

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement par

Margaux QUILLIET et Mathilde ZAGO

Le 20 janvier 2023

Freins et leviers à la vaccination du jeune garçon par le GARDASIL 9® : histoire d'un processus décisionnel familial.

Directeurs de thèse :

Dr Marielle PUECH et Dr Denis PEREZ

JURY :

Monsieur le Professeur Pierre MESTHÉ	Président
Monsieur le Professeur Guillaume MARTIN-BLONDEL	Assesseur
Madame la Docteure Marielle PUECH	Assesseur
Madame la Docteure Delphine SARTORI	Assesseur
Monsieur le Docteur Denis PEREZ	Assesseur

FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maternité et Paramédical
Tableau des personnels HU de médecine
Mars 2022

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Huguès	Professeur Honoraire	M. GHSOLFI Jean-Marc
Doyen Honoraire	M. GURAUD-CHALWEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. GLOUZ Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GURAUD CHAUMEL Bernard
Doyen Honoraire	M. VINET Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ADOLLE Denis	Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	Mme LARENO Marie-Béatrice
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAI Elisabeth	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Francis
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Yves
Professeur Honoraire	M. BAIBET André	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. MAGNVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. MALECAZE François
Professeur Honoraire	M. BLANCHER Antoine	Professeur Honoraire	M. MANELLE Claude
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MANSAT Nicole
Professeur Honoraire	M. BONAFE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MARCHOU Bruno
Professeur Honoraire	M. BONEL Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BORNEVALLE Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. MAZERES Bernard
Professeur Honoraire	M. BOUJAILLÉ Francis	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire Assistant	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. PARNAUD Jean
Professeur Honoraire	M. CARON Philippe	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARSIER Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PERRET Bernard
Professeur Honoraire	M. CATHON Michel	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. POLYGNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAP Huguès	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CHAVAN, Jean-René	Professeur Honoraire	M. PIRE Jacques
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	Mme FUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. FUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. FUGÈ Michel
Professeur Honoraire	M. COTTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. RALHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. REGNER Claude
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. REVE Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	Mme DIDER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. ROCHICOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire associé	M. DURAU Guy	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SERRÉ Guy
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. FABRE Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FOURNE Bernard	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard	Professeur Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques	Professeur Honoraire	M. VIRENGUE Christian
Professeur Honoraire	Mme GEMESTAL Michèle	Professeur Honoraire	M. VOGT Jean-Georges
Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles		

Professeurs Emérites

Professeur ARLET Philippe
 Professeur BOUJAILLÉ Francis
 Professeur CARON Philippe
 Professeur CHAMONTIN Bernard
 Professeur CHAP Huguès
 Professeur GRAND Alain
 Professeur LAGARRIGUE Jacques
 Professeur LAURENT Guy
 Professeur LAZORTHES Yves
 Professeur MAGNVAL Jean-François
 Professeur MARCHOU Bruno
 Professeur PERRET Bernard
 Professeur RISCHMANN Pascal
 Professeur RIVIERE Daniel
 Professeur ROUGE Daniel

FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maternelle et Paramédicaux

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	Mme LAMANT Laurence (C.E.)	Anatomie Pathologique
M. ACCOMBLED Franck (C.E.)	Chirurgie Infantile	M. LANGIN Dominique (C.E.)	Nutrition
M. ALRIC Laurent (C.E.)	Médecine Interne	Mme LARRE Anne	Radiobiologie
M. AMAR Jacques	Traumatologie	M. LARRUE Vincent	Neurologie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie, Santé Publique	M. LAUQUE Dominique (C.E.)	Médecine d'Urgence
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. LAUWERS Fabrice	Chirurgie Maxillo-faciale
M. ARNAL Jean-François (C.E.)	Psychologie	M. LEBSON Bernard	Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire
M. ATTAL Michel (C.E.)	Hématologie	M. LEVAGE Thierry (C.E.)	Biochimie
M. AVET-LOISEL Hervé	Hématologie, Transfusion	M. LESLAI Roland (C.E.)	Immunologie
M. BERRY Antoine	Parasitologie	M. MALAUDA Bernard	Urologie
Mme BERRY Isabelle (C.E.)	Biophysique	M. MANSAT Hervé	Chirurgie Orthopédique
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. MARGUE Philippe (C.E.)	Médecine Physique et Réadaptation
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E.)	Chirurgie Vasculaire	M. MAURY Jean-Philippe (C.E.)	Cardiologie
M. BRASSAT David	Neurologie	Mme MAZEREUW Juliette	Dermatologie
M. BROUJET Laurent	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire	M. MAZIERES Julien (C.E.)	Pneumologie
M. BRUSSEFF Pierre (C.E.)	Anatomie Pathologique	M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. BUIAN Louis (C.E.)	Urologie-Andrologie	M. MOLINER Laurent (C.E.)	Epidémiologie, Santé Publique
Mme BURD-TRIVIERE Alexandra (C.E.)	Médecine Vasculaire	M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E.)	Pharmacologie
M. BUREAU Christophe	Hépatito-Gastro-Entérologie	Mme MOYAL Estelle (C.E.)	Cancérologie
M. BURSICAL Louis (C.E.)	Hépatito-Gastro-Entérologie	M. MUSCARO Fabrice	Chirurgie Digestive
M. CALVAS Philippe (C.E.)	Généraliste	Mme NOURBAZHEM Fatemeh (C.E.)	Gynécologie
M. CANTAGREL Alain (C.E.)	Rhumatologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. OGHALD Eric (C.E.)	Bactériologie-Virologie
M. CARRIE Didier (C.E.)	Cardiologie	M. PARENTE Jérôme	Neurologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	M. PAUL Carlo (C.E.)	Dermatologie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'Urgence	M. PAVOUX Pierre (C.E.)	Biophysique
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire	M. PAVASTRE Bernard (C.E.)	Hématologie
M. CHAUVÉAU Dominique	Néphrologie	M. PERON Jean-Marc (C.E.)	Hépatito-Gastro-Entérologie
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. RASCOL Olivier (C.E.)	Pharmacologie
M. CHIRON Philippe (C.E.)	Chir. Orthopédique et Traumatologie	Mme RAUZY Odile	Médecine Infantile
M. CHOLLET François (C.E.)	Neurologie	M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E.)	Psychiatrie Infantile
M. CONSTANTIN Antoine	Rhumatologie	M. RECHER Christophe (C.E.)	Hématologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique	M. RITZ Patrick (C.E.)	Nutrition
Mme COURHADE SAND Navique (C.E.)	Histologie Embryologie	M. ROLLAND Yves (C.E.)	Génétique
M. DAMBRIN Camille	Chir. Thoracique et Cardiovasculaire	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. DE BRISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadaptation Fonctionnelle	M. ROUGE Daniel (C.E.)	Médecine Légale
M. DESJOURS Olivier (C.E.)	Ototo-rhino-laryngologie	M. ROUSSEAU Hervé (C.E.)	Radiologie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. ROLIX Francis-Emmanuel	Neurochirurgie
M. DELOBE Pierre	Maladies Infectieuses	M. SAILLET Laurent (C.E.)	Médecine Infantile
M. DELORD Jean-Philippe (C.E.)	Cancérologie	M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E.)	Chirurgie Infantile
M. DEISSER Alain (C.E.)	Pharmacologie	M. SALLES Jean-Philippe (C.E.)	Pédiatrie
M. DISCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme DULY-BOUTANGH Balthaz (C.E.)	Thérapeutique	M. SCHMITT Laurent (C.E.)	Psychiatrie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	Mme SELVES Jenik (C.E.)	Anatomie et cytologie pathologiques
M. FERRIERES Jean (C.E.)	Epidémiologie, Santé Publique	M. SENARD Jean-Michel (C.E.)	Pharmacologie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. SERRANO Eric (C.E.)	Diagnostiqueur
M. FOURNIE Pierre	Optométrie	M. SICUN Jacques (C.E.)	Pédiatrie
M. GALINIER Michel (C.E.)	Cardiologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. GAME Xavier	Urologie	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eustria	Devenir et biologie du vieillissement
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie, Santé Publique	M. SOLLAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. GEBKAERTS Thomas	Anatomologie et Réanimation	M. SOLLE Michel (C.E.)	Urologie
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Marie	Anatomie Pathologique	M. SUC Bernard	Chirurgie Digestive
M. GOURDY Pierre (C.E.)	Epidémiologie	Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E.)	Pédiatrie
M. GROSLEAU RAOUL Jean-Louis (C.E.)	Chirurgie dentaire	M. TELMON Nicolas (C.E.)	Médecine Légale
Mme GUMBAUD Rosine	Cancérologie	Mme TREMOUJERES Françoise	Biologie du développement
Mme HANAIRE Hélène (C.E.)	Endocrinologie	Mme TRO-COSTE Emmanuelle (C.E.)	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE Eric	Urologie	M. VAYSSIERE Christophe (C.E.)	Gynécologie Obstétrique
M. ZOFET Jacques (C.E.)	Bactériologie-Virologie	M. VELLAS Bruno (C.E.)	Généraliste
M. SAMAR Nassim (C.E.)	Néphrologie	M. VERGÈZ Sébastien	Ototo-rhino-laryngologie

