

2015-2016

THÈSE
pour le
DIPLOÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
Qualification en MÉDECINE GÉNÉRALE

**LA VACCINATION ANTI-
PAPILLOMAVIRUS HUMAIN EN
MÉDECINE GÉNÉRALE EN 2016 :
ENJEUX ÉTHIQUES.**

Etude qualitative auprès des
médecins généralistes du Maine-et-Loire

Cécile ESPERANDIEU

Née le 27 août 1986 à Montpellier (34)

Sous la direction de Madame le Professeur Céline BARON
et Monsieur le Professeur Claude ROUGERON

Membres du jury

Monsieur le Pr. DESCAMPS Philippe	Président
Madame le Pr. BARON Céline	Directeur
Pr. ROUGERON Claude	Codirecteur
Dr. LAVIGNE Emmanuelle	Membre
Dr. GHAZI Michel	Membre

Soutenue publiquement le :
27 octobre 2016



UFR SANTÉ

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné, Cécile Espérandieu
déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiante le 27/09/2016

Cécile Espérandieu

LISTE DES ENSEIGNANTS DE L'UFR SANTÉ D'ANGERS

Directeur de l'UFR : Pr Isabelle RICHARD

Directeur adjoint de l'UFR et directeur du département de pharmacie : Pr Frédéric LAGARCE

Directeur du département de médecine : Pr Nicolas LEROLLE

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUDRAN Maurice	Rhumatologie	Médecine
AZZOUIZI Abdel Rahmène	Urologie	Médecine
BARON-HAURY Céline	Médecine générale	Médecine
BARTHELAIX Annick	Biologie cellulaire	Médecine
BATAILLE François-Régis	Hématologie ; transfusion	Médecine
BAUFRETTON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
BEAUCHET Olivier	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BEYDON Laurent	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
BIZOT Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique	Médecine
BONNEAU Dominique	Génétique	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	Médecine
BRIET Marie	Pharmacologie	Médecine
CAILLIEZ Eric	Médecine générale	Médecine
CALES Paul	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CHABASSE Dominique	Parasitologie et mycologie	Médecine
CHAPPARD Daniel	Cytologie et histologie	Médecine
CONNAN Laurent	Médecine générale	Médecine
COUTANT Régis	Pédiatrie	Médecine
COUTURIER Olivier	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
DARSONVAL Vincent	Chirurgie plastique, reconstrucente et esthétique	Médecine
DE BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine
DIQUET Bertrand	Pharmacologie	Médecine
DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie	Médecine
ENON Bernard	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
EVEILLARD Mathieu	Bactériologie-virologie	Pharmacie
FANELLO Serge	Épidémiologie ; économie de la santé et prévention	Médecine
FAURE Sébastien	Pharmacologie physiologie	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie	Médecine
FURBER Alain	Cardiologie	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie	Médecine
GARNIER François	Médecine générale	Médecine
GARRE Jean-Bernard	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GRANRY Jean-Claude	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine

GUILET David	Chimie analytique	Pharmacie
HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine
HUEZ Jean-François	Médecine générale	Médecine
HUNAULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion	Médecine
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion	Médecine
JARDEL Alain	Physiologie	Pharmacie
JEANNIN Pascale	Immunologie	Médecine
JOLY-GUILLOU Marie-Laure	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie	Médecine
LAGARCE Frédéric	Biopharmacie	Pharmacie
LARCHER Gérald	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
LAUMONIER Frédéric	Chirurgie infantile	Médecine
LEFTHERIOTIS Georges	Physiologie	Médecine
LEGRAND Erick	Rhumatologie	Médecine
LERMITE Emilie	Chirurgie générale	Médecine
LEROLLE Nicolas	Réanimation	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
MARCHAIS Véronique	Bactériologie-virologie	Pharmacie
MARTIN Ludovic	Dermato-vénérérologie	Médecine
MENEI Philippe	Neurochirurgie	Médecine
MERCAT Alain	Réanimation	Médecine
MERCIER Philippe	Anatomie	Médecine
MILEA Dan	Ophtalmologie	Médecine
PAPON Nicolas	Parasitologie mycologie	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	Chimie générale	Pharmacie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie	Médecine
PICHARD Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales	Médecine
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile	Médecine
PROCACCIO Vincent	Génétique	Médecine
PRUNIER Fabrice	Cardiologie	Médecine
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
RICHOMME Pascal	Pharmacognosie	Pharmacie
RODIEN Patrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROHMER Vincent	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROUSSEAU Pascal	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
ROUSSELET M.-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROY Pierre-Marie	Thérapeutique ; médecine d'urgence	Médecine
SAINT-ANDRE Jean-Paul	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
SAULNIER Patrick	Biophysique pharmaceutique et biostatistique	Pharmacie
SENTILHES Loïc	Gynécologie-obstétrique	Médecine
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
SUBRA Jean-François	Néphrologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VENIER Marie-Claire	Pharmacotechnie	Pharmacie
VERNY Christophe	Neurologie	Médecine
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
ZAHAR Jean-Ralph	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine

ZANDECKI Marc

Hématologie ; transfusion

Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANNAIX Véronique	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine
BAGLIN Isabelle	Pharmacochimie	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie	Médecine
BELIZNA Cristina	Médecine interne	Médecine
BELLANGER William	Médecine générale	Médecine
BENOIT Jacqueline	Pharmacologie et pharmacocinétique	Pharmacie
BIGOT Pierre	Urologie	Médecine
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine
BOISARD Séverine	Chimie analytique	Pharmacie
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine
CHEVAILLER Alain	Immunologie	Médecine
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire	Médecine
CLERE Nicolas	Pharmacologie	Pharmacie
CRONIER Patrick	Chirurgie orthopédique et traumatologique	Médecine
DE CASABIANCA Catherine	Médecine générale	Médecine
DERBRE Séverine	Pharmacognosie	Pharmacie
DESHAYES Caroline	Bactériologie virologie	Pharmacie
DINOMAIS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
FERRE Marc	Biologie moléculaire	Médecine
FLEURY Maxime	Immunologie	Pharmacie
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie	Médecine
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
JEANGUILLAUME Christian	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACOEUILLE Franck	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
LANDREAU Anne	Botanique	Pharmacie
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	Valorisation des substances naturelles	Pharmacie
LEPELTIER Elise	Chimie générale Nanovectorisation	Pharmacie
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire	Médecine
LIBOUBAN Hélène	Histologie	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique et bromatologie	Pharmacie
MAROT Agnès	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction	Médecine
MESLIER Nicole	Physiologie	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	Immunologie	Pharmacie
PAPON Xavier	Anatomie	Médecine
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
PECH Brigitte	Pharmacotechnie	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie	Médecine
PETIT Audrey	Médecine et santé au travail	Médecine
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie	Médecine
PRUNIER Delphine	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RIOU Jérémie	Biostatistique	Pharmacie

ROGER Emilie	Pharmacotechnie	Pharmacie
SCHINKOWITZ András	Pharmacognosie	Pharmacie
SIMARD Gilles	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
TANGUY-SCHMIDT Aline	Hématologie ; transfusion	Médecine
TRICAUD Anne	Biologie cellulaire	Pharmacie
TURCANT Alain	Pharmacologie	Médecine

AUTRES ENSEIGNANTS

AMIARD Stéphane	Informatique	Médecine
AUTRET Erwan	Anglais	Médecine
BRUNOIS-DEBU Isabelle	Anglais	Pharmacie
CAVAILLON Pascal	Pharmacie Industrielle	Pharmacie
CHIKH Yamina	Économie-Gestion	Médecine
FISBACH Martine	Anglais	Médecine
LAFFILHE Jean-Louis	Officine	Pharmacie
LETERTRE Elisabeth	Coordination ingénierie de formation	Médecine
O'SULLIVAN Kayleigh	Anglais	Médecine

REMERCIEMENTS

À Mme le Professeur Céline Baron, un grand merci d'avoir dirigé ma thèse ; vous avez été disponible et soutenante pour m'aider à analyser le contenu des données suite à mes entretiens. Merci pour les heures passées à me conseiller par votre grande expérience.

À M. le Professeur Claude Rougeron, c'est un honneur que vous me faites en co-dirigeant ma thèse ; travailler avec vous fut agréable et enrichissant ; j'ai découvert avec vous la médecine générale en deuxième année, et vous avez accompagné mes études par votre amitié.

À M. le Professeur Descamps, vous me faites l'honneur de présider mon jury, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

À Mme le Docteur Emmanuelle Lavigne, tu m'as enseigné la médecine de prévention, et la pratique en toute humilité ; merci pour cette belle fin d'internat, je suis fière d'être ta collègue.

À M. le Docteur Michel Ghazi, je suis heureuse que tu ais accepté de juger mon travail ; tu m'as appris la rigueur en médecine générale et transmis ta passion pour l'enfant et l'adolescent.

Aux 13 médecins généralistes interrogés, vous êtes les piliers de mon travail, merci pour votre disponibilité et les réflexions sur votre pratique.

À ma famille et particulièrement à Maman pour ton amour et ton soutien pendant les périodes d'épreuves et de doute. À Anne pour tes nombreuses relectures, ton aide dans l'analyse et dans la mise en page : cette thèse ne se serait pas écrite sans toi.

À ma belle-famille, merci pour votre générosité à toute épreuve.

À mes amis angevins, parisiens, montpelliérains, nantais et strasbourgeois, vous avez toujours cru en moi ; vous êtes les meilleurs amis qu'on puisse rêver avoir.

À Alice, tes rires et ta joie de vivre illuminent ma vie depuis deux ans.

À Thibault, mon amour, tout ça c'est grâce à toi, un immense merci pour cette merveilleuse vie et tout ce qui viendra après.

« Chacun est responsable de tous »

Antoine de Saint Exupéry, *Pilote de guerre*

Liste des abréviations

AMM	autorisation de mise sur le marché
CeGIDD	Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic
CTV	Comité Technique de Vaccination
FCV	frotti(s) cervico-vaginal(-aux)
HAS	Haute Autorité de Santé
HCSP	Haut Conseil de Santé Publique
HPV	<i>Human papilloma virus</i> en anglais ; Papillomavirus Humain
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
IST	Infection Sexuellement Transmissible
MG	médecin généraliste

Plan

REMERCIEMENTS

INTRODUCTION

1. La vaccination anti-HPV

- 1.1. Le papillomavirus humain : éléments scientifiques et épidémiologiques
- 1.2. Les recommandations concernant la vaccination anti-HPV en France
- 1.3. Couverture vaccinale en France et à l'étranger

2. Études antérieures auprès de médecins généralistes sur le vaccin anti-HPV

3. Enjeux éthiques de la vaccination anti-HPV

4. Objectifs de l'étude

MÉTHODES

1. Hypothèse et objectifs de l'étude

- 1.1. Hypothèse
- 1.2. Objectifs de travail

2. Méthodologie et caractéristiques de l'étude

- 2.1. La technique par entretiens semi-dirigés
- 2.2. L'élaboration du guide d'entretien
 - 2.2.1. Du guide d'entretien initial à l'entretien final
 - 2.2.2. Le guide final (cf. annexe 1. « Le guide d'entretien »)
- 2.3. Population étudiée
 - 2.3.1. Critères d'inclusion
 - 2.3.2. Nombre de sujets à inclure
 - 2.3.3. Méthode de recrutement
- 2.4. Déroulement des entretiens
 - 2.4.1. Lieu des entretiens
 - 2.4.2. Consentement et anonymisation
 - 2.4.3. Enregistrement

3. Transcription des données

4. Analyse des données

5. Méthodologie de la recherche bibliographique

RÉSULTATS

1. Caractéristiques de l'échantillon et réalisation des entretiens

- 1.1. Sélection des médecins
- 1.2. Profils des médecins (cf. annexe 3. « Liste des entretiens »)
- 1.3. Réalisation des entretiens

2. Analyse qualitative

- 2.1. Pratiques générales de vaccination
 - 2.1.1. Le calendrier vaccinal fait l'unanimité chez les médecins
 - 2.1.2. Des remises en cause de la part des patients attribuées à une influence néfaste des médias sur les questions de santé et aux mouvements anti-vaccin
- 2.2. Un recul limité sur les bénéfices de la vaccination anti-HPV qui suscite des appréhensions et des ajustements

- 2.2.1. Un vaccin récent : entre questionnements éthiques et politiques publiques
 - 2.2.1.1. Une innovation pharmaceutique qui implique nécessairement les principes éthiques de bienfaisance et de non-malfaisance pour le médecin
 - 2.2.1.2. Une nécessaire information pour répondre aux appréhensions
- 2.2.2. Contexte dans lequel s'inscrit la vaccination
 - 2.2.2.1. Un sentiment de réticence à la vaccination liée à une volonté de « risque zéro »
 - 2.2.2.2. Une politique de santé publique discutée dans son application
 - 2.2.2.3. Un arbitrage entre confiance et esprit critique à l'égard du vaccin
- 2.3. Vacciner des jeunes filles contre une maladie sexuellement transmissible
 - 2.3.1. La particularité de la consultation avec l'adolescent : une relation triangulaire médecin/parent/adolescent
 - 2.3.1.1. Un temps de réflexion partagé et accompagnant le cheminement de l'adolescent
 - 2.3.1.2. Des opportunités rares nécessitant une implication du médecin
 - 2.3.1.3. Un possible décalage entre la vaccination et l'évolution des préoccupations de la jeune fille
 - 2.3.1.4. Un souci de s'adresser à la personne concernée dans le soutien à l'autonomie
 - 2.3.1.5. Le maintien d'une relation de confiance avec les parents
 - 2.3.2. L'âge de la vaccination : de la recommandation à la pratique
 - 2.3.2.1. Les nouvelles recommandations de l'État adaptées par les médecins à l'évolution de la patiente
 - 2.3.2.2. Un abord difficile de la sexualité à un âge « charnière » entre l'enfance et l'adolescence
 - 2.3.2.3. Une information adaptée à l'âge, pour un consentement éclairé réel
 - 2.3.2.4. Les adolescentes sensibles au schéma à deux injections avant l'âge de 14 ans
 - 2.3.3. Prévention à l'adolescence et priorités de soin : vaccin, dépistage et protection
 - 2.3.4. Les représentations des adultes sont impliquées dans cette vaccination
 - 2.3.4.1. Les pré-suppositions sur la sexualité, le suivi médical ou la catégorie sociale de la patiente influencent les pratiques
 - 2.3.4.2. La difficulté des parents à envisager la sexualité présente ou future de leur enfant complexifient l'abord de la vaccination
 - 2.3.4.3. Stratégies pour convaincre les parents : entre culpabilisation et respect de la liberté
- 2.4. Une perspective de santé publique : la vaccination des garçons
 - 2.4.1. Couverture vaccinale et efficacité de la vaccination : de la protection individuelle à la protection collective
 - 2.4.2. Enjeux d'égalité et de responsabilité dans la prévention des IST
 - 2.4.3. Le non-remboursement remis en cause

DISCUSSION

1. Discussion de la méthode

- 1.1. L'étude qualitative
 - 1.1.1. Forces de l'étude
 - 1.1.2. Faiblesses
- 1.2. Le recrutement des médecins

- 1.2.1. La méthode par échantillonnage en chaîne
- 1.2.2. Une majorité d'entretiens avec des femmes de 40 à 50 ans
- 1.2.3. Le lieu d'exercice dans le Maine-et-Loire
- 1.3. L'enquêteur
- 1.4. Critique de la grille d'entretien
 - 1.4.1. Lien entre conviction religieuse et vaccination anti-HPV
 - 1.4.2. La question de l'éthique

2. Discussion des résultats

- 2.1. Représentations scientifiques et socio-économiques des médecins et des patients.
 - 2.1.1. Rappels d'économie de la santé
 - 2.1.2. La préoccupation économique des médecins généralistes
 - 2.1.3. La confiance des médecins généralistes dans les recommandations
- 2.2. L'Evidence Based Medicine : la médecine fondée sur les preuves
 - 2.2.1. La prévention quaternaire
 - 2.2.2. Données scientifiques et réglementation : l'éthique de conviction
 - 2.2.3. Les préférences du patient et l'éthique de responsabilité
 - 2.2.4. D'une éthique normative à une éthique réflexive
- 2.3. La prise en compte du débat public : libérer la parole et vulgariser l'approche scientifique
- 2.4. De la bienfaisance à la bienveillance
 - 2.4.1. Bienfaisance : la protection individuelle
 - 2.4.2. Non-malfaisance : l'influence des médias sur les médecins
 - 2.4.3. Autonomie : l'obtention d'un consentement éclairé
- 2.5. Santé publique
 - 2.5.1. L'éthique utilitariste : la société souhaite-t-elle éradiquer le cancer du col de l'utérus ?
 - 2.5.2. Le médecin réalise un compromis entre les données scientifiques, l'Etat utilitariste, et le patient individualiste
 - 2.5.3. La vaccination des hommes : de la protection collective à l'équité

3. Ce que m'a apporté ce travail en tant que professionnel

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

INTRODUCTION

La vaccination anti-HPV implique une réflexion et des pratiques spécifiques pour les professionnels de santé, et plus largement pour la société.

Tout d'abord, c'est un vaccin récent qui protégerait contre le cancer du col de l'utérus, dont le développement est plus long que l'ancienneté du vaccin. Ainsi, le recul n'est pas suffisant pour les chercheurs pour attester d'une diminution des cas de cancer grâce au vaccin. De plus, les recommandations et donc les couvertures vaccinales sont diverses dans le monde. Enfin, les effets indésirables graves en vaccination ont fait l'objet d'une médiatisation importante, qui s'accompagne d'une méfiance spécifique à l'égard du vaccin anti-HPV.

Ce vaccin est pratiqué chez les adolescents, adultes en construction, qui sont encore légalement sous la responsabilité de leur parents. La pratique du vaccin implique ainsi un travail d'information spécifique et l'obtention d'un consentement de chaque acteur de la décision, qui engage l'avenir des adolescents.

De surcroît, ce vaccin protège contre certains phénotypes d'un virus sexuellement transmissible, qui implique, même indirectement, une dimension intime, la sexualité du patient, parfois « tabou » pour les patients comme pour les médecins. La question de la sexualité est alors abordée sous le prisme négatif du « risque », alors qu'elle est habituellement envisagée comme un moyen d'accès au plaisir.

