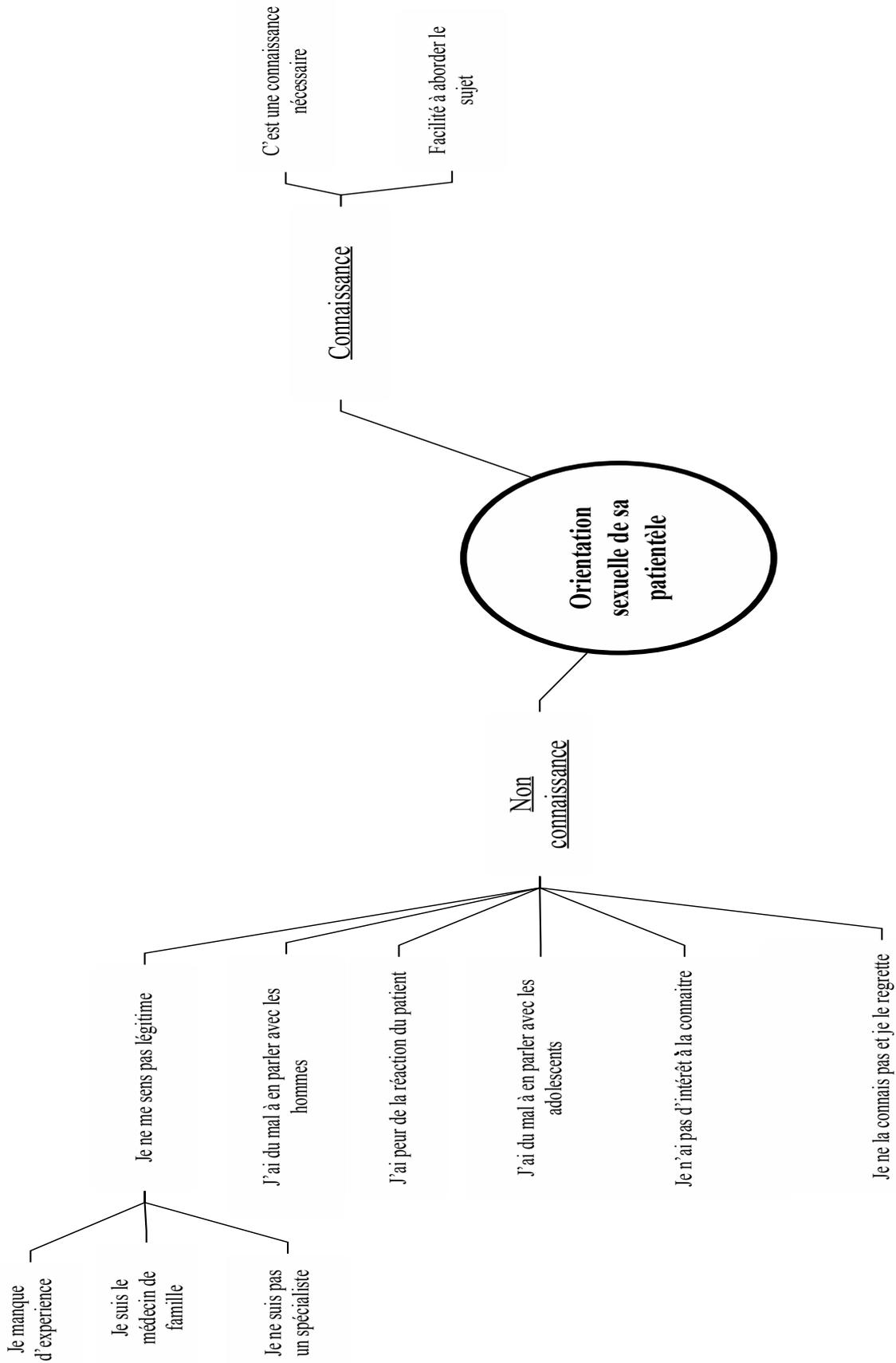
- Proposition afin d'améliorer :

Quelles sont vos suggestions pour améliorer la couverture vaccinale en France ?