P.U. Médecine générale
M. OUSTRIC Stéphane (C.E.)

FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maternité et Paramédicaux

P.U. - P.H. 2ème classe		Professeurs Associés
M. ASSO Olivier	Chirurgie Infantile	Professeur Associé de Médecine Générale M. ABITTEBOUL Yves M. BOYER Marie M. CHICOUJAA Boris Mme IRI-DELAHAYE Moko M. POUTRAIN Jean-Christophe M. STILLMINKES Aranté
M. AUSSEL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire	
Mme BIGNARD Valérie	Epidémiologie, Santé publique	
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique	
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence	
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie	
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie	
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologique	
M. CHANPUT Benoît	Chirurgie dentaire	
M. COGNARD Christophe	Radiologie	
Mme COFRE JJ	Hématologie	
Mme DALENC Florence	Cancérologie	
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anesthésie	
M. DEFRANER Stéphane	Pédiatrie	
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie	
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie	
Mme FAULCH BELFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale	
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie	
M. GARRIO-STOWNAS Ignazio	Chirurgie Plastique	
M. GIBERT Nicolas	Rhumatologie	
M. GUILLEMINAULT Laurent	Rhumatologie	
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail	
M. LAREZ OMER	Biophysique et médecine nucléaire	
M. LAUDICHE Michel	Pharmacologie	
Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique	
M. LE CAIGNEC Clément	Généraliste	
M. LEANDRÉ Roger	Biologie du développement et de la reproduction	
M. LOPEZ Raphaël	Anesthésie	
M. MARCHEIX Benjamin	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales	
Mme MARTINEZ Alexandra	Gynécologie	
M. MARX Raphaël	Oto-rhino-laryngologie	
M. MEYER Nicolas	Dermatologie	
M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire	
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie	
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive	
M. PUGNET Grégoire	Médecine interne	
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique	
M. RENAUDINEAU Yves	Immunologie	
Mme RYSENEWITZKAND Annie	Rhéumatologie	
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire	
M. SIVALL Frédéric	Médecine légale	
M. SILVA SIFONTES Steen	Réanimation	
M. SOLER Vincent	Optométrie	
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie	
M. TACK Jean	Physiologie	
Mme VAYSSE Charlotte	Cardiologie	
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie	
M. YRONDI Aranté	Psychiatrie	
M. YSEBART Luc	Hématologie	
P.U. Médecine générale M. MESTHE Pierre Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve		Professeur Associé de Bactériologie-Hygiène Mme MALVALD Sandra

FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maléutique et Paramédicaux

MCU - PH

Mme ARAVANE Florence	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
M. AFOUL Pao André	Immunologie	Mme GENDOUX Armande	Biochimie et biologie moléculaire
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme AUSSEL-TRUDEL Sylviane	Biochimie	M. QUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Analyses Pathologique
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, Transfusion	M. HAMDJ Sékou	Biochimie
M. BETH Eric	Généraliste	Mme HETZEL Anne	Biochimie
Mme BREHN Carole	Physiologie	Mme INGUENEAU Carole	Biochimie
M. BUSCAL Blaise	Chirurgie vasculaire et digestive	M. ISART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire	Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. GAMBUS Jean-Pierre	Hématologie	M. KIZIN Sylvain	Chirurgie gynécologique
Mme CANTERO Anne-Véronique	Biochimie	Mme LAPEYRE-MESTRE Manjée	Pharmacologie
Mme CARFAGNI Lucie	Pédiatrie	M. LEPAGE Bénédict	Biochimie et informatique médicale
Mme CASPAR BAUCUIL Sylvie	Nutrition	M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie	M. L'HOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme CASSANG Sophie	Réhabilitation	Mme MASSIP Catherine	Bactériologie-virologie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique	Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
Mme CHANTALAT Ecosi	Anatomie	Mme MONTASTIER Emeline	Nutrition
M. CHASSANG Nicolas	Généraliste	M. MONTASTRUC François	Pharmacologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire	Mme MOREAU Isabelle	Biologie du développement et la reproduction
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques	Mme MOREAU Marion	Physiologie
M. DONDY Nicolas	Immunologie	M. MOUTON Guillaume	Médecine interne
Mme COURBON Christiane	Pharmacologie	Mme NASH Nassaa	Neurologie
M. CURIOT Jonathan	Neurologie	Mme HOGUETRAM L.	Biologie Cellulaire
Mme DAWSE Christine	Pharmacologie	Mme FERROT Aurélien	Hématologie
Mme DE GUSEZEMSKY Izabela	Physiologie	M. FILLARD Fabien	Physiologie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale	Mme FLANSANDE Lella	Généraliste
M. DESBOE Yannick	Réhabilitation	Mme FUSSENT Bénédicte	Immunologie
M. DELMAS Clément	Cardiologie	Mme GUELYEN Isabelle	Biochimie et médecine moléculaire
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale	Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie	M. REVEF Alexis	Pédo-psychiatrie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	M. RIMALHO Jacques	Analyses et Chirurgie Générale
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail	Mme SABDURDY Frédérique	Biochimie
Mme EYRAUD Solène	Pathologie, embryologie et cytologie	Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	Mme SIEGFRIED Aurélie	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie	M. TAFANI Jean-André	Biochimie
Mme GALINIER Anne	Nutrition	M. TRENER Emmanuel	Immunologie
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie	Mme VALLET Marion	Physiologie
M. GANTET Pierre	Biophysique	M. VERGEZ François	Hématologie
M. GASQ David	Physiologie	Mme VUA Laure	Biochimie et médecine moléculaire
M. GATHEL Nicolas	Médecine de la reproduction		
M.C.U. Médecine générale			
M. BISMUTH Mehdi			
M. BRELAC Thierry			
Mme DUPOLY Julie			
M. ESCOURROU Emeline			

Maîtres de Conférences Associés

M.C.A. Médecine Générale	
M. BROSSENT Jordan	
Mme BOURGEOIS Odile	
Mme BOUSSIER Nathalie	
Mme FIEVENS Anne	
Mme LATROUS Lella	
M. PAPONNER David	
Mme PLECH Marlene	

Remerciements aux membres de notre Jury,

Monsieur le Professeur Pierre MESTHE,

Merci de nous faire l'honneur d'être notre Président de jury à l'horizon de votre départ. Nous vous en sommes particulièrement reconnaissantes. Merci d'avoir toujours été un professeur bienveillant avec qui nous avons plaisir d'assister à vos cours. Merci également d'avoir accepté que nous soutenions notre thèse un vendredi soir, nous permettant d'être entourées de nos familles et amis. Avec toute notre reconnaissance et notre respect.