En France, le fait de recommander exclusivement ce vaccin aux jeunes filles pose un problème éthique d'équité, d'autant qu'il s'agit de lutter contre un virus sexuellement

transmissible à l'origine de lésions génitales, mais aussi buccales et anales pour les deux sexes.

Le rôle du médecin généraliste me paraît primordial dans ses missions de prévention et d'information autour de la vaccination. Il est le premier interlocuteur et acteur de la proposition et de la réalisation du vaccin.

1. La vaccination anti-HPV

Dans les années 1980, Michel Manciaux, professeur émérite de pédiatrie et de santé publique et directeur du Département de la Protection Maternelle et Infantile au Bureau Europe de l'Organisation Mondiale de la Santé à Copenhague, écrit dans son ouvrage *Éthique et vaccination :*

les effets secondaires existent mais doivent être replacés dans le contexte des bienfaits de la vaccination pour la société. Consumérisme, écologie, marginalité, représentent dans les sociétés industrialisées des courants puissants et d'importance croissante qui remettent parfois en cause le bien-fondé de certaines pratiques médicales dont la vaccination(1).

1.1. Le papillomavirus humain : éléments scientifiques et épidémiologiques

Le papillomavirus est responsable de l'infection sexuellement transmissible (IST) d'origine virale la plus fréquente ; la majorité des hommes et des femmes sexuellement actifs rencontrent au moins une fois un papillomavirus au cours de leur vie(2).

Dans un faible pourcentage de cas (environ 10%) impliquant les HPV à haut risque, l'infection persiste et est à l'origine de lésions précancéreuses. Celles-ci peuvent également régresser spontanément mais aussi évoluer vers un cancer invasif.

Les HPV peuvent induire des cancers du col de l'utérus, de la vulve, du vagin, du pénis ou du canal anal. Ils seraient aussi impliqués dans certains cancers de la sphère ORL.

Dans le monde, le cancer du col de l'utérus après contamination par le papillomavirus est le deuxième cancer le plus fréquent chez les femmes en terme d'incidence, et le premier cancer le plus meurtrier chez les femmes dans les pays en voie de développement(3).

Le test de dépistage de référence des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus est un examen cytologique : le frottis cervico-utérin. Sa couverture est estimée à 60% en France(4).

1.2. Les recommandations concernant la vaccination anti-HPV en France

Deux vaccins anti-HPV ont reçu l'autorisation de mise sur le marché (AMM) en 2006 et en 2007 en France. Ils sont remboursés par l'assurance maladie selon les dernières modalités du Haut Conseil de Santé Publique (HCSP) de 2012 pour les jeunes filles entre 11 ans et 19 ans révolus.

Les deux vaccins disponibles couvrent les phénotypes 16 et 18, qui ne sont pas les seuls phénotypes à potentiel cancérogène élevé, mais qui, avant une large vaccination de la population féminine dans les pays à grande couverture vaccinale, étaient les plus fréquents(5). Dans une étude menée de 2006 à 2009 sur 516 femmes atteintes d'un cancer du col de l'utérus, HPV-16 était retrouvé dans 70% des prélèvements et HPV-18 dans 19% des prélèvements(6). Le vaccin quadrivalent (Gardasil) est aussi dirigé contre les HPV-6 et HPV-11 responsables des verrues génitales.

La vaccination anti-HPV est d'autant plus efficace que les jeunes filles n'ont pas encore été exposées au risque d'infection par le HPV.

En mai 2013, la nouvelle recommandation baisse de 14 à 11 ans l'âge minimum de la vaccination dans le but notamment de « désexualiser » la discussion et de profiter d'un rendez-vous vaccinal déjà en place (rappel DTP)(7).

L'effet préventif sur le cancer du col de l'utérus reste présupposé, bien que les derniers résultats des études cliniques montrent une diminution des lésions pré-cancéreuses(8), (9). L'efficacité de la prévention ne pourra être prouvée qu'à long terme, puisque l'histoire naturelle d'une lésion invasive du col de l'utérus est de 15 à 25 ans après la contraction du virus.

1.3. Couverture vaccinale en France et à l'étranger

Dans le monde, plus de 67 pays ont instauré un programme de vaccination(10),(11).

L'Australie, le Royaume-Uni, le Portugal et le Danemark atteignent une couverture vaccinale supérieure à 80% pour ce vaccin, notamment grâce à la mise en place de la vaccination dans les structures publiques ou en milieu scolaire(12).

Aux États-Unis, en Australie et au Canada, l'indication est étendue aux garçons à partir de 9 ans. Plusieurs modélisations démontrent que cette pratique diminuerait l'apparition de lésions ORL et génitales masculines et féminines, surtout lorsque la couverture vaccinale chez les filles est inférieure à 50%(12). De plus, la vaccination mixte limiterait les inégalités socio-démographiques de transmission du virus, transmission accrue dans les populations où la sexualité est précoce et les partenaires sont multiples. En effet, dans ces populations, on enregistre les plus basses couvertures vaccinales et les plus

bas taux de dépistages par frottis(13). Des modélisations canadiennes(14) amènent à penser que le passage à 2 injections puis la généralisation de la vaccination aux deux sexes pourrait « changer la donne » et compenser le coût financier par l'augmentation du nombre de cancer évité.

Depuis la recommandation en France du vaccin anti-HPV en 2007, les autorités observent une diminution régulière de la couverture vaccinale, évaluée en 2015 à 18% chez les jeunes filles (4). Cette diminution s'est accentuée à partir de 2010, en lien avec les préoccupations exprimées par le public et relayées par les médias suite aux notifications de maladies auto-immunes, en particulier des affections démyélinisantes, chez les jeunes filles vaccinées par un vaccin anti-papillomavirus.

2. Études antérieures auprès de médecins généralistes sur le vaccin anti-HPV

En mars 2015, 6% des médecins généralistes interrogés dans une étude de la DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation, et des Statistiques) sur 1712 praticiens, considèrent probable l'existence d'un lien entre la vaccination et l'apparition de maladies neurodégénératives (15).

Dans les faits, si une grande majorité des médecins est favorable à la vaccination en général, un tiers d'entre eux préfèrent se fier à leur propre jugement et ne se sentent pas toujours en confiance pour rassurer les patients dans certains aspects, en particulier sur les adjuvants (15).

Les études réalisées sur le vaccin anti-HPV en particulier, montrent que si les médecins ont une opinion favorable pour la vaccination, ils se trouvent confrontés à la méfiance des parents(16).

D'autres travaux ont retrouvé un frein exprimé par les médecins généralistes quant à l'abord de la sexualité en consultation autour du vaccin ; ces travaux proposent la mise en place par les pouvoirs publics d'une consultation de prévention dédiée à l'adolescent(17).

3. Enjeux éthiques de la vaccination anti-HPV

L'étude de la DREES montre que 6 médecins sur 10 estiment que leurs connaissances sur les risques du vaccin sont insuffisantes, et 1 sur 5 doute sur son efficacité. L'étude réalisée sur 1000 médecins mettait en évidence des associations similaires en régression logistique multiple entre leurs prescriptions, et les variables « expérience personnelle de vaccination de ses enfants » et « la confiance aux autorités »(15). Les médecins ayant un avis défavorable sur la balance bénéfice/risque le recommandent moins souvent.

La pratique de la vaccination repose en effet sur des enjeux décisionnels éthiques. L'éthique s'assoit sur la réflexion, les qualités humaines et l'ouverture, selon le Haut Conseil de Santé Publique (HCSP)(18). Elle implique la politique et l'économie de santé pour les recommandations et la commercialisation, mais aussi l'autonomie de la personne sur une question qui touche à la sexualité et l'intimité.

4. Objectifs de l'étude

Notre travail interroge les valeurs morales, les paramètres socio-économiques et politiques, afin de comprendre les enjeux éthiques impliqués dans la pratique de la vaccination anti-papillomavirus par les médecins généralistes en 2016.

Cela permettra de mieux prendre en compte la complexité de l'approche bio-psychosociale en terme de vaccination.

MÉTHODES

1. Hypothèse et objectifs de l'étude

1.1. Hypothèse

La vaccination anti-HPV implique un questionnement éthique pour les médecins généralistes englobant :

- l'information et la formation médicale ;
- les convictions politiques et économiques en santé ;
- le consentement d'un patient mineur déjà acteur de ses décisions et le consentement de ses parents ;
- l'abord de la sexualité, spécifique au vaccin anti-HPV.

1.2. Objectifs de travail

Objectif principal : il s'agit de comprendre la pratique vaccinale des médecins généralistes :

- leur réflexion sur l'information disponible et les recommandations ;
- la discussion avec la patiente et ses parents en vue d'une prise de décision ;
- l'information sur le suivi gynécologique, également envisagé lors de la pratique vaccinale sur un plus long terme.

Objectif secondaire : donner des repères pour favoriser une réflexion éthique sur ce vaccin chez tous les professionnels médicaux, paramédicaux et médico-sociaux impliqués (médecins, gynécologues, sages-femmes, pharmaciens, chercheurs, conseillers conjugaux et familiaux, infirmiers scolaires).

2. Méthodologie et caractéristiques de l'étude

2.1. La technique par entretiens semi-dirigés

Il s'agissait d'une étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes installés, hommes et femmes. Cette technique nous a paru la plus adaptée pour réaliser ce travail. Elle présentait plusieurs avantages :

- la technique permettait la spontanéité du dialogue, primordiale dans un travail sur l'éthique ;
- un guide d'entretien sur feuille imprimée permettait à l'enquêteur de diriger l'entretien ;
- ce guide permettait de noter les mots-clés employés afin de rebondir, et de développer le plus possible le sens des mots employés par les médecins.

2.2. L'élaboration du guide d'entretien

2.2.1. *Du guide d'entretien initial à l'entretien final*

Le guide d'entretien faisait un point sur la vaccination en général avant d'aborder la pratique de la vaccination anti-HPV. Ces thèmes constituaient un canevas et avaient été établis au préalable grâce aux ressources bibliographiques. Les notions évoquées dans les premiers entretiens étaient réinjectées dans les suivants, ce qui donnait lieu à des discussions de plus en plus riches.

2.2.2. *Le guide final (cf. annexe 1. « Le guide d'entretien »)*

Nous évoquions en préambule le calendrier vaccinal en général et les problèmes posés par certains vaccins. Nous abordions ensuite la pratique de la vaccination anti-papillomavirus en médecine générale en proposant six thèmes ouverts issus des principes éthiques en santé (particularités du vaccin, santé publique, équité, autonomie,

bienfaisance, non-malfaisance) puis nous interrogions les médecins généralistes sur leur position par rapport aux recommandations de cette vaccination. Enfin, nous posions une question ouverte sur les enjeux éthiques autour de la vaccination, en explicitant la question si nécessaire par les termes « valeurs et convictions en jeu dans la décision », « croyances », « remises en question », ou en évoquant le « plan personnel ».

2.3. Population étudiée

2.3.1. Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- Médecins généralistes installés dans le Maine-et-Loire.
- Part conséquente de consultations avec des adolescents.

2.3.2. Nombre de sujets à inclure

Le nombre de médecins n'était pas déterminé à l'avance. Nous avons décidé de continuer les entretiens jusqu'à saturation des données. Celle-ci était définie par l'absence de nouvelle occurrence sur deux entretiens consécutifs.

2.3.3. Méthode de recrutement

Un premier médecin était arbitrairement désigné pour valider la grille d'entretien. Puis le recrutement a été poursuivi par échantillonnage en chaîne : chaque médecin interrogé donnait les noms de deux confrères susceptibles de suivre des adolescents en consultation.

L'objectif était d'aboutir à un échantillon raisonné, ciblé sur les médecins généralistes ayant une expérience dans la consultation avec l'adolescent, à échantillon varié en fonction du sexe, de l'âge et du lieu d'exercice (rural ou urbain).

Les rendez-vous étaient pris par téléphone, en proposant de se rendre sur place, et en demandant un temps de disponibilité de 30 minutes pour l'entretien. Le thème de l'étude, ainsi que le cadre du travail de thèse étaient donnés pour information.

2.4. Déroulement des entretiens

2.4.1. Lieu des entretiens

Les entretiens ont été réalisés dans le lieu d'exercice de chaque médecin interrogé.

2.4.2. Consentement et anonymisation

Un accord pour l'entretien puis un consentement oral pour l'enregistrement ont été demandés à chaque médecin. Les noms des médecins étaient ensuite remplacés sur les retranscriptions par l'initiale du nom, l'âge et le sexe.

2.4.3. Enregistrement

L'enregistrement des entretiens a été réalisé à l'aide d'un dictaphone numérique appartenant à l'enquêteur. Les fichiers audio ont été conservés numériquement jusqu'à la fin de l'étude.

3. Transcription des données

La transcription des données a été faite manuellement et dans son intégralité sur un fichier *OpenOffice Writer* pour constituer le *verbatim*. La syntaxe et la structure grammaticale n'ont pas été modifiées. Les expressions, rires ou silences, étaient notées entre crochets.

4. Analyse des données

Les entretiens étaient analysés par l'enquêteur, en faisant ressortir des « mots » ou « phrases-clés » afin de dégager des thèmes et sous-thèmes.

La triangulation des données, pour validation interne, a été réalisée par une étudiante, agrégée de lettres, sans formation médicale.

Pour l'analyse des résultats, nous nous sommes appuyés sur le schéma de Von Engelhardt de l'université de Lubeck sur la complexité relationnelle au sein du couple patient-médecin et les différents intervenants et facteurs influents (cf. annexe 2). Il existe trois niveaux dans la relation patient-médecin selon Von Engelhardt :

- La relation médecin-patient ;
- L'influence du lien avec la société, et les représentations de chacun ;
- Les contextes dans lesquels s'inscrivent le médecin, le patient et la société, impliquant des repères politiques, économiques, philosophiques, artistiques, théologiques, juridiques, et scientifiques.

5. Méthodologie de la recherche bibliographique

La recherche bibliographique a été effectuée dans un premiers temps par mots-clés en français et en anglais sur les sites ou moteurs de recherche Google, Google Scholar, CISMeF, Sudoc et PubMed. Les mots-clés sont « éthique et vaccination », « vaccination anti-hpv », « autonomie et vaccination », « consentement et vaccination », « équité et vaccination », « effets indésirables vaccination ».

D'autres recherches ont ensuite été réalisées pour l'analyse et la discussion sur les sites Currents contents, de la Société française et francophone d'éthique médicale, de la revue *Cairn* et du Centre éthique international. Les articles sur la vaccination anti-HPV de la revue *Prescrire* sont étudiés aussi.

RÉSULTATS

1. Caractéristiques de l'échantillon et réalisation des entretiens

1.1. Sélection des médecins

Sur les 14 médecins contactés par téléphone, 13 ont répondu positivement en acceptant l'entretien et en proposant un rendez-vous. Un seul médecin a refusé par l'intermédiaire de son secrétariat, sans donner de raison particulière.

1.2. Profils des médecins (cf. annexe 3. « Liste des entretiens »)

Les médecins généralistes exerçaient dans le Maine-et-Loire, 3 en ville, 7 en zone semi-rurale, et 3 en zone rurale. Tous les cabinets se trouvaient dans un périmètre de 40 km autour d'Angers.

Tranches d'âge	Homme	Femme
30 à 40 ans	3	2
40 à 50 ans	1	6
50 à 60 ans	1	0
Total	5	8

Tous les médecins interrogés exerçaient en cabinet de groupe et 9 d'entre eux étaient maîtres de stages universitaires. Tous avaient une activité quotidienne de consultation de l'enfant et de l'adolescent.

1.3. Réalisation des entretiens

Les entretiens se sont déroulés de février à mai 2016. La durée moyenne des entretiens était de 19 minutes. Les deux plus longs entretiens ont duré 26 minutes et le plus court 11 minutes.

L'enquêteur a recueilli les propos sur les lieux d'exercice, en début de journée de consultation, ou lors de la pause « déjeuner ».

Suite à la retranscription des entretiens, hormis quelques « coquilles » ou mots inaudibles, l'ensemble des transcriptions était de bonne qualité.

2. Analyse qualitative

2.1. Pratiques générales de vaccination

2.1.1. Le calendrier vaccinal fait l'unanimité chez les médecins

Les médecins généralistes essaient unanimement de suivre les recommandations de l'État en matière de vaccination : « j'essaie d'être plutôt assez observant » (M6).

Le calendrier vaccinal est un repère important pour les médecins généralistes : « je suis le calendrier vaccinal, je vaccine tout le monde » (M5). Ils le trouvent adapté : « je le trouve bien [...] je l'applique » (M11). Cette application ménage cependant une certaine souplesse : « j'applique le calendrier vaccinal en émettant parfois certaines réserves » (M1) ; ou « je suis moins insistant sur le méningocoque » (M4).

Son application est jugée simple : « je trouve qu'il s'est plutôt simplifié depuis deux ans » (M6). Les médecins le jugent compréhensible pour les patients, qui adhèrent ainsi à ce cadre de référence : « il est cohérent, il est facile à appliquer. Je pense qu'il a été bien diffusé et bien compris des gens » (M10).

Ils soulignent aussi la nécessité d'une large couverture vaccinale en santé publique : « on a des maladies qui réapparaissent parce qu'on a des taux de vaccination qui ne sont plus suffisants » (M9).

La notion d' « obligation vaccinale » facilite une meilleure adhésion des patients : « les vaccins qui sont dits obligatoires posent moins de problème » (M5). A l'inverse, certains patients y voient une atteinte à leur autonomie : « Les gens se disent on respecte pas notre autonomie parce que certains vaccins sont obligatoires. » (M8).

2.1.2. Des remises en cause de la part des patients attribuées à une influence néfaste des médias sur les questions de santé et aux mouvements anti-vaccin

Certaines difficultés de vaccination sont directement mises en lien avec les médias : « les médias font beaucoup de mal quoi... Des affaires qui sortent... » (M3).

Les positionnements anti-vaccin touchent tous les vaccins : « il y a toujours des gens qui sont anti-vaccin, pour qui tous les vaccins posent problème » (M10). Les médecins y voient une spécificité française : « en France on a une population qui est en général assez anti-vaccin » (M7).