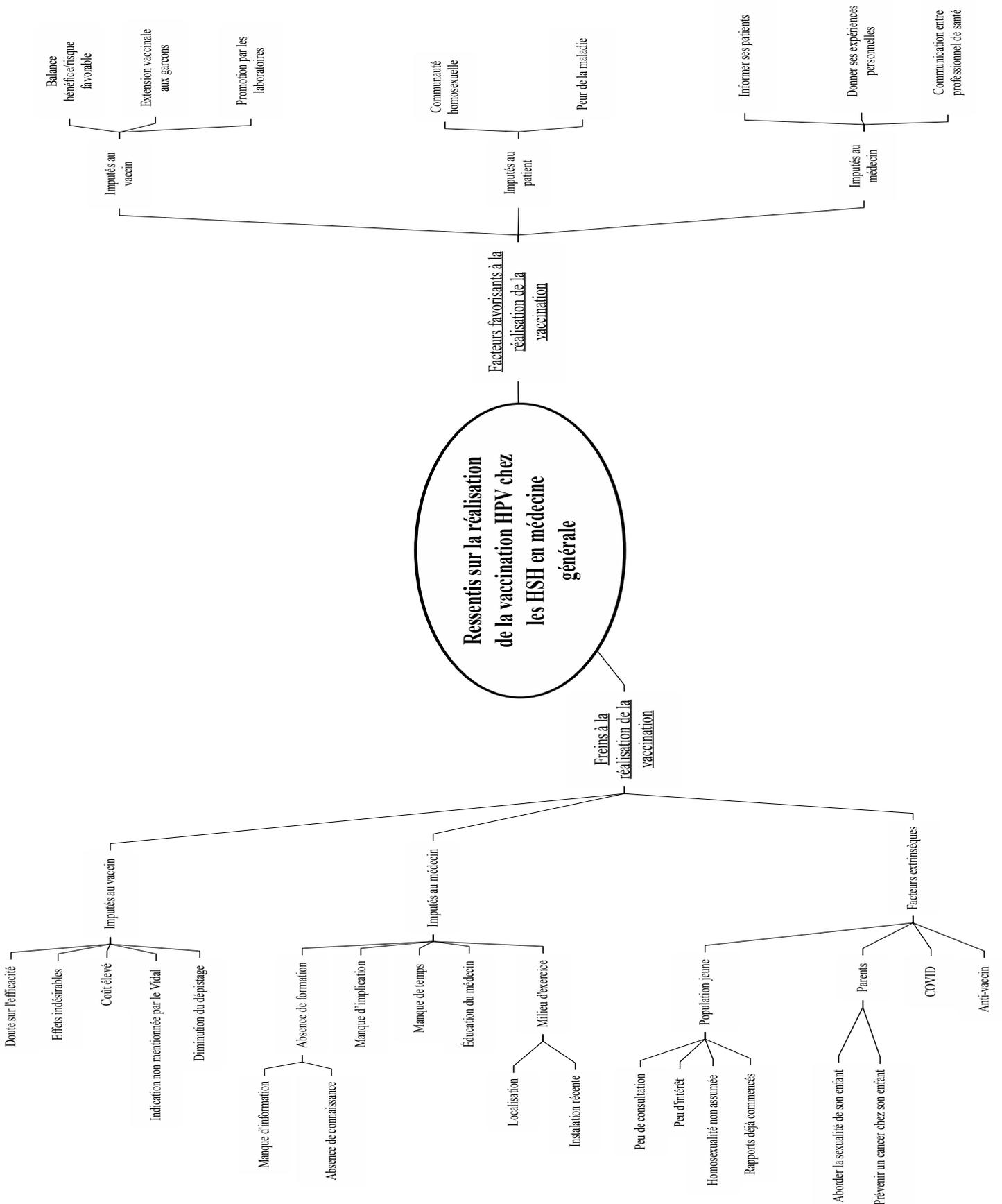
Quels seraient vos besoins en tant que médecin généraliste pour effectuer cette vaccination ?

Avez-vous quelque chose à rajouter au sujet de cette vaccination chez les HSH en médecine générale ? Y a-t-il un thème que l'on n'aurait pas abordé et que vous souhaiteriez discuter ?