Monsieur le Professeur Guillaume MARTIN-BLONDEL,

Vous nous faites l'honneur de siéger à notre jury de thèse, permettant d'apporter une vision pluridisciplinaire à notre soutenance. Nous vous remercions pour l'intérêt que vous portez à notre sujet. Avec toute notre gratitude.

Madame la Docteure Marielle PUECH,

Sans qui cet écrit n'aurait pas vu le jour. Merci d'avoir accepté de venir en renfort pour encadrer ce travail de longue haleine. Tu nous as accordé beaucoup de ton temps pour nous aider chaque fois que nous en avons besoin. Un grand merci pour ta bienveillance et ta disponibilité.

Monsieur le Docteur Denis PEREZ,

Merci d'avoir tout de suite accepté d'encadrer notre travail. Merci de nous avoir permis de nous remettre en question et d'aller au bout de nos réflexions. Tes conseils ont toujours été justes et précieux. Merci pour tout.

Madame la Docteure Delphine SARTORI,

Merci de nous faire l'honneur de faire partie de notre jury de thèse et d'y apporter ton regard en tant que médecin généraliste et maître de stage universitaire. Nous t'en sommes très reconnaissantes et t'adressons toute notre gratitude.

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

Table des matières

I.	Liste des abréviations	12
II.	Introduction	14
III.	Matériel et méthode	17
A.	Type d'étude	17
B.	Phase exploratoire	17
C.	Population cible	17
1.	Critères d'inclusion et d'exclusion	17
2.	Recrutement des participants	18
D.	Recueil des données	18
1.	Choix de la modalité du recueil de données	18
2.	Élaboration du guide d'entretien	18
3.	Déroulement de l'étude	19
E.	Analyse des données	20
F.	Démarches réglementaires	20
IV.	Résultats	22
A.	Dynamique du processus intrafamilial	22
1.	Place de chaque membre	22
a)	Place des parents	22
b)	Triade parents/adolescent	24
2.	Discussion intrafamiliale	25
B.	Facteurs intrinsèques au processus décisionnel	26
1.	Position des parents face à la sexualité	26
a)	Maturité de l'adolescent	26
b)	Sexualité et adolescence	27
c)	Sensibilisation des hommes à la santé de la femme	31
2.	Représentations autour de la vaccination	31
a)	Intérêts individuel et collectif	31
b)	Perception des vaccins obligatoires versus recommandés	32
c)	En lien avec la COVID-19	33
d)	Crainte des effets secondaires et de l'injection	33
e)	Place de la religion	34
C.	Facteurs extrinsèques au processus décisionnel	35
1.	Place du corps médical	35
2.	Pas de consultation dédiée à la sexualité chez le garçon	37
3.	Place de l'entourage	37
4.	Place de l'école	38
5.	Informations délivrées par les médias	39
V.	Discussion	42

A.	Exposé du modèle explicatif	42
B.	Forces et limites	44
1.	Forces de l'étude	44
2.	Limites de l'étude	44
C.	Analyse du processus décisionnel	45
1.	Diffusion de l'information	45
2.	Place de l'adolescent	46
a)	Le rôle de la maturité	46
b)	Développement de la compétence décisionnelle	48
c)	Adolescents et sexualité	49
3.	Place des parents	52
a)	Rôle central de la mère	52
b)	Place du père	53
4.	Place du médecin traitant	54
D.	Perspectives et pistes d'amélioration	56
1.	Variation des moyens d'informations à l'échelle collective	56
2.	S'appuyer sur le soutien de l'entourage dans la prise de décision	58
3.	Optimiser les temps dédiés à la prévention sur la santé sexuelle à l'échelle individuelle	60
VI.	Conclusion	62
VII.	Références bibliographiques	64
VIII.	Annexes	73