Les convictions des praticiens sur les bienfaits de la vaccination sont un atout pour convaincre : « si on n'est pas convaincu des choses, on arrive pas à faire passer les messages » (M9).

2.2. Un recul limité sur les bénéfices de la vaccination anti-HPV qui suscite des appréhensions et des ajustements

2.2.1. Un vaccin récent : entre questionnements éthiques et politiques publiques

2.2.1.1. Une innovation pharmaceutique qui implique nécessairement les principes éthiques de bienfaisance et de non-malfaisance pour le médecin

Une protection efficace contre le cancer du col de l'utérus ?

La vision globalement positive du vaccin est partagée par 12 des 13 médecins interrogés ; il est reconnu comme un acte de prévention du cancer : « c'est quand même l'un des vaccins qui protège d'un cancer. Y'en a pas beaucoup » (M4). Il est également décrit comme une double protection novatrice lorsqu'il s'ajoute à la prévention par frottis cervico-vaginaux : « c'est une avancée pour les jeunes filles dans la prévention du cancer du col. C'est une arme supplémentaire » (M9).

Cependant, les recherches parues jusqu'alors n'ont pas prouvé la diminution du cancer grâce au vaccin : « il n'y a pas d'article qui montre réellement son efficacité sur le cancer » (M10).

D'abord, ne pas nuire : la balance bénéfice/risque

Guidé par le souci de ne pas nuire, un des piliers de l'éthique professionnelle en médecine, le médecin tient compte de la balance bénéfice/risque : « je pense qu'en tant que médecin, on est toujours iatrogène, c'est penser comment on se situe là-dedans, et toujours dans la balance bénéfice/risque. » (M1).

Les médecins connaissent les effets secondaires potentiels et pratiquent la vaccination en connaissance de cause : « c'est possible, après c'est rarissime, et le risque est bien moins important que le bénéfice attendu » (M2). Les médecins ont conscience que tout

acte vaccinal ou prise médicamenteuse peut entraîner des effets indésirables : « je suis assez confiante... tout en sachant qu'à chaque fois qu'on fait quelque chose y'a un risque » (M12).

Ils préfèrent s'appuyer sur des connaissances réelles, en tenant compte d'une certaine relativité du savoir médical dans le temps : « Je pense qu'il faut qu'on s'appuie sur les choses qu'on connaît sur le moment présent » (M7). Ils fondent leur argumentation sur le temps écoulé depuis les premières vaccinations en essayant d' « expliquer qu'il y a quand même un recul maintenant qui paraît suffisant pour la surveillance des effets secondaires et sur l'efficacité » (M4).

Un médecin étend aussi le raisonnement à la protection collective : « il faut voir le bénéfice/risque au niveau individuel et au niveau société » (M13).

Dans le souci de proposer des mesures de soin éthiquement et médicalement acceptables, un médecin évoque la « prévention quaternaire » et se demande s'il n'y a pas un risque : « en faisant systématiquement, [...] le vaccin anti-HPV aux jeunes filles, finalement de leur nuire quelque part, [...] elles vont croire qu'elles sont protégées contre des choses contre lesquelles elles ne sont pas forcément protégées » (M10). Il exprime ainsi le principe qui guide sa pratique : « c'est ne pas faire quelque chose pour lequel on n'a pas de preuve suffisamment pertinente pour se sentir obligé de le faire ».

Un médecin discute aussi les pratiques de ses confrères, en soulignant que réaliser le schéma vaccinal est financièrement intéressant grâce au paiement à l'acte par rapport à un médecin qui refuse la vaccination : « c'est plus intéressant de faire trois

consultations, c'est plus rentable pour le médecin de le faire [...] C'est compliqué ! Parce que le médecin est payé à l'acte » (M10).

S'en remettre aux autorités sanitaires, une démarche éthique ?

En s'attachant à suivre les recommandations, les médecins peuvent adopter une attitude passive, fondée sur la confiance qu'ils ont à l'égard des autres professionnels de santé, notamment des chercheurs, pour alerter sur les effets secondaires éventuels : « J'imagine qu'il y a plein d'études là-dessus ! Donc je ne me suis pas posé la question moi-même [...] on a quand même un contrôle qui est important donc, si les sels d'aluminium étaient ultra toxiques et rendaient tout le monde malade, je pense qu'on le saurait » (M2). Un médecin nuance ce type de réflexion : « peut-être qu'effectivement, j'ai pas assez l'esprit critique » (M7).

Le remboursement du vaccin valide le service médical rendu. Le médecin informe son patient et prescrit en faisant confiance aux autorités sanitaires sur la sécurité du médicament en France : « il y a quand même une sécurité unique en France » (M2). Ainsi, plusieurs médecins interrogés font le lien entre le remboursement et l'efficacité potentielle d'un traitement : « j'avais pas trop réfléchi à ça, j'imagine que le fait qu'il soit remboursé, et recommandé, c'est qu'on estime qu'il y a sûrement un bénéfice » (M2) ; « l'État est pas là pour tuer la population et [...] si on accepte de rembourser tout ça c'est qu'a priori on n'a pas trop d'inquiétude » (M12). Un médecin avance que, de la même façon, le remboursement confirme l'intérêt du vaccin aux yeux du patient : « le remboursement, ça valide l'autorité de santé pour eux » (M13).

Le médecin accorde aux laboratoires une confiance prudente : « faut aussi faire confiance aux experts scientifiques et pas douter tout le temps non plus des laboratoires » (M13).

Le médecin fait parfois un compromis entre sa connaissance des études, sa formation continue et une confiance plus passive envers les autorités sanitaires : « les études, tout ça, j'essaie de me tenir un peu au courant mais je peux pas être au courant de tout non plus, donc faut aussi à un moment faire confiance » (M12) ; « à chaque fois qu'il y a une étude *a priori* ça montre qu'y'a rien » (M12). Un autre explique qu'il s'informe en lisant notamment la revue *Prescrire*, mais qu' « [il n'a] pas à remettre en doute le bien-fondé de ces vaccins » (M6) ; un autre encore s'en sert pour discuter avec les patient, en valorisant cette association d'experts indépendants : « S'ils connaissent pas, je leur dit que c'est eux qui ont alerté par rapport au Médiator, ils sont indépendants de tout labo... Ca les rassure ça ! » (M8).

Un médecin, inversement, dit qu'il ne peut pas restreindre sa réflexion éthique au savoir scientifique : « on peut pas ne jurer que par l'EBM, qui n'est qu'une petite partie de la réflexion qu'on peut avoir en médecine » (M10).

2.2.1.2. Une nécessaire information pour répondre aux appréhensions

La vaccination soumise au débat public

Les médecins confient être gênés dans leur prescription de vaccination par les choix éditoriaux des journalistes : « c'est sur le Gardasil avec la jeune fille là qui a porté plainte il y a quelques... je sais pas... un an et demi, deux ans ?... qui a été déboutée mais, ça fait la une du 20h quand elle a porté plainte mais le fait qu'elle ait été

déboutée, c'est deux lignes en fin de journal » (M3). Mais ils mentionnent aussi plus directement des mouvements anti-vaccins présents en particulier à la télévision, sur internet et les réseaux sociaux : « entre nous les lobbies anti-vaccins sont quand même largement plus communicants, plus performants, que les lobbies vaccins » (M4). Un autre médecin ajoute : « ça nous bouffe la vie » (M11). Les médecins soulignent les généralisations médiatiques produites à partir de cas individuels, qui favorisent les discours anti-vaccin : « dès qu'il y a un cas, on fait tout de suite un amalgame, on attend pas les conclusions et on dit que c'est nocif, alors il y a forcément des gens qui s'engouffrent dans cette brèche » (M7).

Un médecin explique aussi que les informations sur les effets indésirables sont parfois fausses dans les médias, et valide cette impression par ses connaissances médicales, les effets secondaires « qui sont imputés au vaccin [...] ne sont pas forcément imputables sur le plan strict du terme » (M3).

Un autre ajoute : « il faut aussi se méfier de ce que disent les médias et que de façon globale on a un recul assez long sur l'utilisation du vaccin que ce soit en France ou à l'étranger, sur les effets secondaires » (M13).

Un autre médecin, dans une vision plus positive de l'impact des médias, pense qu'ils informent les familles, ce qui permet un abord plus simple du vaccin en consultation « ils ont quand même [...] essayé de vulgariser le vaccin, d'amener en tout cas à des choses dans le bon sens » (M7).

Un médecin relativise les peurs relayées dans les médias sur la vaccination, en remarquant que les autres pays n'ont pas les mêmes difficultés : « c'est aussi assez français d'avoir peur de la vaccination » (M2).

Répondre aux inquiétudes pour un consentement éclairé

Pour les patients, la confiance ne va pas de soi en ce qui concerne les médicaments ou l'industrie pharmaceutique : « ils sont beaucoup dans l'appréhension de ce que ça peut être, "de toute façon on nous empoisonne" » (M3). Le médecin doit alors renforcer son travail d'information pour rassurer les patients : « on est obligés d'expliquer, de justifier, même de prendre les devants en disant "voilà, il y a plein d'études qui ont été faites" » (M13).

Les parents s'informent souvent avant de discuter avec leur médecin. Ils ont leurs propres convictions sur la vaccination : « ils ont souvent déjà une opinion avant de venir en consultation, du coup nous on arrive pas beaucoup à les faire changer d'opinion [...] ils restent assez sensibles, je crois à l'information qui est délivrée sur internet, ils parlent avec d'autres parents » (M4).

La nouveauté de la vaccination anti-HPV suscite une appréhension chez les patients qui demandent parfois un temps supplémentaire pour connaître l'efficacité : « des mamans (notamment) qui veulent se donner du recul » (M4).

L'information est donnée pour prendre une décision en toute autonomie – c'est la définition que donne un médecin de son rôle par rapport à la vaccination : « C'est d'expliquer mais de ne pas imposer » (M10).

Se former, s'informer

Les médecins sont, comme les patients, informés par les médias : « c'est passé aux infos, y'avait eu deux cas de narcolepsie [...] on entend qu'une version, on sait pas si c'est lié à la vaccination ou pas » (M11). Ils doivent ainsi en permanence prendre connaissance des recherches scientifiques pour répondre à des inquiétudes qui les touchent eux-mêmes, « ce qu'on a pas forcément, envie, le temps, de faire ou les moyens de le faire au niveau des sources » (M13).

Les effets secondaires du vaccin anti-HPV ayant été médiatisés, les médecins doivent s'informer davantage pour répondre aux patients sur ces questions. Un médecin confie ne pas avoir d'inquiétude par rapport à ce vaccin en particulier : « les réactions sont assez exceptionnelles en pratique courante » (M5) ; « j'essaie de me documenter, aussi pour argumenter vis-à-vis des familles » (M6). Ils s'appuient sur les formations auxquelles ils ont accès : « Je m'appuie aussi sur les journées de gynéco, souvent ils nous en parlent, comment il s'appelle, Descamps ? il est quand même pro-vaccin, lui [rire] [...] Je ne m'appuie pas que sur les labos : dans les congrès ou autres ils sont quand même en faveur du vaccin » (M7).

Et les jeunes médecins seraient moins influencés par les laboratoires « on a beaucoup moins de bénéfices liés aux labos, en nature que ce que pouvait avoir nos prédécesseurs, et un recul par rapport aux labos un peu plus important » (M13).

D'autres donnent un avis négatif sur les campagnes déjà en place, et décrivent : « une publicité un peu mensongère [...] culpabilisante pour les mères, presque en disant "si vous vaccinez pas votre fille vous êtes une criminelle" » (M10).

Les médecins recherchent aussi des données sur la diminution des cancers dans les pays où la recommandation de vacciner est plus ancienne : « Je crois qu'aux États-Unis on commence à avoir des bénéfices, ça commence à diminuer au niveau des cancers » (M3).

La manière de proposer un vaccin

Le médecin tente d'expliquer la dimension de protection collective à ses patients, malgré la difficulté de faire admettre cette notion de santé publique : « certains [...] prennent conscience que effectivement ils sont pas seuls au monde » (M12).

Un médecin remarque des différences de convictions selon les professionnels et pense que cela peut influer sur l'adhésion du patient : « y'a des dérives, y'en a qui sont anti contraception, à ce moment-là ils ne proposent pas la contraception, après la manière de proposer un vaccin va forcément inciter les gens ou pas à... » (M7).

Par ailleurs, les médecins ayant déjà donné l'information à l'adolescente seule ont remarqué une opinion plutôt favorable des jeunes filles au premier abord. Le vaccin est vu alors comme un acte de prévention pour l'avenir, ce qui entre aussi dans l'actualité de l'adolescente : « ce que j'ai vu c'est que les jeunes filles disent "oui, ben oui, faut le faire" c'est plutôt simple, ça protège » (M1). Le passage par l'avis des parents serait donc un frein à la vaccination dans certains cas.

Informer à une échelle plus large

Un médecin formule des suggestions pour améliorer la couverture vaccinale et propose aussi de mettre en place des campagnes publicitaires pro-vaccination pour aider la prescription et l'adhésion de la population : « de nouvelles infos, diffusées largement, ça

me paraîtrait être quelque chose d'intéressant, sur l'innocuité, sur l'intérêt de la vaccination [...] beaucoup plus large, comme celle sur les antibiotiques » (M4).

Un médecin se plaint « qu'il [lui] manquerait éventuellement des supports » (M7) pour convaincre les patients lorsque le doute est installé par les affaires médiatisées.

Les médecins aimeraient que les collèges de spécialistes s'expriment publiquement lorsqu'un effet secondaire est médiatisé, et que leur discours soit relayé, pour rassurer la population : « si, les collèges de gynéco de France [...] s'étaient exprimés, tout ça, mais c'est pas du tout passé, on a entendu que les filles qui avaient des cas de narcolepsie, et pas du tout les spécialistes » (M11).

2.2.2. Contexte dans lequel s'inscrit la vaccination

2.2.2.1. Un sentiment de réticence à la vaccination liée à une volonté de « risque zéro »

Certains médecins évoquent une société réticente face aux progrès scientifiques et face aux risques qu'impliquent de nouveaux traitements : « on vit dans un pays [...] on se comporte en riche quoi, on a l'impression que tout nous est dû, la santé, machin mais sans faire d'effort et sans... sans accepter le risque qui va avec... » (M12). Un médecin pose la question du rapport bénéfice/risque dans la décision d'accepter un vaccin ou non : « est-ce qu'il faut se passer d'une vaccination en se disant qu'elle est peut-être néfaste, je ne sais pas ! Ça, c'est une question ! » (M7).

Le constat est fait d'une méfiance générale de la société envers la médecine et les médicaments : « Les patients sont moins observant, ils ont moins confiance dans la médecine et dans les prescriptions médicamenteuses et dans les rapports qu'ont les

médecins avec les laboratoires » (M13). D'autres médecins s'interrogent sur les causes de cette réticence : « je ne sais pas pourquoi il y a toute cette réticence » (M2).

Certains patients refuseraient le vaccin par appréhension : « leur argument c'est qu'on sait pas ce que ça donne dans l'avenir, et les effets possibles » (M9).

2.2.2.2. Une politique de santé publique discutée dans son application

L'objectif du taux de couverture est remis en question

La protection collective est une notion économiquement intéressante pour les professionnels de santé, et ceux-ci essaient de faire passer ce message : « la vaccination c'est une vision globale des choses et dans une économie de santé nationale, ça a un intérêt quand même important » (M13).

Mais les objectifs de santé publique paraissent inatteignables dans les conditions actuelles : « déjà il faudrait une couverture, je pense, qui serait tellement supérieure, pour avoir une protection collective, à ce qu'on arrive à obtenir ; oui enfin, moi ça me paraît un peu utopique » (M2).

Les médecins constatent de meilleures couvertures dans d'autres pays : « tiens y'a d'autres pays où ils font autrement, ils font même encore plus. Ça permet de dédramatiser un peu la vaccination » (M7). Ils se servent parfois de ce constat comme argument pour aider à convaincre de l'intérêt du vaccin. Cette couverture vaccinale serait favorisée par des campagnes de vaccination plus convaincantes : « y'a quand même des pays où la promotion du vaccin est plus... mieux faite, et l'adhésion est plus importante, y compris pour les garçons » (M7).

Un médecin s'attend à de nouvelles recommandations pour changer le schéma vaccinal ou faire des rappels à l'avenir : « je sais que ça continue à être surveillé et je pense qu'on le saura dans les années à venir, mais on ne sait pas pour le moment » (M5) ; « est-ce qu'il ne faudra pas faire des rappels à un moment ou un autre ? [...] Est-ce que la vaccination qu'on fait à 12 ans, on ne devra pas la réitérer par exemple à 30 ans pour éviter un report d'HPV sur la quarantaine ou sur des gens qu'après on surveillera moins ? » (M5).

Il existe des différences de politiques vaccinales à l'international, qui incluent notamment parfois la vaccination des garçons : « y'a des pays du nord qui vaccinent les garçons et c'est hyper efficace » (M5).

Inversement, un pays a décidé d'annuler la recommandation initialement mise en place par souci de recul : « y'a des pays comme le Japon, vous le savez bien, qui n'ont plus mis ça dans leurs recommandations depuis quelques temps » (M10). Ceci alimente la réflexion des médecins français.

Information sur le coût et adhésion au remboursement du vaccin

La vaccination complète par le vaccin anti-HPV selon les recommandations revient à environ 400 euros. Certains médecins connaissent le prix : « c'est 140 euros l'injection, c'est cher hein ? » (M7) ; « c'est honteux » (M6). Ils se demandent parfois ce qui justifie ce coût : « Je sais pas très bien pourquoi ça coûte aussi cher » (M4) ; « il y a des tas de choses qui ne sont pas claires par rapport à ce vaccin qui est très cher » (M10).

Un médecin donne l'argument du coût pour vacciner avant 14 ans et donc ne faire que deux injections : « puisqu'il y a que deux injections, jusqu'à quatorze ans. [...] C'est plus simple, ça coûte moins cher. [rire] » (M11).

D'autres médecins ne se sont pas intéressés au prix malgré leur prescription fréquente ; à l'annonce du prix, un médecin s'étonne : « Oui ? Ah je pensais que c'était moins que ça » (M3). Un autre avoue « Je ne sais même pas combien ça coute ! » (M8). Ils estiment que ce coût, même élevé pour un médicament, sera inférieur à celui de la prise en charge d'un cancer. Cette dépense en terme de santé publique semble utile en prévention : « ça ne rentre pas dans ma prise de décision » (M2) ; « j'en tiens pas compte dans ma réflexion » (M4) ; « si j'estime que c'est un vaccin qui apporte quelque chose, je ne me préoccupe pas vraiment du prix » (M6).