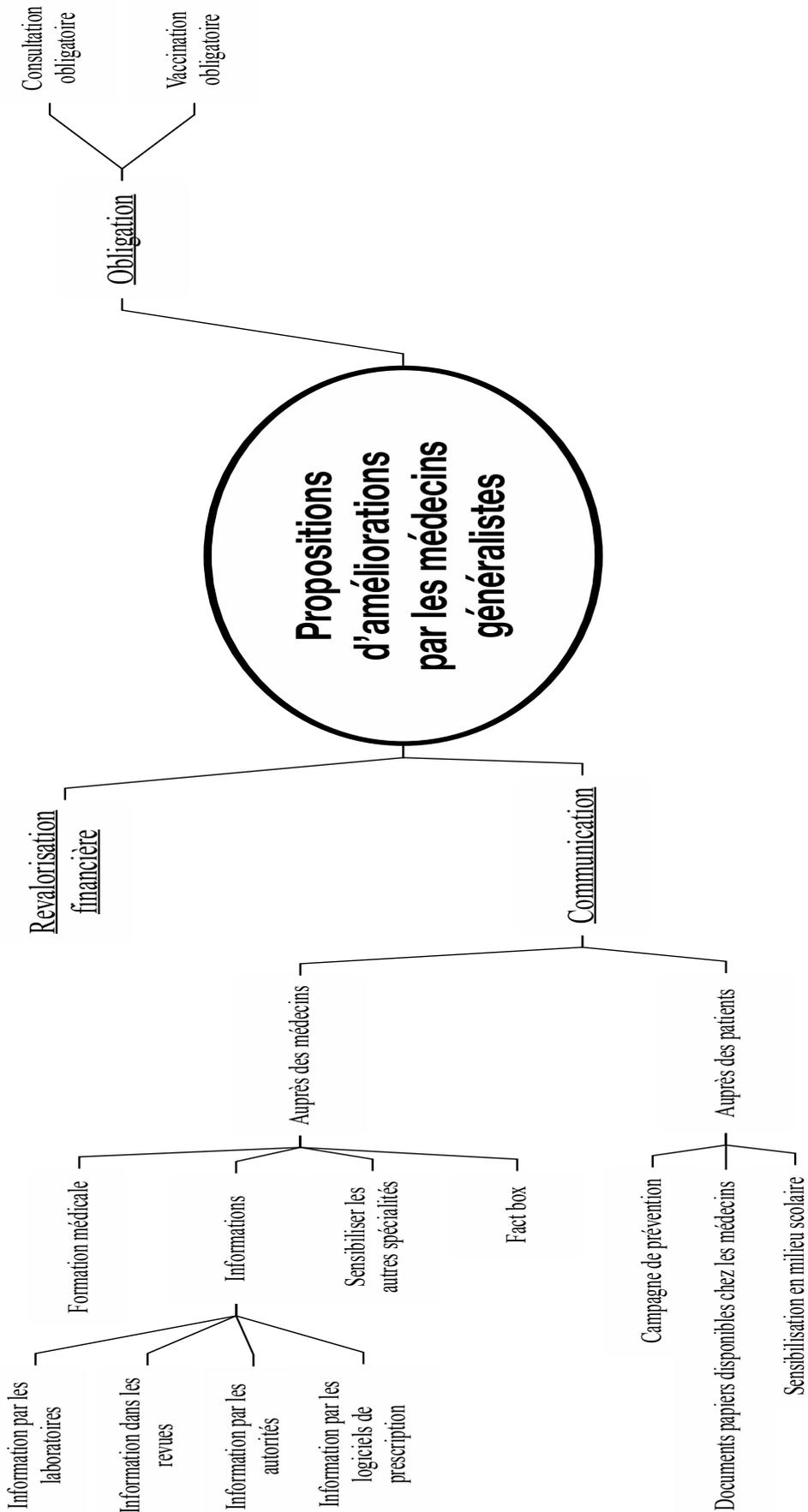
Annexe 5 : Carte heuristique des ressentis des médecins généralistes concernant l'abord et la connaissance de l'orientation sexuelle de leur patientèle :



Annexe 6 : Carte heuristique des ressentis des médecins généralistes sur la réalisation de la vaccination anti-HPV chez les HSH :



Annexe 7 : Carte heuristique des propositions à l'amélioration vaccinale chez les HSH par les médecins généralistes :



RÉSUMÉ

Introduction :

La vaccination anti-HPV chez les HSH est inscrite dans le calendrier vaccinal depuis 2017. Néanmoins, moins de 20% de cette population cible semble être vaccinée.