I. Liste des abréviations

AAFP	American Academy of Family Physicians
ANSM	Agence Nationale de Sécurité du Médicament
ARDECOM	Association pour la Recherche et le Développement de la Contraception Masculine
CDOM	Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins
CeGIDD	Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostique, des infections par les virus de l'immunodéficience humaine, hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles
CNGE	Collège National des Généralistes Enseignants
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins
COREQ	COnsolidated criteria for REporting Qualitative research
CPP	Comité de Protection des Personnes
DPO	Data Protection Officer
DPO	Délégué à la protection des données
DRESS	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DTP	Diphtérie Tétanos Poliomyélite
DUMG	Département Universitaire de Médecine Générale
FCU	Frottis Cervico-Utérin
HAS	Haute Autorité de Santé
HAVIQ	HPV Adolescent Vaccine Intervention Questionnaire
HCSP	Haut Conseil de la Santé Publique
HPV	Human Papillomavirus
HSH	Homme ayant des relations Sexuelles avec un ou d'autres Hommes
ICAM	Institut Catholique des Arts et Métiers
INCa	Institut National du Cancer
INSEE	Institut National des Statistiques et des Études Économiques
IPVS	International PapillomaVirus Society
IRM	Imagerie par Résonance Magnétique
IST	Infection Sexuellement Transmissible
MacCAT	MacArthur Competence Assessment Tool
MST	Maladie Sexuellement Transmissible
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ORL	Oto-Rhino-Laryngologiste/Laryngé

RATS	Relevance Appropriateness Transparency Soudness
RGPD	Règlement Général sur le Protection des Données
SAFE	Sexual Awareness For Europe
SVT	Sciences et Vie de la Terre
TCP	Théorie du Comportement Planifié
UNAF	Union Nationale des Associations Familiales
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
WONCA	World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians ou Organisation mondiale des médecins de famille

II. Introduction

Les PapillomaVirus Humains, aussi appelés HPV, sont une famille de virus de plus de 200 types, séparés en fonction de leur pathogénicité et de leur tropisme (1). Les HPV à tropisme cutané sont à l'origine de tumeurs bénignes telles que les verrues plantaires et des carcinomes spinocellulaires, tandis que les HPV à tropisme muqueux infectent les muqueuses génitales et orales et vont être classés en fonction de leur risque cancérigène. Les infections par HPV à bas risque oncogène (HPV 6 et 11) peuvent être à l'origine de tumeurs bénignes appelées condylomes, et les HPV à haut risque d'oncogénicité (HPV 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58), responsables de lésions précancéreuses pouvant évoluer sur le long terme en cancers (2).

L'infection par les HPV est l'infection sexuellement transmissible (IST) la plus fréquente dans le monde. En effet, 80 % des hommes et femmes vont être au contact de ce virus au cours de leur vie, sans s'en rendre compte dans la plupart des cas (3). Cependant, en cas d'infection persistante, les HPV à tropisme muqueux peuvent être responsables de huit localisations de cancers : le col de l'utérus, l'anus, l'oropharynx, la vulve, le vagin, la cavité orale, le larynx et le pénis. Un quart de tous les cancers HPV-induits surviennent chez l'homme (environ 1753 nouveaux cas par an), les plus fréquents étant :

- Les cancers de la sphère oto-rhino-laryngée (ORL) (environ 1182 nouveaux cas par an), représentés principalement par les cancers de l'oropharynx ;
- Les cancers de l'anus (environ 360 nouveaux cas par an), leur incidence est plus élevée chez les Hommes ayant des rapports Sexuels avec un ou d'autres Hommes (HSH), en particulier ceux séropositifs au VIH qui présentent un risque cent fois plus élevé par rapport aux hommes en population générale (4) ;
- Les cancers du pénis (environ 90 nouveaux cas par an).

Les verrues anogénitales ou condylomes sont très fréquents aussi bien chez la femme que chez l'homme (environ 100 000 individus touchés chaque année) (5). Les HPV peuvent aussi être responsables de la papillomatose respiratoire récurrente, une maladie rare à l'origine d'une dysphonie et de troubles respiratoires, en particulier chez l'enfant (6).