Les médecins ont parfois des croyances fausses sur la valeur de la vaccination : « Je crois que le coût a diminué à partir du moment où il a été conseillé » (M3).

L'opinion de certains médecins sur les priorités de dépenses en santé apparaît alors ; certaines ne seraient pas utiles, mais la vaccination anti-HPV n'est pas mise en cause : « je pense qu'on dépense beaucoup d'argent à tort et à travers, et que là pour le coup, ce n'est pas le cas, donc le coût ne me gène pas » (M3). Parfois, cependant, la priorité en santé publique pour le vaccin est discutée car « en France c'est pas le cancer le plus fréquent » (M10).

Les médecins pensent que ce n'est pas à eux de discuter le prix des médicaments, mais à l'Assurance Maladie, au moment des décisions de remboursement : « je me dis que

c'est la sécu qui n'a qu'à mieux négocier aussi, c'est à eux de faire le boulot et d'arrêter d'accepter des prix trop élevés » (M6).

2.2.2.3. Un arbitrage entre confiance et esprit critique à l'égard du vaccin

La vaccination induit une réponse immunitaire qui n'est pas sans risques. Le médecin en a conscience par sa formation. Lorsqu'on l'interroge sur les effets néfastes éventuels du vaccin, un médecin répond qu'il explique cette réponse immunitaire aux patients : « Alors après comme toute chose qui est liée avec l'immunité, on ne peut pas écarter, moi c'est ce que je dis aux gens » (M3).

Malgré tout, les médecins s'interrogent. Certains, en faisant un retour sur leur pratique et celle de leurs confrères, font le lien entre ces doutes personnels et la couverture vaccinale basse du vaccin : « Mais bon, comme on ne doit pas avoir un taux de couverture très bon, parce que je sais que je ne suis pas la seule à pas beaucoup vacciner, donc je sais pas si on pourra... Ça aussi c'est compliqué, quand on est pas convaincu de vacciner. » (M1). Cette pratique s'appuierait sur la conviction qu'ils ont de l'efficacité du vaccin, en l'absence de recul par rapport à la diminution des cancers .

En effet, il persiste aussi chez les médecins un doute par manque de recul sur cette vaccination qui est récente : « j'espère que c'est une bonne chose [...] oui, y'a un doute, parce que voilà, même si y'a un recul qui est suffisant on n'est pas à l'abri, qu'au bout de 30 ans par exemple, on découvre autre chose, comme il y a eu sur d'autres médicaments » (M2) ; « y'a toujours une suspicion un moment donné qui fait que c'est jamais clair d'emblée » (M9). Ils préfèrent donc se fier aux études présentes en évitant de « faire des projections dans le futur, c'est vrai qu'il y a toujours eu des choses qui

font qu'on peut regretter d'avoir prescrit telle ou telle chose. Le problème c'est "si on avait su" est-ce qu'on a un moyen de le savoir ? » (M7).

Les médecins mettent parfois en doute l'éthique des laboratoires pharmaceutique : « ils ont fait une espèce de guerre entre le Cervarix et le Gardasil dans les études » (M9) en évoquant « une expérience que s'est offerte le laboratoire Cervarix grandeur nature en Égypte, en vaccinant toutes les jeunes filles égyptiennes gratuitement [...] pour voir ce que ça va donner dans 20 ans, et ça je trouve que c'est des pratiques qui du coup ne sont pas éthiques ! » (M10).

Il persiste également une incompréhension au sujet du passage à deux injections pour le premier schéma : « je pense que c'est quand même une stratégie commerciale, mais le Gardasil a fait ses études pour prouver que deux injections suffisent entre 11 et 15 ans » (M6).

2.3. Vacciner des jeunes filles contre une maladie sexuellement transmissible

2.3.1. La particularité de la consultation avec l'adolescent : une relation triangulaire médecin/parent/adolescent

2.3.1.1. Un temps de réflexion partagé et accompagnant le cheminement de l'adolescent

La notion de temps de réflexion est à prendre en compte lors d'une consultation avec une adolescente. Durant celle-ci, l'adolescente reçoit l'information et l'analyse avec l'aide de ses parents avant de prendre une décision : « Ce serait bien qu'ils en discutent ensemble » (M2). Le médecin prend en compte cette spécificité et donne ainsi une autonomie à la jeune fille : « ils ont le temps d'y réfléchir et de prendre leur décision à eux aussi puisqu'ils aiment bien décider eux aussi » (M2).

Certains médecins interrogés constatent donc un délai important entre la première discussion et la vaccination elle-même lorsqu'elle a lieu : « Je le dis, je pense que globalement je dois le faire un peu plus tard, le temps que les gens reviennent » (M3).

Pour les médecins, cela permet aussi d'attendre que l'adolescente envisage la sexualité comme une de ses préoccupations : « à 11 ans, ils se disent "ben autant attendre un petit peu", moi je leur dis "ben pourquoi pas, vous pouvez attendre jusqu'à l'âge des premiers rapports" » (M4). Les médecins encouragent ainsi cette réflexion sans créer de sentiment d'urgence.

Cette période se ponctue des relances régulières du médecin lors des différentes consultations qui suivent la première proposition : « puis j'essaie d'en reparler dès qu'on a l'occasion, dès qu'on voit des ados » (M4).

2.3.1.2. Des opportunités rares nécessitant une implication du médecin

Un adolescent en bonne santé ne consulte parfois qu'une fois par an son médecin généraliste qui s'appuie donc sur d'autres motifs de consultation pour parler du vaccin anti-HPV : « lors des certificats de sport, c'est là où on les voit » (M4).

C'est un argument que les médecins utilisent jusque dans l'explication du schéma vaccinal aux parents « je leur explique aussi qu'après les ados on les perd de vue » (M6).

Certains médecins ont conscience que l'adolescent est moins suivi par rapport à un nourrisson ou un adulte, et soulignent qu'il est plus difficile d'aborder le vaccin dans une consultation dont le motif est différent « c'est un âge où ils consultent peu donc on

propose moins, ou ils viennent pour un truc infectieux, et on pense pas forcément à aborder ça » (M2).

2.3.1.3. Un possible décalage entre la vaccination et l'évolution des préoccupations de la jeune fille

Lors des entretiens, les médecins confient leurs difficultés pour aborder le sujet de la transmission d'IST, difficile à appréhender et comprendre pour des enfants de 11 ans : « c'est compliqué parce que comme on le fait plus tôt maintenant, raconter ça à une petite fille de onze ans c'est un peu compliqué » (M12).

Le médecin s'adapte à compréhension de l'enfant ou l'adolescent mais aussi à ses acquis sur les questions de sexualité et de prise de risque : « je ne vais pas forcément rentrer dans les détails pour la petite jeune fille » (M5). Un médecin regrette ainsi la vaccination à 14 ans, où la sexualité pouvait être un sujet de questionnement pour elle : « Et parce qu'on était aussi autour des 14-16 ans, avec des jeunes filles qui étaient plutôt à l'écoute de ces questions-là, qui comprenaient bien l'enjeu ; c'était leur préoccupation elles avaient une maturité émotionnelle qui pouvait faire que la discussion ait lieu » (M1).

La discussion autour de la sexualité semble précéder une préoccupation personnelle des adolescents : « ceux qui n'ont pas eu de rapport encore, ils ont peut-être l'impression que c'est encore très très lointain » (M4). Mais l'abord d'un sujet comme le cancer du col de l'utérus n'est pas moins complexe avec un adolescent : « Vous leur parlez de prévention du cancer du col c'est vrai que c'est pas forcément quelque chose qui les captive [rires] » (M4).

Au contraire, certaines adolescentes semblent plus intéressées par ce sujet, et seraient prêtes à prendre une décision pour elles : « celles [...] qui ont déjà un corps de femme, qui sont déjà mûres dans leur tête, elles peuvent être très investies à savoir ce qu'elles veulent » (M13).

2.3.1.4. Un souci de s'adresser à la personne concernée dans le soutien à l'autonomie

Le médecin remarque que les adolescentes peuvent avoir reçu l'information par leurs pairs, ce qui facilite l'abord de la discussion en consultation : « y'a des adolescentes qui en parlent parce que leurs copines ont été vaccinées, ça des fois elles en parlent, entre elles, ça j'ai déjà remarqué » (M11).

Les médecins observent l'importance du désir d'autonomie des adolescents. La décision pourra être influencée par les relations qui existent entre l'enfant et le parent au moment de la discussion : « après que ce soit eux qui décident, c'est pas... Ils sont en construction, alors soit ils sont très influencés par leurs parents, et, de toute manière ils ne prennent pas du tout position, soit au contraire, ils vont vouloir faire exactement l'inverse » (M2). Les médecins qui ont pratiqué le vaccin ajoutent « écoutez, elles le font. Poussées par leur mère, souvent » (M11), en expliquant que cette décision n'est pas laissée à l'adolescente, car elles ont des difficultés à prendre une décision pour elles à cet âge : « à 14 ans, est-ce que la jeune fille est plus apte à prendre une décision, je ne suis pas sûre, ils sont jeunes à 14 ans aussi ! » (M7).

Certains médecins consultent l'adolescente pour approcher la décision autonome mais constatent que c'est la jeune fille elle-même qui ressent le besoin de demander conseil à son parent : « j'essaie de leur dire, ben, c'est à toi de décider, et c'est pas à tes parents non plus, si toi t'as envie, tu peux aussi donner ton avis, mais là, ils disent ... »

euh, oui, mais euh, maman on fait quoi ?" [rires]. » (M12). C'est donc dans une relation à l'autonomie déjà ambivalente chez la jeune fille qu'arrive le sujet de cette vaccination.

Ainsi, un médecin suggère aussi que l'adolescent a besoin de l'aval de son parent pour prendre une décision et préfère donner l'information au duo « enfant-parents » : « Il faut qu'elles en parlent à maman, mais du coup elles oublient d'en parler à maman quand elles rentrent, ou elles osent pas [...]. Donc c'est plus simple de parler en présence de maman, que de parler à l'ado tout seule... » (M12).

Inversement, un autre médecin discute directement avec la jeune fille, et laisse la discussion se faire en dehors du cabinet avec les parents, tout en constatant que les parents restent décisionnaires : « même si le parent n'est pas là, je donne l'info déjà puis je propose d'en reparler avec leurs parents [...]. Les adolescents ils disent souvent "je sais pas", ils n'ont pas d'opinion là-dessus » (M4).

2.3.1.5. Le maintien d'une relation de confiance avec les parents

C'est une relation entre les trois acteurs qui s'appuie sur la confiance du parent dans le médecin pour prendre la meilleure décision pour son enfant : « on se rend compte qu'il y a beaucoup de gens qui ont des *a priori* ou des réticences, mais le fait qu'ils nous fassent confiance et qu'on leur recommande, finalement ils acceptent » (M2).

Dans un souci de bienfaisance, le parent s'informe pour prendre la meilleure décision pour son enfant depuis sa naissance : ils ont, dit un médecin, « envie de bien faire pour leur enfant » (M1).

Certains patients demandent l'avis personnel du médecin, sur son expérience médicale ou en tant que parent d'adolescent : « ils font entièrement confiance, et ils disent ben "vous faites quoi ?", "qu'est-ce que vous me conseillez ?" » (M3).

En effet, les médecins interrogés ayant des enfants adolescents ont confié prendre leur expérience personnelle de vaccination comme argument supplémentaire pour vacciner : « beaucoup de gens qui me disent "vous faites quoi pour vos filles ?" [...] je dis, "ça vaut ce que ça vaut comme argument, mais, moi, mon aînée elle est vaccinée" » (M3).

L'information est donnée pour prendre une décision en toute autonomie – c'est la définition que donne un médecin de son rôle par rapport à la vaccination : « C'est d'expliquer mais ne pas imposer » (M10) ; un autre médecin formule ainsi son rôle : « Je leur explique. "Voilà, de toute façon, je ne peux pas vous obliger moi". C'est toujours des propositions qu'on fait » (M13).

2.3.2. L'âge de la vaccination : de la recommandation à la pratique

2.3.2.1. Les nouvelles recommandations de l'État adaptées par les médecins à l'évolution de la patiente

Certains expriment des réserves à l'égard des recommandations officielles et adaptent les schémas dans le temps dans une optique éthique d'autonomie : « je commence à en parler qu'après que la jeune fille ait eu ses règles » (M1). Cette adaptation permet à ce médecin d'approcher le « consentement éclairé » de la patiente elle-même car elle serait plus en mesure de comprendre l'enjeu de la vaccination.

Un médecin discute le passage de la recommandation de 14 ans à 11 ans en 2012, en évoquant la capacité de compréhension de l'adolescente « parler de ce vaccin c'est parler de la sexualité, donc je dois dire que je suis très ambivalente, pas convaincue de

la précocité de l'âge dans le schéma pour qu'elles en comprennent quelque chose » (M1).

Inversement, un autre voit un avantage à cette avancée pour proposer le vaccin « parce que quand on abordait le sujet plus tardivement, y'a une connotation un peu plus sexualisée [...] de le mettre avec le rappel DTP [...] ça permet de faire mieux passer les choses » (M7).

Un autre médecin propose un schéma inédit, qui permettrait de faciliter l'adhésion du parent, sans parler de sexualité, l'âge de 11 ans se situant à la limite du passage de l'enfance à l'adolescence : « il faudrait le faire encore plus jeune et justement, qu'il n'y ait pas d'ambiguïté entre guillemets, je crois que les parents, quand on leur parle de ça à 11 ans, alors là, c'est encore pire que quand on le faisait à 14 ans [rires] » (M2).

2.3.2.2. Un abord difficile de la sexualité à un âge « charnière » entre l'enfance et l'adolescence

Lors de nos entretiens, nous retrouvons ainsi deux exigences contradictoires entre les médecins qui préfèrent proposer la vaccination plus tard pour obtenir un consentement venant de la patiente elle-même, en privilégiant l'autonomie, et ceux qui seraient prêts à le proposer plus tôt pour désexualiser la réflexion.

Certains témoignages montrent une réticence des médecins à introduire la discussion dès 11 ans. Leurs patientes leur semblent trop jeunes pour comprendre l'enjeu de la vaccination : « oui, je leur dis bien qu'il n'y a pas d'urgence en effet à le faire et que donc ça pourrait être reproposé et que l'enfant ou l'ado (11 ans, c'est presque des enfants, quand même) » (M2) ; « je crois pas qu'elle soient capables de voir les

enjeux » (M11) ; « elles s'en fichent que ce soit le cancer du col de l'utérus, la diphtérie, ou je ne sais quoi. Elles n'ont pas envie d'une piqûre point final ! » (M7).

En le proposant à 11 ans, les médecins ne mettent pas en avant la prévention sexuelle en essayant « de bien dire aux mères [...] qu'il ne s'agit pas de parler de sexualité de leur enfant, [qu'] il s'agit de l'immuniser contre un risque » (M6). Un médecin pense également que les refus de vaccination ne viennent pas de l'âge, mais d'une volonté de recul scientifique : « celles qui veulent attendre c'est pas parce que c'est 11 ans, c'est parce qu'elles veulent attendre tout court, elles veulent attendre d'avoir du recul... » (M7).

2.3.2.3. Une information adaptée à l'âge, pour un consentement éclairé réel

Le médecin emploie différents outils d'explication pour que le consentement vienne d'une réflexion éclairée « je rentre pas forcément dans des détails, j'essaie de me mettre à son niveau » (M3).

Plusieurs médecins utilisent des supports graphiques comme des dessins ou des planches anatomiques, pour améliorer l'explication : « J'essaie de leur montrer à quoi ça correspond, et tout ça. Je fais des petits dessins d'utérus à longueur de journée. [rires] là doit pas y en avoir à traîner mais habituellement oui. Non mais j'ai ce truc [...] exprès... [...] Une petite planche, avec un ... utérus » (M12).

2.3.2.4. Les adolescentes sensibles au schéma à deux injections avant l'âge de 14 ans

Les médecins ont évoqué aussi la différence de schéma vaccinal entre la tranche d'âge 11-14 ans et celle des plus de 14 ans. Certains médecins ont l'impression que le schéma à deux injections est un argument supplémentaire pour faire accepter la vaccination : « ça aide à vendre le vaccin auprès des familles » (M6). Ils s'en servent pour donner les

explications, et convaincre de la nécessité de se vacciner : « c'est un facteur, pour le faire, "si tu le fais avant 13 ans, t'as que deux injections, après t'en as 3" [rires]. "- Ah ouais d'accord". » (M12). Les médecins ont en effet remarqué que l'argument de la douleur ou de la piqûre porte chez un adolescent de cet âge : « passé 14 ans, y'a trois vaccins, ça fait un peu mal quand même, apparemment » (M11) ; « et ça c'est un argument qui porte au moins chez les jeunes filles » (M5).

2.3.3. Prévention à l'adolescence et priorités de soin : vaccin, dépistage et protection

La majorité des médecins interrogés insistent sur la double prévention par les frottis cervico-vaginaux (FCV) réguliers malgré la vaccination : « c'est que ça n'empêche pas le suivi gynéco, ça n'empêche pas le frottis, ça n'empêche pas le préservatif trois mois au début d'une relation amoureuse » (M1) ; « je leur explique que les frottis, c'est pas tombé à la trappe du tout » (M5).

Cette démarche s'appuie sur un constat scientifique : « C'est normal puisque ça ne protège pas de tout, je crois que c'est 80%, de mémoire, donc non c'est logique. » (M3) Les médecins rappellent que les études ont montré l'efficacité du dépistage par FCV sur la diminution du cancer du col de l'utérus : « quand on lit des articles sur des pays où le dépistage par FCV bien mené est fait, on a une incidence du cancer qui est extrêmement diminuée » (M10).

En cas de refus de vaccination par les patients, le médecin insiste sur l'alternative du FCV : « j'explique aux patients que s'il ne font pas le Gardasil, il y a intérêt à ce qu'ils soient super *réglo* sur le suivi frottis » (M6).