L'objectif de cette étude était dans une première partie de dresser un état des lieux des pratiques et connaissances des médecins généralistes du Poitou-Charentes concernant cette indication vaccinale. Dans une seconde partie, cette étude permettait d'obtenir des ressentis, des difficultés et des solutions d'un échantillon de médecins généralistes du Poitou-Charentes.

Matériel et méthode :

Cette étude comportait deux parties, une partie quantitative avec un questionnaire diffusé aux médecins généralistes du Poitou-Charentes, et une partie qualitative par des entretiens semi-dirigés auprès de 14 médecins généralistes du Poitou-Charentes.

Résultats :

Il existe une amélioration des connaissances de l'indication vaccinale chez les HSH, néanmoins celle-ci n'est qu'insuffisamment pratiquée. Les médecins généralistes interviewés mettent en évidence plusieurs freins à la réalisation de cette vaccination. Non seulement il existe un défaut d'information auprès des patients et des médecins, mais également une difficulté à cibler la population devant le tabou de l'abord de la sexualité.

Une campagne vaccinale semble nécessaire par les autorités de santé afin d'en avertir la population et de sensibiliser également les médecins. De plus la mise en place d'une consultation sexualité annoncée par le plan santé sexuelle 2017-2030 serait bénéfique pour permettre un suivi d'une population peu consultante que sont les adolescents et les jeunes adultes.

Conclusion :

Cette vaccination anti-HPV chez les HSH gagnerait à être connue par une vraie campagne vaccinale. L'extension de cette vaccination à tous les garçons ne doit pas induire l'oubli de l'indication spécifique chez les HSH, population hautement à risque. Une formation et une information claire doivent être délivrées aux médecins généralistes, première ligne de la prévention primaire en France.

Mots clefs : HSH, HPV, vaccination, médecine générale, santé sexuelle, prévention primaire.



UNIVERSITE DE POITIERS

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 !



RÉSUMÉ

Introduction :

La vaccination anti-HPV chez les HSH est inscrite dans le calendrier vaccinal depuis 2017. Néanmoins, moins de 20% de cette population cible semble être vaccinée.

L'objectif de cette étude était dans une première partie de dresser un état des lieux des pratiques et connaissances des médecins généralistes du Poitou-Charentes concernant cette indication vaccinale. Dans une seconde partie, cette étude permettait d'obtenir des ressentis, des difficultés et des solutions d'un échantillon de médecins généralistes du Poitou-Charentes.

Matériel et méthode :

Cette étude comportait deux parties, une partie quantitative avec un questionnaire diffusé aux médecins généralistes du Poitou-Charentes, et une partie qualitative par des entretiens semi-dirigés auprès de 14 médecins généralistes du Poitou-Charentes.

Résultats :

Il existe une amélioration des connaissances de l'indication vaccinale chez les HSH, néanmoins celle-ci n'est qu'insuffisamment pratiquée. Les médecins généralistes interviewés mettent en évidence plusieurs freins à la réalisation de cette vaccination. Non seulement il existe un défaut d'information auprès des patients et des médecins, mais également une difficulté à cibler la population devant le tabou de l'abord de la sexualité.

Une campagne vaccinale semble nécessaire par les autorités de santé afin d'en avertir la population et de sensibiliser également les médecins. De plus la mise en place d'une consultation sexualité annoncée par le plan santé sexuelle 2017-2030 serait bénéfique pour permettre un suivi d'une population peu consultante que sont les adolescents et les jeunes adultes.

Conclusion :

Cette vaccination anti-HPV chez les HSH gagnerait à être connue par une vraie campagne vaccinale. L'extension de cette vaccination à tous les garçons ne doit pas induire l'oubli de l'indication spécifique chez les HSH, population hautement à risque. Une formation et une information claire doivent être délivrées aux médecins généralistes, première ligne de la prévention primaire en France.

Mots clefs : HSH, HPV, vaccination, médecine générale, santé sexuelle, prévention primaire.