Chez les femmes, les HPV sont responsables d'environ 4580 nouveaux cas de cancers par an (col de l'utérus, vulve, vagin, anus et sphère ORL). On dénombre chaque année en France près de 25 000 lésions précancéreuses, plus de 3000 nouveaux cas de cancer du col de l'utérus qui se situe à la onzième place en termes de mortalité par cancer avec 1100

décès par an (7). Ce cancer est viro-induit à 99 % par un virus de type HPV dont au moins 70 % environ sont liés au génotype HPV 16 et HPV 18. Au niveau mondial, il représente le deuxième cancer le plus fréquent chez la femme et le quatrième cancer féminin le plus mortel (8). Le dépistage réalisé grâce au frottis cervico-utérin (FCU) a permis la diminution de la morbi-mortalité liée au cancer du col de l'utérus. Cependant, la mortalité ne reste pas négligeable en France avec 1452 décès par an (9).

Depuis 2006 en France, il est proposé une vaccination contre certains HPV par GARDASIL 9®, puis CERVARIX® en 2007 aux jeunes filles avant le début de leur activité sexuelle. Ces vaccins ont été introduits dans de nombreux pays au même moment et 79 pays y ont recours depuis 2018 (10).

Les résultats d'une méta-analyse récente des programmes de vaccination des filles à l'étranger a montré une réduction de 51 % [42 %-58 %] des lésions précancéreuses du col de l'utérus chez les filles âgées de 15 à 19 ans et une réduction de 31 % [16 %-43 %] chez les femmes âgées de 20 à 24 ans (11). En France, dix ans après les premières recommandations, les objectifs fixés par le Plan Cancer ne sont pas atteints : 37,4 % seulement des jeunes filles de 16 ans sont vaccinées selon le schéma complet en 2021 et environ 15 % des HSH, pour un objectif de 60 % (12).

Depuis 2008, plus de vingt pays, dont l'Australie, les États-Unis, l'Autriche, le Canada, ont commencé à étendre la vaccination aux garçons (13). Celle-ci a montré ses effets : en Australie, les verrues génitales ont été divisées par deux en l'espace de deux ans. Chez les hommes, le vaccin a une efficacité de 90 % contre ces condylomes (14). La couverture vaccinale d'au moins 80 % des jeunes filles et 76 % des jeunes garçons a permis une réduction de plus de 77 % des génotypes responsables de 75 % des cancers du col de l'utérus, ainsi qu'une diminution de plus de 50 % de l'incidence des lésions précancéreuses cervicales de haut grade chez les jeunes filles de moins de 20 ans (15).

À travers ces résultats, l'International PapillomaVirus Society (IPVS) a déclaré qu'une couverture vaccinale contre les HPV associée à une forte participation au dépistage du cancer du col de l'utérus pourrait permettre l'élimination du cancer du col de l'utérus en tant que problème de santé publique.

En France, la Haute Autorité de Santé (HAS) considère nécessaire de proposer ce vaccin aux hommes hétérosexuels car ils peuvent également être infectés et transmettre le virus (14). En décembre 2019, le GARDASIL 9® apparaît pour les filles et les protège contre les HPV de type 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 et 58 (16). Cette recommandation s'élargit aux

garçons dans le même temps avec le même schéma vaccinal que celui des filles : deux doses de vaccin GARDASIL 9® (M0-M6) chez les 11-14 ans révolus et en rattrapage chez les 15-19 ans révolus avec trois doses (M0-M2-M6). Ce vaccin est remboursé et est entré en vigueur le 1er janvier 2021 (17). Il est également recommandé jusqu'à 26 ans pour les HSH (18).

Dans les enquêtes d'acceptabilité, la vaccination contre les HPV des garçons est perçue très favorablement par les professionnels de santé (84 % des médecins généralistes dans l'enquête HAS/INCa (Institut National du Cancer)). En effet, ils sont 68 % à la considérer comme le principal levier pour augmenter la couverture vaccinale. En revanche, les intentions vaccinales sont marquées par une forte proportion de parents indécis (42 % dans l'enquête HAS/ INCa) (19). D'après plusieurs études parues avant cette nouvelle recommandation, seulement un tiers des parents vaccinerait leur fils (20).