Un médecin a des inquiétudes par rapport au sentiment des patients d'être protégé par le vaccin, qui pourrait induire une baisse de la prévention primaire, redoutant un « relâchement » (M10) : « on n'utilise plus de préservatifs, le frottis "bon, y'a peut-être pas d'urgence je suis vacciné" » (M10). Il insiste donc davantage sur la nécessité de se protéger auprès de ses patients : « les condylomes génitaux ou ano-génitaux, c'est vrai que c'est quand même plus l'utilisation du préservatif qui va faire que on va pas en avoir » (M10). Un autre médecin ajoute que le préservatif n'est plus mis au premier plan dans les campagnes de prévention : « je parle souvent de sexualité assez jeune par rapport au préservatif parce que la nouvelle génération n'est pas du tout préservatif » (M13).

Un médecin parle aussi de son rôle de prévention, dans le but d'améliorer la liberté des personnes dans leur vie sexuelle sans porter de jugement : « moi je considère que la vie des gens, on n'a pas à influer sur la vie des gens, ils font ce qu'ils veulent. Et si on peut les protéger de quelque chose, ben, autant le faire » (M12).

Le médecin essaie plus largement d'informer sur un constat statistique du nombre de partenaires qui entre en contradiction avec la représentation que peut avoir une adolescente de sa sexualité : « leur expliquer que ben, ils sont en couple et qu'eux ils s'aiment pour la vie, et n'empêche que des fois, y'en a un autre qui va voir ailleurs, et voilà, et que si on est tous protégés, y'a moins de risque que si y'en a qu'un qui est protégé... » (M12).

2.3.4. Les représentations des adultes sont impliquées dans cette vaccination

2.3.4.1. Les pré-suppositions sur la sexualité, le suivi médical ou la catégorie sociale de la patiente influencent les pratiques

Le médecin ne peut pas prédire si la femme une fois adulte aura un suivi gynécologique régulier ; ce n'est donc pas un argument pour proposer ou non le vaccin : « J'peux pas me rendre compte si la personne va faire correctement son suivi ou pas en fait » (M11).

Un constat est fait sur les taux de suivi gynécologique en fonction du statut social, et un médecin fait la réflexion : « je pense que les femmes défavorisées sont moins bien suivies que les femmes favorisées » mais il poursuit « on va pas dire on fait le vaccin seulement aux femmes défavorisées parce qu'on va les protéger, non, c'est pas un bon plan non plus ! » (M10).

D'autres médecins s'appuient sur le ressenti qu'ils ont en consultation du type de sexualité que pourrait avoir leur patiente pour insister ou non sur la nécessité du vaccin. Ils sont conscients de l'ambivalence de la réflexion : « effectivement si on sent qu'une jeune fille est plus dans une histoire ou la sexualité va être un petit peu multiple, là il peut être intéressant de proposer le vaccin pour la protéger elle [...] Le problème c'est que l'on ne sait pas à l'avance quelle va être la sexualité d'une femme, qu'on a pas éthiquement à penser que telle ou telle femme aura plus de risque » (M1).

Un autre médecin évoque ainsi une situation précise : « Je me souviens d'une jeune qui était une fille de bonne famille. [...] On ne l'a pas fait parce que la maman était "écolo bio" un peu... Je la revois à 14 ans, et elle avait déjà eu cinq partenaires différents [...] ça montre qu'à 11 ans, on aurait peut-être dû pousser un peu plus » (M13).

L'abord de la sexualité et la prescription du vaccin pourrait aussi être influencées par le vécu personnel du praticien : « toute prescription de médicament on est influencée par son histoire perso quand même. Pas forcément consciemment, mais inconsciemment », et ce qu'il a pu vivre avec ses enfants adolescents : « des médecins qui ont eu des filles, sages ou pas sages, ils peuvent sans doute prescrire différemment, je sais pas... » (M13).

2.3.4.2. La difficulté des parents à envisager la sexualité présente ou future de leur enfant complexifient l'abord de la vaccination

Pour certains médecins, la vaccination permet d'aborder ce nouveau sujet avec les parents et d'évaluer la réaction : « Le vaccin HPV c'est vraiment l'occasion du premier abord à la sexualité, plus pour les parents que pour les jeunes filles [...] je vois comment ça réagit » (M13).

Certains médecins peuvent supposer que les parents n'imaginent pas la sexualité de leur enfant : « votre fille de 11 ans on va la vacciner contre une maladie sexuellement transmissible [rires]... "mon petit bout de chou !" Donc je crois qu'elle n'est pas dans la vraie vie cette dame-là, non, elle se rendait pas compte que, voilà, sa fille est rentrée au collège, et qu'il y a des choses dans les 3-4 ans qui risquaient de changer » (M3) ; « si c'est sexuellement transmissible, "ohhh pas besoin" » (M2).

Des médecins suggèrent que le refus de certains parents est lié à une volonté de contrôler la sexualité de leur fille « ben j'essaie de proposer dès 11 ans, c'est plus facile aussi, parce qu'à 15 ans, les papas refusent [...] parce qu'ils ont l'impression que leur petite fille va courir après... elle va avoir des rapports dès que le vaccin est fait » (M12).

Dans ce cas, l'avancement de l'âge de la vaccination permet de désexualiser le vaccin pour le rendre plus acceptable.

Un médecin a évoqué son statut de parent, en expliquant que sa fille de 13 ans n'était pas encore vaccinée, sans parvenir à en expliciter les raisons, en remarquant une discordance entre sa pratique professionnelle et ses réticences en tant que parent : « Et que peut-être finalement en tant que père, j'ai quelques réticences quand même ; alors que le professionnel n'en a pas. [...] J'ai pas de raison consciente et logique ! » (M6).

2.3.4.3. Stratégies pour convaincre les parents : entre culpabilisation et respect de la liberté

Les médecins tentent de dépasser les croyances des patients réticents en réexpliquant les bénéfices de la vaccination, notamment pour que les enfants ne subissent pas les conséquences d'un défaut vaccinal : « je ne veux pas la mettre en difficulté de culpabiliser par rapport à ses enfants » (M3).

Un médecin convoque une référence à la justice (dans le cadre de relations familiales) pour faire réagir certains parents : « Je lui ai dit : quand tes filles elles t'emmèneront au tribunal parce qu'elles auront le cancer du col, tu verras bien » (M11).

L'adhésion semble plus facile lorsqu'un parent sait à quoi correspond une dysplasie du col de l'utérus, par son vécu personnel : « Ca dépend aussi de l'histoire des gens. C'est vrai que certaines mamans ont eu des lésions du col, donc ça va être un facteur qui va aider la vaccination. » (M8).

2.4. Une perspective de santé publique : la vaccination des garçons

Derrière chaque enjeu éthique évoqué, les médecins ont pu élargir à la vaccination des garçons : « Moi je leur dis : "dans certains pays, les garçons sont vaccinés !" » (M9). Les médecins notent une spécificité du vaccin à cet égard dans le fait de n'orienter la politique vaccinale qu'envers les filles : « Et puis, il s'adresse qu'aux filles donc c'est un peu particulier aussi » (M12).

En tant que parents eux-mêmes, les praticiens seraient favorables à la vaccination pour leurs fils : « j'ai 3 garçons mais si on pouvait le faire chez les garçons je le ferais... » (M13).

2.4.1. Couverture vaccinale et efficacité de la vaccination : de la protection individuelle à la protection collective

Si de nombreux médecins avancent qu'une vaccination des garçons permettrait une meilleure couverture vaccinale, et donc une politique plus cohérente en terme de santé publique: « on propose qu'à la moitié, on n'en touche qu'un petit pourcentage, et du coup sur l'ensemble de la population ça ne fait pas le gain espéré » (M13), la protection individuelle est également évoquée : « je leur dis aussi que ça interviendrait dans les cancers de la gorge [...] de vessie, en fait, tout ça lié aux pratiques sexuelles, et tout, donc je leur dis que... voilà peut-être qu'un jour on vaccinera les garçons. D'ailleurs à mon avis ce serait très bien, cela enlèverait peut-être une partie de polémiques si on vaccinait tout le monde » (M11).

Certains médecins proposent en effet de commencer par vacciner les populations homosexuelles, plus à risque : « vous avez des cancers ORL avec des pratiques de fellations et autres, mais, moi je pense que du coup il faudrait peut-être là, élargir à

tout humain de 14 ans, parce que c'est aussi circulant dans les milieux homosexuels » (M1). Mais ce même médecin tempère ses propos par la suite, en avouant n'avoir pas lu assez d'études sur le sujet : « je n'ai pas suffisamment de données scientifiques... » (M1). Un autre médecin explique l'absence de politique vaccinale orientée vers les garçons par le manque de connaissances concernant la diminution des lésions chez les hommes : « il n'y a pas encore d'indication. Ils n'ont peut-être pas encore assez de recul... » (M4).

La vaccination des filles et des garçons améliorerait aussi l'observance : « ce serait plus efficace » (M5). Dans une logique de transmission par voie sexuelle, la protection serait alors optimale : « on vaccine les femmes parce qu'il y a un risque individuel, je suis d'accord, mais si on raisonne vraiment en santé publique comme on le fait avec bien d'autres vaccinations, il faudrait vacciner les hommes aussi » (M6).

2.4.2. Enjeux d'égalité et de responsabilité dans la prévention des IST

Le médecin a le souci de l'équité : « ce serait plus simple si c'était recommandé pour les garçons et les filles, parce qu'on fait porter un peu aux filles tout le... voilà, alors que la transmission elle est partagée » (M2). Les médecins ont le sentiment d'ajouter une nouvelle inquiétude aux femmes : ce sont « toujours les filles, qui doivent faire attention [rire] » (M11).

Certains discours en revanche défavorables à la vaccination des hommes emploient les mêmes arguments de prévention quaternaire, en avançant que la vaccination des garçons entraîneraient une déresponsabilisation : « heureusement que ça n'a pas pris ce truc-là, parce que c'est pareil, ça serait faire croire quelque chose, "les mecs ne vous

protégez pas, n'utilisez plus de préservatifs, parce que vous êtes protégés contre HPV" » (M10).

2.4.3. *Le non-remboursement remis en cause*

Un autre médecin établit un lien entre le coût élevé et l'absence d'extension à la vaccination pour les garçons : « Pour l'instant on n'est pas assez fortunés pour vacciner les garçons, alors on vaccine que les filles » (M7) ; « s'il faut sortir 2 fois 120 euros non remboursés par garçon, moi je l'ai pas fait [...] je pense que le coût conditionne le fait que ça ne soit pas remboursé pour les garçons, ce qui pourrait être intéressant » (M5) ; « c'est uniquement des raisons économiques pour moi le fait de ne pas vacciner les garçons » (M13).

Inversement, un médecin souligne les intérêts financiers d'une extension de la vaccination aux garçons pour les laboratoires pharmaceutiques : « Après y'a eu des pubs qu'on a faites pour que les garçons le fassent également, alors ça, ça a pas bien pris, mais tout ça c'était managé par l'industrie, c'était managé par l'argent » (M10).

DISCUSSION

1. Discussion de la méthode

1.1. L'étude qualitative

1.1.1. Forces de l'étude

L'étude qualitative avec des entretiens semi-dirigés était adaptée à notre objectif, qui était d'obtenir des témoignages de médecins généralistes, en évitant les problèmes liés au regard d'autres praticiens, par exemple au sein de « focus groupes ». En effet, notre étude souhaitait montrer les enjeux pour le praticien lui-même, du point de vue de la vaccination ; elle interrogeait les valeurs, la morale, l'éthique ou les convictions personnelles qui interviennent dans la prescription de la vaccination chez les médecins.

Il s'agissait d'une étude prospective et observationnelle, car nous nous intéressions aux réflexions des médecins au moment de l'entretien. Les entretiens ont été réalisés pendant 4 mois, et les résultats s'enrichissaient probablement des articles et études publiés pendant cette période.

1.1.2. Faiblesses

Nous avons continué les entretiens jusqu'à ce que l'on n'obtienne plus de nouvelle occurrence sur deux entretiens successifs, ce qui définit la « saturation des données ». C'est une définition qui est discutable, car nous aurions pu réaliser un quatorzième entretien très différent de tous les autres. Pour des raisons temporelles, nous avons donc limité notre recherche à 13 médecins, après deux discours sans nouvelle idée.

1.2. Le recrutement des médecins

1.2.1. La méthode par échantillonnage en chaîne

Cette méthode a permis de recueillir un échantillon ciblé sur la consultation de l'adolescent. Certains médecins se connaissaient, pouvaient faire partie d'un même groupe de pairs, ou être installés dans un même cabinet de groupe, et pouvaient de ce fait, avoir des avis semblables. C'est donc un biais à la saturation des données.

De plus, la majorité des médecins étaient maîtres de stages universitaires (MSU) ; toutefois, selon le travail de C. Bouton(19) réalisé en 2015 sur 218 médecins généralistes, il n'y a pas de différence significative – notamment en terme de formation médicale continue, ni de type d'exercice – entre les MSU et les non-MSU.

1.2.2. Une majorité d'entretiens avec des femmes de 40 à 50 ans

En France, en 2016, selon l'Atlas du Conseil National de l'ordre des médecins(20), 54% des médecins généralistes en exercice sont des hommes et 46% sont des femmes. Notre échantillon n'est donc pas représentatif de la population des médecins généralistes en France.

Les médecins âgés de 40 à 50 ans sont souvent des parents d'adolescents, qui sont donc concernés par la vaccination anti-HPV pour leurs enfants. Nous avons considéré cela comme un atout, selon l'hypothèse que la pratique médicale est influencée par l'expérience personnelle des individus, qui joue un rôle important dans l'éthique de la relation au patient.

1.2.3. Le lieu d'exercice dans le Maine-et-Loire

Une grande partie des médecins interrogés ont cité les Journées de Formation Continue pour les médecins généralistes de Gynécologie Obstétrique à Angers, où le sujet de la

vaccination des garçons est souvent évoqué, en lien avec les travaux du Pr. P. Descamps sur l'intérêt de la vaccination anti-HPV(21).

1.3. L'enquêteur

C'était la première expérience de réalisation d'étude qualitative pour l'enquêteur qui était interne en médecine générale, en stage au moment de la réalisation de l'étude. La qualité d'une étude qualitative dépend de l'expérience du chercheur. C'est une limite importante de ce travail.

La technique de l'entretien (questions, relances, ...) n'a été apprise qu'au moment de l'étude, ce qui constitue une faiblesse dans sa réalisation. L'analyse et la catégorisation des résultats demandent aussi un savoir-faire. Nous avons tenté de compenser cette faiblesse par le double codage, réalisé par une étudiante, agrégée de lettres, sans formation médicale. Cette aide précieuse apportait un point de vue plus axé sur les sciences humaines et a permis d'améliorer la qualité de l'étude avec des idées nouvelles et un recueil plus riche des sujets abordés.

La triangulation des données a été réalisée avec l'aide des directeurs de ce travail, ayant tous deux une grande expérience de l'étude qualitative.

Le compromis à trouver entre le temps demandé pour une étude qualitative, l'emploi de médecin à temps plein et l'échéance de la faculté pour rendre le travail est également une limite liée à l'enquêteur. Cette dernière n'est pas spécifique à cette étude.

1.4. Critique de la grille d'entretien

1.4.1. Lien entre conviction religieuse et vaccination anti-HPV

Nous aurions aussi voulu aborder aussi la question de la religion, qui n'est pas apparue spontanément.

Dans le travail quantitatif en cours de S. Caravec et A. Cherrier, sur les facteurs influençant la pratique vaccinale des parents d'adolescentes, les parents qui se définissent comme « croyants pratiquants » vaccinent moins contre l'HPV que les « croyants non-pratiquants ». Il n'a pas été retrouvé de différence entre les « athées » et les « croyants non pratiquants ».

Nous n'avons pas pu constater l'influence de convictions religieuses fortes chez les médecins eux-mêmes sur la vaccination anti-HPV. Deux hypothèses peuvent alors être formulées : soit les médecins ne sont guidés dans leur pratique que par leur formation médicale, ou mettent de côté leurs convictions religieuses, soit notre échantillon ne comptait pas de médecin ayant des convictions assez marquées pour les formuler en lien avec la vaccination anti-HPV.

1.4.2. La question de l'éthique

C'était en général une question mal comprise par les médecins. Après une explicitation par les termes « au plan personnel », « morale », « convictions », les médecins abordaient différents thèmes.

Certains comprenaient alors l'éthique comme quelque chose qui serait lié à leur expérience, au « vécu de médecin », en évoquant par exemple le décès d'une patiente atteinte d'un cancer du col. D'autres évoquaient leurs enfants ou adolescents et leur avis personnel de parents sur la vaccination. Enfin, quelques médecins ont pu parler à

nouveau de leurs doutes, et des enjeux politico-économiques posés par le vaccin. En posant cette question en fin d'entretien, les médecins pouvaient alors reprendre des idées déjà évoquées.

Nous avons donc observé différentes visions de l'éthique par les médecins généralistes. Certains ont probablement entendu « éthique » comme un mot qui renvoie à la philosophie, c'est-à-dire à « l'éthique théorique ». Mais nous interrogions « l'éthique pratique », qui découle des concepts éthiques : tout praticien utilise l'éthique pratique, qui s'applique à la pratique quotidienne du soignant, en cherchant une façon « juste » d'appliquer ses valeurs. V. Marché, en 2001, dans son travail intitulé *La personne humaine dans la relation médecin-patient : repères philosophiques utiles à la pratique*(22) a analysé les données théoriques formulées par cinq philosophes pour en extraire des conseils aux médecins contemporains. Ainsi, selon d'Aquin, le patient est une personne composée d'un corps, d'un esprit et d'une âme. La maladie, lorsqu'elle survient, atteint son corps, mais ne modifie pas l'essence de sa personne. Locke a aussi une réflexion sur la relation médecin-patient où la tolérance est facilitée par le respect et la compassion. V. Marché retrouve également l'éthique de Ricoeur dans la sollicitude du médecin envers son patient.

2. Discussion des résultats

2.1. Représentations scientifiques et socio-économiques des médecins et des patients.

2.1.1. Rappels d'économie de la santé

Lorsqu'un laboratoire veut commercialiser un nouveau médicament ou vaccin, il doit recevoir l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) qui est donnée en France par l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé (ANSM).

L'accès au remboursement se fait dans un second temps, à l'initiative des laboratoires pharmaceutiques qui soumettent leur demande à la Commission de la Transparence de la HAS. L'avis de cette commission est ensuite transmis au Comité économique des Produits de Santé (CEPS) qui détermine le prix du médicament, et à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) qui en fixe le taux de remboursement.

La décision finale d'inscription relève de la compétence du ministre de la Santé et est publiée au Journal officiel(23).

2.1.2. *La préoccupation économique des médecins généralistes*

La vaccination complète par le vaccin anti-HPV selon les recommandations coûte environ 400 euros par patient. C'est un coût plus élevé que les autres vaccins du calendrier(24).

Certains médecins ont reconnu ne pas connaître le prix du vaccin. Ils considèrent aussi parfois que leur profession n'a pas à se préoccuper des coûts des médicaments : « *la sécurité sociale n'a qu'à mieux négocier* » dit un médecin.

Un rapport de 2007 réalisé par l'Inspection Générale des affaires sociales (IGAS)(25) sur l'information des médecins généralistes sur le médicament préconisait la création d'un réseau de « médecins sentinelles » pour évaluer les interventions des visiteurs médicaux, car ces agents commerciaux qui ne sont pas dénués de conflits d'intérêts peuvent donner des informations incomplètes aux médecins.

2.1.3. *La confiance des médecins généralistes dans les recommandations*

Nous avons noté une relative confiance des médecins dans les autorités sanitaires (sécurité du médicament, recommandations, commissions d'experts). En effet, les

médecins ont le sentiment de manquer de temps pour se former et pour avoir véritablement un regard critique dans tous les domaines. Nous avons recherché sans succès des études sur cette confiance.

Il nous semblerait donc intéressant de réaliser un travail de recherche sur le niveau d'esprit critique des médecins généralistes sur leur formation continue et les préconisations de l'État.

En mars 2016, Agnès Buzyn, nommée présidente du Collège de la Haute Autorité de Santé, a d'emblée proposé un rapprochement de la HAS avec le Comité technique de Vaccination (CTV) créé par Marisol Touraine, mais aussi des recommandations plus axées sur la pratique clinique, qui soient plus lisibles pour les professionnels (26).

2.2. L'*Evidence Based Medicine* : la médecine fondée sur les preuves

2.2.1. La prévention quaternaire

La prévention quaternaire est l'action menée pour identifier un patient ou une population à risque d'être « sur-médicalisés », les protéger d'interventions médicales invasives et proposer des procédures de soins médicalement et éthiquement acceptables (27). Cette quatrième dimension en prévention clinique cadre les nouvelles tâches du médecin et le force à interroger sa pratique.

Peu de médecins annoncent travailler dans l'incertitude. Ceci est confirmé par Marc Jamoulle, médecin de famille belge, dans sa publication dans la revue *Pratiques* sur la prévention quaternaire (28) où il tente de donner des clefs pour appliquer une médecine plus éthique. Le patient qui n'a pas de formation médicale, n'a pas les connaissances scientifiques pour discriminer les bonnes informations et s'en remet au médecin qui

représente pour lui la certitude : « Inquiétude et certitude sont dans des rapports inversement proportionnels et chacun joue à cacher à l'autre son incertitude ou son angoisse ». Le médecin doit alors se servir de son information médicale, et exercer son esprit critique pour aider son patient à prendre la bonne décision pour lui.

De plus, selon certains médecins, les patients ne seraient pas suffisamment informés de la nécessité de maintenir une protection lors des rapports sexuels. Cette baisse de la protection a été avancée comme argument contre la vaccination anti-HPV. Cet aspect de « non-bienfaisance » est discutable car le préservatif ne protège pas contre la transmission du virus : 40% des condylomes sont retrouvés malgré le port de préservatif (29). Nous n'avons pas trouvé d'étude relatant un lien significatif entre vaccin anti-HPV et diminution d'utilisation du préservatif.

Pratiquer la prévention quaternaire force le médecin à apprendre la décision dans l'incertitude, adopter une posture préventive, veiller à l'éthique de la relation et garder l'humilité dans les diagnostics (27).

2.2.2. Données scientifiques et réglementation : l'éthique de conviction

Certains médecins ont pu évoquer leurs doutes sur l'intérêt du vaccin par rapport à un cancer peu fréquent, et face aux effets secondaires retrouvés.

En 2012, dans leur revue de littérature, Christopher A. Shaw et Lucija Tomljenovic (Université de Colombie Britannique, Vancouver) (30), concluent que les médecins devraient à l'avenir baser davantage leur prescription du vaccin sur des preuves afin de fournir une explication du rapport bénéfice/risque plus nuancée et plus objective à leurs patients. Ils mettent en avant d'une part les effets secondaires retrouvés, et d'autre

part l'absence de preuve sur l'efficacité contre le cancer du col de l'utérus, qui n'est d'ailleurs un cancer fréquent que dans les pays en voie de développement en raison de l'absence de dépistage.

En 2014, le travail de thèse d'A. Saint-Ange sur les freins à la vaccination chez les parents et les médecins en Martinique (16) reprend ces arguments en précisant que le patient serait ainsi plus à même de donner un consentement éclairé sur la tolérance et l'efficacité du vaccin.

A-t-on encore aujourd'hui toutes les réponses pour rassurer au mieux le patient ?

Le 29 septembre 2016, *Le Monde* publie « vaccins : un médecin généraliste sur dix a des réticences » suite à une étude réalisée sur plus de mille médecins par la Société Française de Médecine Générale(31). Concernant le vaccin anti-HPV, les médecins ne se sentirait pas formés à la négociation en vaccination :

« Lorsque le médecin est en situation défensive et qu'il est obligé de négocier, il sait que ça va lui prendre du temps et compliquer l'organisation de sa journée », fait valoir le Dr Luc Martinez, vice-président du SFMG et directeur scientifique de l'étude. Les médecins n'ont pas été préparés à ce type de situation, certains se trouvent déstabilisés.

2.2.3. *Les préférences du patient et l'éthique de responsabilité*

L'idée d'une responsabilisation partagée entre le médecin et son patient a progressivement remplacé l'ancienne posture paternaliste. L'avis du médecin peut ainsi être différent de l'avis de son patient. Dans le *Manuel de l'éthique médicale*, la relation médecin-patient est décrite ainsi :

Lorsque le paternalisme médical était encore considéré comme normal, la communication était relativement simple puisqu'elle consistait en un ordre du médecin

donné au patient de se soumettre à tel ou tel traitement. Aujourd’hui la communication exige beaucoup plus des médecins (32).

La relation éthique implique que le médecin tienne compte des représentations de son patient dans la décision, qu'il faut alors expliquer. Le patient occupe maintenant une place prépondérante dans la décision médicale. Cela demande au médecin une souplesse nouvelle, guidée par son information pour décider d'agir ou de ne pas intervenir, car il n'existe plus « une seule bonne réponse ». Selon Orfali (33), sociologue, dans un article portant sur l'ingérence profane dans la décision médicale, « le recours à la consultation d'éthique clinique permet ainsi de « fonctionner » dans l'incertain ». La société prend alors part au dialogue médical.

Les recommandations de la HAS dans ces programmes d'améliorations des pratiques de 2008 (34) insistent sur la prise en compte des préférences des patients, de l'éthique médicale, et de l'organisation du système de soins pour tendre à « une pratique optimale ».

2.2.4. D'une éthique normative à une éthique réflexive

Les médecins adaptent, en toute conscience, les recommandations à leurs convictions par la réflexion personnelle. Ainsi, les schémas sont réalisés différemment, parfois en débutant l'information sur la vaccination à 14 ans, ou au moment de la puberté.

L'éthique normative recherche le « bien », tandis que l'éthique réflexive recherche le « juste » (35). Mais qui sait ce qui est « bien » et ce qui est « juste » ? Ces notions diffèrent entre le médecin et le patient. L'éthique normative représente la certitude : pour autant, la certitude est-elle toujours le « bien » ? En recherchant le juste milieu, l'association entre le « bien » et le « juste », il faut composer avec l'incertitude.

En dialoguant avec des médecins sur la pratique du vaccin anti-HPV, nous pouvons retrouver la notion d'incertitude à tous les niveaux.

Selon le philosophe J.-F. Malherbe, le concept d'incertitude recouvre l'incertitude scientifique (ce que l'on ne peut pas connaître), biomédicale (la connaissance statistique : quel est le risque pour moi de développer un effet secondaire ?) et existentielle (pourquoi cet effet secondaire m'arriverait-il à moi ?). De l'articulation de ces trois notions résulte l'incertitude clinique (36).

Cela aboutit à une médecine plus humanisée qui n'est plus fondée seulement sur les données de la science, mais aussi sur les préférences du médecin et de son patient. Les patients recherchent cependant des informations et sont sensibles à l'explication scientifique.

Dans une étude de Piana publiée en 2009, 1000 médecins avaient été interrogés, et 53,9% pensaient que l'âge idéal pour aborder la vaccination était entre 13 et 15 ans (37), plus tard que les recommandations officielles.

2.3. La prise en compte du débat public : libérer la parole et vulgariser l'approche scientifique

La volonté des médecins de mettre en place une responsabilisation des patients passe nécessairement par l'écoute de leurs questions et leurs doutes. Ces doutes sont amenés en partie par le débat public, qu'il s'agisse des médias ou des discussions qu'ils peuvent avoir entre adolescents ou parents.

En 2011, par exemple, un article de l'hebdomadaire chrétien *La Croix*, « Faut-il faire vacciner sa fille contre le cancer du col de l'utérus ? » (38), explique aux lecteurs que le

débat est aussi situé dans les cabinets médicaux entre médecins généralistes, et que le gouvernement, tout en maintenant la recommandation vaccinale, demande de nouvelles commissions d'experts pour réfléchir au bien fondé de ces recommandations. Dans cet article, des informations scientifiques sont données au grand public, ce qui favorise l'émergence d'une opinion éclairée.

En 2016, la ministre de la santé Marisol Touraine, en lançant un « débat public sur l'obligation vaccinale », donne la parole aux patients. Les médecins doivent donc adapter leurs connaissances scientifiques et leurs convictions initiales à l'avis de la population. Nous avions déjà constaté cette nouvelle attitude des médecins, guidés par l'avis des patients dans les années 1990, lors des « Etats Généraux de Santé » (39). Il s'agissait de connaître les principales préoccupations des patients en santé, et leur capacité d'investissement sur ces sujets. Ces Etats Généraux avaient rassemblés plus de 200 000 français désireux de débattre.

2.4. De la bienfaisance à la bienveillance

2.4.1. Bienfaisance : la protection individuelle

Une grande majorité des médecins généralistes proposent le vaccin comme une protection pour l'avenir, dans le but de diminuer le risque de contracter le virus, et de diminuer les condylomes génitaux.

La bienfaisance est l'action de faire du bien, notamment d'un point de vue social (40) en « posant des actions positives mais aussi en sous-pesant les bénéfices possibles par rapport au tort susceptible de survenir de manière à maximiser les bénéfices et minimiser les torts », comme l'explique A. Manchec, médecin-chef de PMI, lors de l'école européenne de 2009 sur Ethique et Vaccination.

La diminution des lésions pré-cancéreuses grâce au vaccin a été démontrée (41), et les médecins en informent leurs patients en espérant vacciner certains adolescents réceptifs à cet argument.

Toutefois, le lien avec le syndrome de Guillain-Barré a lui aussi été démontré (42), et la vigilance doit être de mise, pour tenir compte du principe éthique de non-malfaisance.

2.4.2. Non-malfaisance : l'influence des médias sur les médecins

Les médecins ressentent également le doute, et font alors d'autant plus de recherches pour rassurer les patients. Ils évoquent souvent les informations que reçoivent patients par les médias et sur internet. Certains y voient un intérêt, car cette information permet l'ouverture du débat avec des patients mieux renseignés ; d'autres se plaignent du temps demandé pour convaincre des bénéfices de la vaccination.

Cependant, pourquoi les médecins ne seraient-ils pas sensibles, eux aussi, comme tout individu, aux annonces médiatisées, alors qu'il a été prouvé que leur pratique est modifiée par l'entretien avec un visiteur médical par exemple ? (43). Leur rapport aux études et à l'information médicale passe également par une médiatisation scientifique, bien que les supports ne soient pas les mêmes.

Dans nos lectures, les facteurs scientifiques et économiques sont retrouvés comme influençant la prescription des médecins et peu les facteurs personnels (44). Cependant, le travail de S. Lamirand en 2015, intitulé « Influence des nouvelles recommandations et des médias sur la pratique vaccinale anti-HPV des médecins généralistes (45) », a montré que, si la remise en cause de la médecine allopathique est faite par les patients,

le phénomène atteint également les médecins qui commencent à douter de l'innocuité du vaccin et de sa réelle utilité.

Le doute sur leurs références scientifiques fait donc hésiter les médecins car ils ne veulent pas être malfaisants. Il existe un conflit entre la peur de faire du mal et la conviction de l'utilité du vaccin. C'est ici que le concept éthique de non-malfaisance apparaît.

2.4.3. Autonomie : l'obtention d'un consentement éclairé

L'adolescent est un adulte en construction. Selon son âge, son information sur la sexualité, et son histoire affective et sexuelle, il n'a pas les mêmes intérêts en ce qui concerne sa santé future. Les médecins tiennent compte de cette spécificité dans les consultations avec un adolescent.

Selon la *Revue internationale d'éthique sociétale et gouvernementale*, dans un article intitulé « Quelle place pour l'autonomie ? » (46):

Un amalgame des principes de droit, d'équité et de soutien à la réalisation des capacités de chacun devrait être au cœur des valeurs éthiques qui guident les actions de la santé publique.

En 2008, le Dr. Marianne Caflisch, dans la revue suisse *Paedritrica*, pose la question de l'abord de la sexualité à l'adolescence, autour du vaccin anti-HPV (47). La discussion doit selon elle tenir compte des différentes étapes du développement, et les questions et les réponses apportées à l'adolescent doivent prendre en considération ses besoins et ceux de ses parents, « en considérant les aspects médicaux, légaux et éthiques ».

Le médecin occupe un rôle de médiateur entre l'adolescent et les parents dans l'entrée dans la sexualité de l'adolescent : il peut par exemple proposer aux parents de se souvenir de leur adolescence et des difficultés qu'ils pouvaient avoir pour parler de sexualité à leurs propres parents. Il faut toujours garder à l'esprit l'importance du secret médical dans ces discussions. Selon le Dr. Caflisch, l'abord de la sexualité à cet âge est un moment privilégié pour faire de la prévention.

Cependant, comment faire de la prévention sans toujours parler du « risque sexuel », ou des « maladies sexuellement transmissibles » ? Ne faut-il pas aussi privilégier l'idée de la sexualité comme un plaisir partagé lorsqu'on parle de son avenir à un adolescent ?

En consultations, les adolescentes, informées seules des bénéfices et risques du vaccin, seraient plutôt favorables à la vaccination. Il pourrait donc être envisagé, en leur donnant une plus grande autonomie, de les vacciner sans avoir besoin du consentement de leurs parents.

Une étude a évoqué la possibilité d'une vaccination anti-HPV des jeunes filles (âgées de 11 à 12 ans) sans le consentement des parents (48). Sur 244 parents, 41% étaient favorables à une prise de décision autonome de la jeune fille à condition qu'elle ait reçu une information complète ; 40% des parents estimaient qu'ils avaient une place essentielle et qu'ils ne devaient pas être écartés de la prise de décision : il s'agissait préférentiellement de ceux en défaveur du vaccin. Globalement, les parents veulent être impliqués et sollicités lorsqu'il s'agit de la santé de leurs enfants, en particulier lorsque le sujet touche à la sexualité.

Certains adolescents en consultation demanderaient l'aval de leurs parents pour prendre la décision, même si les parents encouragent leur autonomie. C'est aussi ce qu'a montré une autre étude réalisée auprès de 533 jeunes filles âgées de 12 et 13 ans (49), où 77% d'entre elles ont demandé l'avis de leurs parents au moment de la proposition du vaccin anti-HPV. De même, Grégory D. Zimet explique dans son travail que malgré le rôle que peuvent jouer les expériences personnelles, les jeunes filles sont surtout susceptibles de se tourner vers leurs parents pour faire le choix de se faire vacciner (50).

L'autonomie de l'adolescente serait-elle alors de l'ordre du fantasme pour le médecin en matière de vaccination ? Le médecin est bienveillant lorsqu'il tend à l'autonomie de la jeune patiente, même s'il n'y parvient pas totalement. La bienveillance est d'abord, en effet, l'intention d'être dans la bonne attention, de veiller au bien pour la personne dont on est responsable. C'est un autre principe de l'éthique médicale.

2.5. Santé publique

2.5.1. L'éthique utilitariste : la société souhaite-t-elle éradiquer le cancer du col de l'utérus ?

Peu de médecins évoquent avec leurs patients la prévention collective, car il semble que les patients seraient plus sensibles à l'idée de protection individuelle qu'aux aspects de santé publique.

En France, la couverture vaccinale actuelle du vaccin anti-HPV ne permet pas une protection collective. Seule une petite partie de la population féminine est vaccinée. L'impact de santé publique de cette vaccination est donc difficile à évaluer.

Cependant, il existe de larges couvertures vaccinales à l'étranger, en lien avec une vaccination étendue aux deux sexes et dans les milieux scolaires. En Australie, par exemple, la couverture atteint 80% des jeunes filles et on a pu montré une quasi-disparition des condylomes génitaux en lien avec le papillomavirus (51).

Faut-il prendre le risque de l'augmentation du nombre de cas touchés par des effets secondaires pour tendre à la couverture vaccinale totale, dans le but d'éradiquer l'HPV, comme cela a été fait avec la variole ?

Dans notre travail, les médecins expliquent la méfiance de la population et donc la faible couverture vaccinale par la qualité « non-obligatoire » de la vaccination. Faut-il pour autant diminuer la liberté individuelle pour obtenir un bien-être collectif ?

L'utilitarisme de Bentham (52) est une doctrine philosophique qui prescrit d'agir pour maximiser le bien-être collectif, entendu comme somme des bien-être des êtres sensibles. Elle consisterait pour notre sujet à rendre la vaccination anti-HPV obligatoire pour tous, en prenant le risque d'augmenter les effets secondaires.

2.5.2. Le médecin réalise un compromis entre les données scientifiques, l'Etat utilitariste, et le patient individualiste

Le médecin ne peut pas, à ce jour, se baser seulement sur les données scientifiques, mais les recommandations représentent une éthique utilitariste avec une vision globale qui a pour objectif de diminuer les cas de cancer du col de l'utérus. Le médecin a aussi cette vision globale par sa mission de santé publique, qu'il confronte en consultation avec la vision individuelle du patient.

La décision médicale est le fruit d'un conflit entre les données scientifiques, les recommandations de l'Etat, et les données individualistes du patient.

Le journal *Le Monde* du 9 septembre 2016 (53) publie un article sur la plus large étude jamais réalisée sur les opinions vis-à-vis des vaccins (importance, efficacité, innocuité, et compatibilité par rapport à la religion pratiquée), réalisée dans 67 pays, avec plus de 65000 personnes interrogées. Cette étude est menée par une équipe de chercheurs britanniques et publiée dans la revue *EbioMedecine* (54). Si l'importance des vaccins est globalement reconnue dans le Monde, 41% des français estiment qu'ils ne sont pas sûrs des vaccins en général, c'est un record mondial. Heidi Larson et ses co-auteurs concluent alors :

nos résultats montrent que nous n'avons pas assez travaillé pour renforcer la confiance dans les vaccins, en particulier sur leur sécurité, en prenant en compte les données scientifiques mais aussi les perceptions. Le scepticisme s'appuie davantage sur des émotions que sur des informations solides.

2.5.3. *La vaccination des hommes : de la protection collective à l'équité*

La majeure partie des médecins interrogés serait favorable à la vaccination des hommes avec l'objectif d'équité et d'une prévention améliorée par une couverture vaccinale plus large.

En mai 2016, le Haut Conseil de Santé Publique recommande un accès à la vaccination dans les centres de dépistages (CeGIDD) et les centres de vaccination, pour les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (55), avec un avis positif de 12 experts sur 13, ce dernier préférant vacciner tous les hommes sans distinction.

Dans une étude de septembre 2016, Ph. Descamps, gynécologue, discute l'extension de la vaccination aux garçons, devant l'existence de plusieurs cancers liés au papillomavirus (aérodigestif, anal, pénien) avec d'autres spécialistes médicaux (56). Tous s'accordent sur l'intérêt d'étendre les recommandations, pour une meilleure acceptation des patients et donc une couverture vaccinale élargie en France.

3. Ce que m'a apporté ce travail en tant que professionnel

La réalisation d'un entretien dans une étude qualitative demande une écoute particulière. Les mots ou expressions employés sont notés, pour qu'ils soient explicités, développés et approfondis par l'interlocuteur. C'est un exercice nouveau, qui me paraît adaptable dans certaines consultations de médecine générale. Cela permet de mieux comprendre les plaintes des patients ou leur réel motif de consultation.

La réflexion éthique était pour moi une notion floue, qui consistait à repenser des théories assez éloignées de la pratique. En réalisant ce travail, j'ai pu partir de la pratique pour développer les repères éthiques. Cet aspect de l'éthique permet de se questionner au quotidien dans sa relation au patient. L'éthique pratique pose des questions, confronte les valeurs autour de sujets bien concrets.

Ceci est donc un écrit interrogatif et réflexif d'où émergent les questionnements essentiels par rapport à la pratique et plus largement à la décision médicale. Il aboutit à un exercice de soin basé sur la réflexion, dans lequel je me méfierai de tout ce qui est présenté comme des certitudes.

CONCLUSION

La vaccination anti-HPV suscite une réflexion éthique en ce qui concerne la relation médecin-patient lors de la consultation.

Notre objectif était d'interroger les valeurs morales, socio-économiques et politiques des médecins généralistes pour comprendre les enjeux éthiques. Pour cela nous avons réalisé des entretiens semi-directifs avec 13 médecins généralistes installés dans le Maine-et-Loire.

Malgré une volonté des médecins de suivre les recommandations de l'État, et de promouvoir leur action de prévention en santé publique, chaque nouvelle intervention médiatique induit un nouveau doute. Le médecin doit alors maintenir ses connaissances scientifiques à jour en se formant pour répondre aux questionnements des patients, toujours plus nombreux. Le patient a-t-il les bases scientifiques pour évaluer les informations qu'il trouve sur internet ou qui sont relayées par les journalistes ?

Le passage, ces dernières années, à une médecine où le patient a une place de plus en plus importante dans la décision, implique un changement de comportement chez les médecins généralistes qui doivent prescrire en écoutant les préférences du patient, tout en tenant compte de leurs représentations. C'est une pratique réflexive appuyée sur les repères éthiques (économique, juridiques, philosophiques, politiques...), qui tend vers un exercice plus juste de la médecine.

Les patients souhaiteraient-ils un médecin qui donne des réponses ? Actuellement, si les médecins n'expriment pas directement leur incertitude, celle-ci est bien présente, et

l'humilité du praticien sera de la partager avec son patient, dans le but d'une relation médecin-patient plus humanisée.

Qui décide en vaccination ? Les parents souhaitent garder la décision de vacciner leurs adolescents. En revanche, ils ne semblent pas prêts à envisager la sexualité de leur enfant, ce qui rend l'explication délicate. Les médecins souhaitent, eux, donner une part de décision à l'adolescent, ce qui se révèle périlleux.

La vaccination des garçons, partiellement recommandée en France actuellement, serait probablement logique sur le plan scientifique et en santé publique, mais son coût pose un problème. De surcroît, comment envisager une politique vaccinale fondée sur l'intérêt collectif (comme pour la rougeole aux USA) dans une société de plus en plus individualiste ?

BIBLIOGRAPHIE

1. Manciaux M. Éthique et vaccinations des enfants. *Sci Soc Santé.* 1984;2(3):167-89.
2. Dermato-info.fr C de rédaction S. Site grand public de la Société Française de Dermatologie [Internet]. 2016 [cité 19 sept 2016]. Disponible sur: http://dermato-info.fr/article/Les_condylomes
3. Nicolas Duport. Article - Bulletin épidémiologique hebdomadaire [Internet]. [cité 26 sept 2016]. Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2014/13-14-15/2014_13-14-15_1.html
4. Dépistage du cancer du col de l'utérus : le frottis cervico-utérin - Dépistage du cancer du col de l'utérus | Institut National Du Cancer [Internet]. [cité 19 sept 2016]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus/Le-depistage-par-frottis-cervico-uterin>
5. Guide des vaccinations 2012 - Suivi et évaluation des programmes de vaccination - GuideVaccinations2012_Suivi_et_evaluation_des_programmes_de_vaccination.pdf [Internet]. [cité 23 sept 2016]. Disponible sur: http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/vaccination/guide-vaccination-2012/pdf/GuideVaccinations2012_Suivi_et_evaluation_des_programmes_de_vaccination.pdf
6. Prévention du cancer du col de l'utérus et des verrues génitales - doc_num.php [Internet]. [cité 26 sept 2016]. Disponible sur: https://projet.chubesancon.fr/pmb/PMB_Ecole/opac_css/doc_num.php?explnum_id=476
7. CNGOF 2010 [Internet]. [cité 19 sept 2016]. Disponible sur: http://www.cngof.asso.fr/d_livres/2010_GM_677_baldauf.pdf
8. referentiepls_format2clic_kc_col_uterus_2013-30-08__vf_mel.pdf [Internet]. [cité 19 sept 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-08/referentiepls_format2clic_kc_col_uterus_2013-30-08__vf_mel.pdf
9. Kim J, Bell C, Sun M, Kliewer G, Xu L, McInerney M, et al. Effect of human papillomavirus vaccination on cervical cancer screening in Alberta. *Can Med Assoc J.* 4 juill 2016;cmaj.151528.
10. Brotherton JML, Bloem PJN. HPV Vaccination: Current Global Status. *Curr Obstet Gynecol Rep.* 26 sept 2015;4(4):220-33.
11. WHO | Human papillomavirus and HPV vaccines: a review [Internet]. WHO. [cité 4 oct 2016]. Disponible sur: <http://www.who.int/bulletin/volumes/85/9/06-038414/en/>

12. Rapport HCSP 2014 [Internet]. [cité 19 sept 2016]. Disponible sur: http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspr20140710_vachpvdonneesactualisees.pdf
13. Indicateurs de dépistage du cancer SS [Internet]. [cité 20 sept 2016]. Disponible sur: http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/obj-res2_3_pqe_maladie.pdf
14. Gouvernement du Canada A de la santé publique du C. MISE À Jour sur les vaccins contre le virus du papillome humain(VPH) - Relevé des maladies transmissibles au Canada mensuel - Agence de la santé publique du Canada [Internet]. 2012 [cité 19 sept 2016]. Disponible sur: <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/12vol38/acs-dcc-1/index-fra.php>
15. Etude DRESS Attitudes et pratiques des médecins généralistes [Internet]. [cité 19 sept 2016]. Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er910.pdf>
16. Saint Ange A. Thèse HPV 2014 [Internet]. [cité 9 sept 2016]. Disponible sur: http://www.urml-m.org/wp-content/uploads/2016/02/These_Arielle-Saint-Ange.pdf
17. opinion des MG du maine et loire [Internet]. [cité 26 sept 2016]. Disponible sur: <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/fichiers/download/25d95d06-3ac8-4552-8c0e-682a2af73deb>
18. HCSP. Ethique et soins HCSP [Internet]. [cité 23 sept 2016]. Disponible sur: <http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=ad771165.pdf>
19. Bouton C, Leroy O, Huez J-F, Bellanger W, Ramond-Roquin A. Représentativité des médecins généralistes maîtres de stage universitaires. Santé Publique. 24 mars 2015;27(1):59-67.
20. ATLAS DE LA DEMOGRAPHIE MEDICALE 2016 - [atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf) [Internet]. [cité 6 sept 2016]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf
21. P. Descamps. HPV quoi de neuf en 2012 ? [Internet]. [cité 6 sept 2016]. Disponible sur: http://www.cngof.fr/journees-nationales/telechargement-fichier?path=MAJ%2Ben%2BGO%252F2012%252F2012_GM%252Factualites_sur_l_hpv_en_2012%252FVaccins HPV_quoi_de_neuf_en_2012.pdf
22. Marche V. La personne humaine dans la relation médecin patient [Internet]. [cité 21 sept 2016]. Disponible sur: <https://mail-attachment.googleusercontent.com/attachment/u/0/?>
23. Comission HAS. Evaluation des médicament en vue d'un remboursement [Internet]. [cité 6 sept 2016]. Disponible sur: <http://www.has>

sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/commission_transparence_2014_v4.pdf

24. Tarifs [Internet]. [cité 20 sept 2016]. Disponible sur: <http://www.institutfournier.org/consultations/centre-vaccinations/tarifs>
25. Information des médecins généralistes sur le medicament [Internet]. [cité 20 sept 2016]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/074000703.pdf>
26. Commission des affaires sociales : compte rendu de la semaine du 1er février 2016 [Internet]. [cité 21 sept 2016]. Disponible sur: <http://www.senat.fr/compte-rendu-commissions/20160201/soc.html>
27. JamoulleMarc_prescrire_P4_ver_04_100405 - JamoulleM.pdf [Internet]. [cité 29 sept 2016]. Disponible sur: <http://www.prescrire.org/Docu/PostersBruxelles/JamoulleM.pdf>
28. Jamoulle Marc. Pratiques : La prévention quaternaire [Internet]. [cité 6 sept 2016]. Disponible sur: http://pratiques.fr/spip.php?action=accéder_document&arg=1980&cle=8cee953daf3cb9a2ac12fb7c33ab7b3bf396bd83&file=pdf/63-index-pratiques.pdf
29. Dermato-info.fr C de rédaction S. Site grand public de la Société Française de Dermatologie [Internet]. 2016 [cité 6 sept 2016]. Disponible sur: http://dermato-info.fr/article/Les_condylomes
30. Tomljenovic L, Shaw CA. Human papillomavirus (HPV) vaccine policy and evidence-based medicine: are they at odds? Ann Med. mars 2013;45(2):182-93.
31. Béguin F. Vaccins : un médecin généraliste sur dix a des réticences. Le Monde.fr [Internet]. 29 sept 2016 [cité 30 sept 2016]; Disponible sur: http://www.lemonde.fr/sante/article/2016/09/29/vaccins-un-medecin-generaliste-sur-dix-a-des-reticences_5005183_1651302.html
32. ethics_manual_fr.pdf [Internet]. [cité 6 sept 2016]. Disponible sur: http://www.wma.net/fr/30publications/30ethicsmanual/pdf/ethics_manual_fr.pdf
33. Orfali K. L'ingérence profane dans la décision médicale : le malade, la famille et l'éthique. Rev Fr Aff Soc. (3):103-24.
34. HAS. HAS Programme d'amélioration des pratiques [Internet]. [cité 6 sept 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-07/pap_upp_23-06-08.pdf
35. Oiry E, Duguey I, Foucaud J. Éthique normative et éthique réflexive : quel rôle dans le leadership éthique des managers du soin ? J Gest Déconomie Médicales. 9 juill 2015;33(1):3-21.

36. LES RELATIONS ENTRE MEDECINS GENERALISTES ET CHIRURGIENS AU SEIN D'UN SYSTEME COMPLEXE -
LES_RELATIONS_ENTRE_MEDECINS_GENERALISTES_ET_CHIRURGIENS.pdf
[Internet]. [cité 23 sept 2016]. Disponible sur: http://www.parisouest.cnge.fr/IMG/pdf/LES_RELATIONS_ENTRE_MEDECINS_GENERALISTES_ET_CHIRURGIENS.pdf
37. Piana L, Noel G, Utters M, Laporte R, Minodier P. Opinions et pratiques des médecins généralistes face à la vaccination anti-Papillomavirus. Médecine Mal Infect. oct 2009;39(10):789-97.
38. BIENVAULT PP. Faut-il faire vacciner sa fille contre le cancer du col de l'utérus ? La Croix [Internet]. 4 oct 2011 [cité 16 sept 2016]; Disponible sur: http://www.lacroix.com/Ethique/Sciences-Ethique/Sciences/Faut-il-faire-vacciner-sa-fille-contre-le-cancer-du-col-de-l-uterus-_NP_-2011-10-04-719068
39. FMPMC-PS - Santé publique - Niveau PAES [Internet]. [cité 29 sept 2016]. Disponible sur: <http://www.chups.jussieu.fr/polys/santePublique/SPublBourdillonP1/POLY.Chp.3.html>
40. Ecole Européenne d'été 2009 VF - Ethique et vaccination [Internet]. [cité 23 sept 2016]. Disponible sur: https://www.canal-u.tv/video/canal_u_medecine/ ecole_europeenne_d_ete_2009_vf_ethique_et_vaccination.4993
41. Prescrire - Tous les articles en Une Vaccins papillomavirus et syndromes de Guillain-Barré : gérer les incertitudes", 1er juin 2016 [Internet]. [cité 23 sept 2016]. Disponible sur: <http://www.prescrire.org/fr/3/31/52058/0/NewsDetails.aspx>
42. Vaccination contre les infections à HPV et risque de maladies auto-immunes : une étude Cnamts/ANSM rassurante - Point d'information - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet].
43. Darmon D, Belhassen M, Quien S, Langlois C, Staccini P, Letrilliart L. Facteurs associés à la prescription médicamenteuse en médecine générale: une étude transversale multicentrique. Santé Publique. 24 août 2015;27(3):353-62.
44. Les prescriptions des médecins généralistes et leurs déterminants - er440.pdf [Internet]. [cité 6 sept 2016]. Disponible sur: <http://drees.santé.gouv.fr/IMG/pdf/er440.pdf>
45. BUMED_T_2015_LAMIRAND SONIA.pdf [Internet]. [cité 14 sept 2016]. Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_T_2015_LAMIRAND SONIA.pdf
46. Gravel S, Doucet H, Battaglini A, Laudy D, Bouthillier M-È, Boucheron L, et al. Éthique et santé publique: Quelle place pour l'autonomie ? Éthique Publique Rev Int D'éthique Sociétale Gouv. 28 déc 2010;(vol. 12, n° 1):227-50.

47. Paediatrica. Aborder la sexualité à l'adolescence [Internet]. [cité 16 sept 2016]. Disponible sur: <http://www.swiss-paediatrics.org/sites/default/files/paediatrica/vol19/n2/pdf/21-23.pdf>
48. Stretch R, McCann R, Roberts SA, Elton P, Baxter D, Brabin L. A qualitative study to assess school nurses' views on vaccinating 12-13 year old school girls against human papillomavirus without parental consent. BMC Public Health. 2009;9:254.
49. Brabin L, Stretch R, Roberts SA, Elton P, Baxter D, McCann R. The school nurse, the school and HPV vaccination: a qualitative study of factors affecting HPV vaccine uptake. Vaccine. 12 avr 2011;29(17):3192-6.
50. Zimet GD, Weiss TW, Rosenthal SL, Good MB, Vichnin MD. Reasons for non-vaccination against HPV and future vaccination intentions among 19-26 year-old women. BMC Womens Health. 1 sept 2010;10:27.
51. SEV 2016 vaccination HPV Dr Hamid 2016 - SEV_2016_vaccination_HPV_Dr_Hamid_2016.pdf [Internet]. [cité 29 sept 2016]. Disponible sur: http://www.chru-strasbourg.fr/sites/default/files/documents/car_cvi/SEV_2016_vaccination_HPV_Dr_Hamid_2016.pdf
52. Utilitarisme. In: Wikipédia [Internet]. 2016 [cité 16 sept 2016]. Disponible sur: <https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Utilitarisme&oldid=128666835>
53. Benkimoun P. Quatre Français sur dix estiment que les vaccins ne sont pas sûrs. Le Monde.fr [Internet]. 9 sept 2016 [cité 30 sept 2016]; Disponible sur: http://www.lemonde.fr/sante/article/2016/09/09/plus-de-quatre-francais-sur-dix-estiment-que-les-vaccins-ne-sont-pas-surs_4994856_1651302.html
54. The State of Vaccine Confidence 2016: Global Insights Through a 67-Country Survey - pdf [Internet]. [cité 29 sept 2016]. Disponible sur: [http://www.ebiomedicine.com/article/S2352-3964\(16\)30398-X/pdf](http://www.ebiomedicine.com/article/S2352-3964(16)30398-X/pdf)
55. HCSP 2016 la vaccination des hommes [Internet]. [cité 29 sept 2016]. Disponible sur: http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspr20160219_recovaccinfpvhommes.pdf
56. Abramowitz L, Descamps P, Denis F, Dommergues M-A, Pradat P, St Guily JL, et al. Papillomavirus and cancers: should we extend vaccination to boys in France? J Public Health Oxf Engl. 27 sept 2016;

Table des matières

REMERCIEMENTS.....	5
INTRODUCTION.....	11
 1. La vaccination anti-HPV.....	12
1.1. Le papillomavirus humain : éléments scientifiques et épidémiologiques.....	12
1.2. Les recommandations concernant la vaccination anti-HPV en France.....	13
1.3. Couverture vaccinale en France et à l'étranger.....	14
 2. Études antérieures auprès de médecins généralistes sur le vaccin anti-HPV.....	15
 3. Enjeux éthiques de la vaccination anti-HPV.....	16
 4. Objectifs de l'étude.....	17
MÉTHODES.....	18
 1. Hypothèse et objectifs de l'étude.....	18
1.1. Hypothèse.....	18
1.2. Objectifs de travail.....	18
 2. Méthodologie et caractéristiques de l'étude.....	19
2.1. La technique par entretiens semi-dirigés.....	19
2.2. L'élaboration du guide d'entretien.....	19
2.2.1. Du guide d'entretien initial à l'entretien final.....	19
2.2.2. Le guide final (cf. annexe 1. « Le guide d'entretien »).....	19
2.3. Population étudiée.....	20
2.3.1. Critères d'inclusion.....	20
2.3.2. Nombre de sujets à inclure.....	20
2.3.3. Méthode de recrutement.....	20
2.4. Déroulement des entretiens.....	21
2.4.1. Lieu des entretiens.....	21
2.4.2. Consentement et anonymisation.....	21
2.4.3. Enregistrement.....	21
 3. Transcription des données.....	21
 4. Analyse des données.....	21
 5. Méthodologie de la recherche bibliographique	22
RÉSULTATS.....	23
 1. Caractéristiques de l'échantillon et réalisation des entretiens.....	23
1.1. Sélection des médecins.....	23
1.2. Profils des médecins (cf. annexe 3. « Liste des entretiens »).....	23
1.3. Réalisation des entretiens.....	24
 2. Analyse qualitative.....	24
2.1. Pratiques générales de vaccination.....	24
2.1.1. Le calendrier vaccinal fait l'unanimité chez les médecins.....	24
2.1.2. Des remises en cause de la part des patients attribuées à une influence néfaste des médias sur les questions de santé et aux mouvements anti-vaccin.....	25
2.2. Un recul limité sur les bénéfices de la vaccination anti-HPV qui suscite des appréhensions et des ajustements.....	26

2.2.1. Un vaccin récent : entre questionnements éthiques et politiques publiques.....	26
2.2.1.1. Une innovation pharmaceutique qui implique nécessairement les principes éthiques de bienfaisance et de non-malfaisance pour le médecin.....	26
2.2.1.2. Une nécessaire information pour répondre aux appréhensions.....	29
2.2.2. Contexte dans lequel s'inscrit la vaccination.....	34
2.2.2.1. Un sentiment de réticence à la vaccination liée à une volonté de « risque zéro ».....	34
2.2.2.2. Une politique de santé publique discutée dans son application.....	35
2.2.2.3. Un arbitrage entre confiance et esprit critique à l'égard du vaccin.....	38
2.3. Vacciner des jeunes filles contre une maladie sexuellement transmissible.....	39
2.3.1. La particularité de la consultation avec l'adolescent : une relation triangulaire médecin/parent/adolescent.....	39
2.3.1.1. Un temps de réflexion partagé et accompagnant le cheminement de l'adolescent.....	39
2.3.1.2. Des opportunités rares nécessitant une implication du médecin.....	40
2.3.1.3. Un possible décalage entre la vaccination et l'évolution des préoccupations de la jeune fille.....	41
2.3.1.4. Un souci de s'adresser à la personne concernée dans le soutien à l'autonomie.....	42
2.3.1.5. Le maintien d'une relation de confiance avec les parents.....	43
2.3.2. L'âge de la vaccination : de la recommandation à la pratique.....	44
2.3.2.1. Les nouvelles recommandations de l'État adaptées par les médecins à l'évolution de la patiente.....	44
2.3.2.2. Un abord difficile de la sexualité à un âge « charnière » entre l'enfance et l'adolescence.....	45
2.3.2.3. Une information adaptée à l'âge, pour un consentement éclairé réel..	46
2.3.2.4. Les adolescentes sensibles au schéma à deux injections avant l'âge de 14 ans.....	46
2.3.3. Prévention à l'adolescence et priorités de soin : vaccin, dépistage et protection.	47
2.3.4. Les représentations des adultes sont impliquées dans cette vaccination.....	49
2.3.4.1. Les pré-suppositions sur la sexualité, le suivi médical ou la catégorie sociale de la patiente influencent les pratiques.....	49
2.3.4.2. La difficulté des parents à envisager la sexualité présente ou future de leur enfant complexifient l'abord de la vaccination.....	50
2.3.4.3. Stratégies pour convaincre les parents : entre culpabilisation et respect de la liberté.....	51
2.4. Une perspective de santé publique : la vaccination des garçons.....	52
2.4.1. Couverture vaccinale et efficacité de la vaccination : de la protection individuelle à la protection collective.....	52
2.4.2. Enjeux d'égalité et de responsabilité dans la prévention des IST.....	53
2.4.3. Le non-remboursement remis en cause.....	54
DISCUSSION.....	55
1. Discussion de la méthode.....	55
1.1. L'étude qualitative.....	55
1.1.1. Forces de l'étude.....	55
1.1.2. Faiblesses.....	55
1.2. Le recrutement des médecins.....	56

1.2.1. La méthode par échantillonnage en chaîne.....	56
1.2.2. Une majorité d'entretiens avec des femmes de 40 à 50 ans.....	56
1.2.3. Le lieu d'exercice dans le Maine-et-Loire.....	56
1.3. L'enquêteur.....	57
1.4. Critique de la grille d'entretien	58
1.4.1. Lien entre conviction religieuse et vaccination anti-HPV.....	58
1.4.2. La question de l'éthique.....	58
2. Discussion des résultats.....	59
2.1. Représentations scientifiques et socio-économiques des médecins et des patients.	
.....	59
2.1.1. Rappels d'économie de la santé.....	59
2.1.2. La préoccupation économique des médecins généralistes.....	60
2.1.3. La confiance des médecins généralistes dans les recommandations.....	60
2.2. L'Evidence Based Medecine : la médecine fondée sur les preuves.....	61
2.2.1. La prévention quaternaire.....	61
2.2.2. Données scientifiques et réglementation : l'éthique de conviction	62
2.2.3. Les préférences du patient et l'éthique de responsabilité.....	63
2.2.4. D'une éthique normative à une éthique réflexive.....	64
2.3. La prise en compte du débat public : libérer la parole et vulgariser l'approche scientifique.....	65
2.4. De la bienfaisance à la bienveillance.....	66
2.4.1. Bienfaisance : la protection individuelle.....	66
2.4.2. Non-malfaisance : l'influence des médias sur les médecins.....	67
2.4.3. Autonomie : l'obtention d'un consentement éclairé.....	68
2.5. Santé publique.....	70
2.5.1. L'éthique utilitariste : la société souhaite-t-elle éradiquer le cancer du col de l'utérus ?.....	70
2.5.2. Le médecin réalise un compromis entre les données scientifiques, l'Etat utilitariste, et le patient individualiste.....	71
2.5.3. La vaccination des hommes : de la protection collective à l'équité.....	72
3. Ce que m'a apporté ce travail en tant que professionnel.....	73
CONCLUSION.....	74
BIBLIOGRAPHIE.....	76
ANNEXES.....	I

ANNEXES

Annexe 1 : le guide d'entretien

Je vais explorer votre point de vue en matière de vaccination. Je vous remercie du temps que vous allez me consacrer pour apporter vos réflexions et analyses personnelles sur le sujet. L'anonymat est garanti. Nous allons aborder différents thèmes autour de la vaccination et ce qui détermine vos pratiques.

1) En terme de vaccination en général, que pensez-vous du calendrier vaccinal ? Est-ce que vous le suivez ? Qu'est-ce qui est important pour vous ?

2) Pour vous, certains vaccins sont-ils plus problématiques que d'autres ?

3) Parlez-moi de votre pratique en terme de la vaccination anti-HPV.

Quelles sont pour vous les particularités de ce vaccin ?

Quel est le rôle du médecin généraliste ?

Quel est votre sentiment sur le coût de cette vaccination, en terme de santé publique ?

Équité : protection individuelle / collective // vaccination des hommes ?

Autonomie : âge de la vaccination à 11 ans // qui décide ?

Bienfaisance : la vaccination est-elle une bonne chose ? En quoi ?

Non-malfaisance : la vaccination pourrait-elle être néfaste ? En quoi ?

4) Quelle est votre position par rapport aux recommandations de la vaccination anti-HPV ?

5) Voyez-vous d'autres enjeux éthiques autour de la vaccination anti HPV ?

Quelles sont vos valeurs, vos convictions par rapport à la décision ou non de vacciner ?

Qu'est-ce que la vaccination anti-HPV mobilise en terme de croyances ?

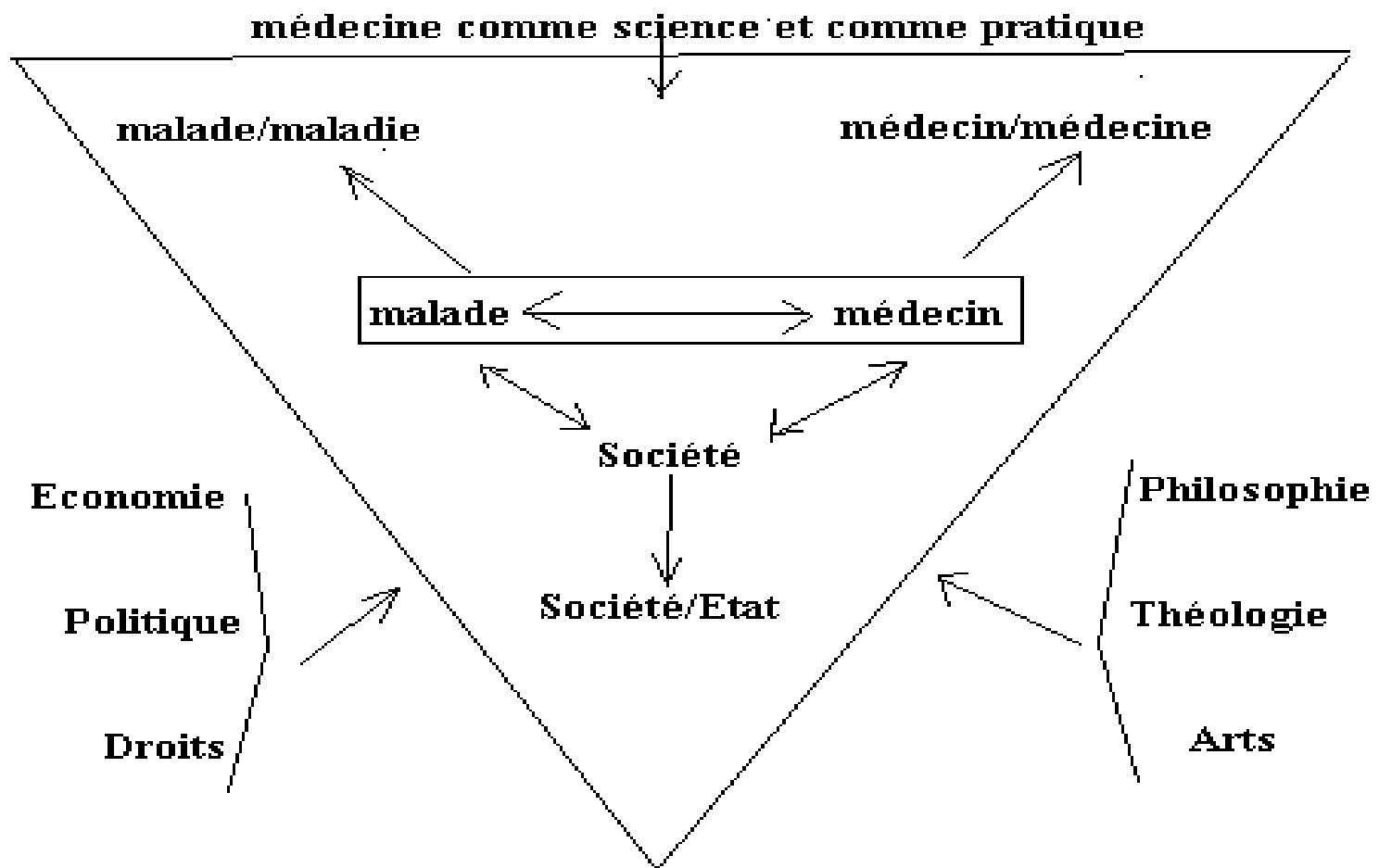
Quelles sont vos remises en question ?

6) Sur l'éthique professionnelle, sur votre pratique de la vaccination, qu'est-ce que ça mobilise pour vous comme convictions ? Sur le plan personnel ?

7) Merci d'avoir pris du temps à répondre à l'entretien, avez-vous des commentaires ou des choses à rajouter ?

Annexe 2

Schéma de l'éthique de la relation médecin-malade selon Von Engelhardt.



Annexe 3 : Liste des entretiens

M1 : Dr. M. femme, âge 30-40 ans, urbain, réalisé le 27 janvier 2016

M2 : Dr. D. femme, âge 30-40 ans, rural, réalisé le 12 février 2016

M3 : Dr. R. femme, âge 40-50 ans, semi-rural, réalisé le 19 février 2016

M4 : Dr. V. homme, âge 40-50 ans, rural, réalisé le 2 mars 2016

M5 : Dr. S. femme, âge 40-50 ans, semi-rural, réalisé le mars 2016

M6 : Dr. P. homme, âge 30-40 ans, semi-rural, réalisé le 23 mars 2016

M7 : Dr. P. femme, âge 40-50 ans, semi-rural, réalisé le 7 avril 2016

M8 : Dr. B. homme, âge 30-40 ans, semi-rural, réalisé le 20 avril 2016

M9 : Dr. V. femme, âge 40-50 ans, urbain, réalisé le 22 avril 2016

M10 : Dr. O. homme, âge > 60 ans, urbain, réalisé le 27 avril 2016

M11 : Dr. C. femme, âge 40-50 ans, urbain, réalisé le 6 mai 2016

M12 : Dr. P. femme, âge 40-50 ans, rural, réalisé le 13 mai 2016

M13 : Dr. D. homme, âge 30-40 ans, rural, réalisé le 13 mai 2016

Cécile ESPERANDIEU

La vaccination anti-papillomavirus humain en médecine générale en 2016 : enjeux éthiques

Contexte : La vaccination anti-papillomavirus humain est recommandée en France depuis 2007 et 18% des jeunes filles sont vaccinées en 2015. Les médecins généralistes ont un rôle auprès des adolescentes et de leurs parents pour les informer au mieux.

L'objectif de cette étude est de comprendre les pratiques des médecins généralistes autour de cette vaccination et donner des repères pour la réflexion éthique des professionnels médicaux, paramédicaux et médico-sociaux.

Méthode : Il s'agit d'une étude qualitative par entretiens semi-dirigés, réalisés auprès de 13 médecins généralistes du Maine-et-Loire de janvier à mai 2016.

Résultats : Si le calendrier vaccinal fait l'unanimité chez les médecins généralistes, le vaccin anti-HPV suscite des interrogations par sa relative nouveauté, son coût élevé et les affaires récentes relayées par les médias. Les médecins doivent prendre en compte une balance bénéfice/risque – incertaine par manque de recul – dans le but d'une information adaptée pour un consentement éclairé. La consultation de l'adolescent est particulière dans sa forme, sa rareté, et ses nombreux sujets abordés, ce qui complexifie la réalisation du schéma vaccinal. La question de l'équité se pose car le vaccin n'est recommandé que pour les jeunes filles. La perspective de la vaccination des garçons, plébiscitée par les médecins généralistes, implique des enjeux éthiques, socio-économiques et politiques.

Conclusion : Le vaccin anti-papillomavirus humain est un vaccin récent soumis au débat public car il implique des enjeux éthiques chez les médecins généralistes mais aussi chez les patients et leurs parents. La littérature scientifique se mêle à la littérature profane sur le sujet, ce qui nécessite une position forte mais humble des professionnels de santé pour maintenir une écoute attentive des incertitudes de leurs patients.

Mots-clés : vaccination anti-papillomavirus, éthique, médecins généralistes

The Human Papilloma Virus vaccine in general medicine in 2016 : ethical benchmarks

Context : The human papilloma virus vaccine has been used in France since 2007 and 18% of teenage girls were vaccinated in 2015. General practitioners must discuss it with adolescents and their parents in order to spread awareness.

This study's objective is to understand doctors' practices regarding this vaccine and to provide medical, paramedical and socio-medical professionals with ethical benchmarks.

Method : This is a qualitative study using semi-structured interviews, conducted with 13 general practitioners from Maine-et-Loire from January to May 2016.

Results : Even if general practitioners agree on the vaccine schedule, the HPV vaccine stills raises questions regarding its relative newness, high cost and the recent cases reported in the media. Doctors should bear in mind the risk-reward balance – unclear due to a lack of objectivity – to gain informed consent. A consultation with an adolescent is unique in its form, rarity and the numerous subjects addressed, all of which complicate the implementation of the vaccine scheme. In addition, a vaccine recommended only for young women raises questions about equality. The prospect of vaccinating boys raises ethical, socio-economic and political issues.

Conclusion : The HPV vaccine is a new vaccine and is subject to public debate as it raises ethical issues among general practitioners, as well as among the patients and their parents. Scientific literature on the subject is mixed with controversial press and this requires health professionals to maintain a strong but humble position, and to keep listening carefully to patients' concerns.

Keywords : papillomavirus vaccine, general practitioners, ethics