Nous nous sommes questionnées sur les freins et les leviers à la vaccination du jeune garçon de 11 à 19 ans par le GARDASIL 9® selon leurs parents. L'objectif principal de notre travail est d'explorer les freins et les leviers des parents à la vaccination par GARDASIL 9® chez leurs garçons. L'objectif secondaire est d'identifier les pistes pour améliorer cette couverture vaccinale.

III. Matériel et méthode

A. Type d'étude

Pour répondre à notre question de recherche, nous avons réalisé une étude qualitative à partir d'entretiens individuels semi-dirigés. Cette méthode nous a semblé être la plus pertinente pour analyser le ressenti et l'expérience des parents sur leur vécu vis-à-vis de la vaccination par GARDASIL 9®. Nous avons suivi les critères de la grille COREQ (COnsolidated criteria for REporting Qualitative research) ainsi que de la grille RATS (Relevance Appropriateness Transparency Soudness) (21) des normes de bonne rédaction pour respecter les recommandations de bonnes pratiques en recherche qualitative (22).

B. Phase exploratoire

Une phase de réflexion sur la vaccination anti-HPV et un premier état des lieux de la littérature a permis l'élaboration de notre sujet. Après sa validation par nos directeurs de thèse et le dépôt du sujet au Département Universitaire de Médecine Générale (DUMG), nous avons initié le travail bibliographique sur la vaccination GARDASIL 9®, l'évolution de sa recommandation en France, à l'étranger et sur les études faites avant sa généralisation aux garçons. Les articles payants ont été exclus.

Nous avons utilisé les moteurs de recherche PubMed, Google Scholar, CISMef avec les mots-clés suivants : *vaccin – Gardasil – papillomavirus - garçons – médecine générale – recommandations – cancer – déterminants – freins - men - decision making – vaccines – papillomaviridae* et des équations de recherches en les croisant.

Avant de commencer nos entretiens, nous nous sommes interrogées sur la notion de réflexivité, en prenant compte de notre posture de chercheuse et de nos positionnements lors de leur réalisation et de leur analyse.

C. Population cible

1. Critères d'inclusion et d'exclusion

La population d'étude ciblait les parents des garçons de 11 à 19 ans, au regard de la recommandation sur l'élargissement vaccinal. Les critères d'exclusion étaient les suivants :

- Ne pas avoir de garçon ;
- Ne pas avoir au moins un garçon de 11 et 19 ans.

Nous avons réalisé un échantillonnage raisonné théorique (23). En fonction des données interprétées après chaque entretien, nous recherchions des caractéristiques différentes pour

les participants suivants pour infirmer ou affirmer certains résultats (24). Nous avons tenté d'identifier au fur et à mesure des facteurs pouvant avoir un impact sur les réponses apportées :

- La catégorie socio-professionnelle / le métier des parents ;
- Le statut marital ;
- Le nombre d'enfants dans la fratrie ;
- Composition de la fratrie (présence de filles) ;
- Lieu de vie (urbain/rural).

2. Recrutement des participants

Le recrutement s'est effectué par « bouche à oreille » dans nos cercles de connaissances, via notre entourage familial, amical ou notre patientèle de divers cabinets au cours de notre internat et nos remplacements. L'objectif était de faire varier les critères de l'échantillonnage recruté, pour infirmer ou confirmer les éléments théoriques émergents.

Les participants ont été contactés par mail, téléphone ou en face à face au cabinet médical. Nous avons mené le recrutement de mars 2021 à octobre 2022 de façon prospective, chacune de notre côté. Plusieurs relances ont été effectuées par les moyens cités ci-dessus au fur et à mesure de l'avancée de l'étude (tableau des caractéristiques des participants en Annexe N°1).

D. Recueil des données

1. Choix de la modalité du recueil de données

Les données ont été recueillies au cours d'entretiens individuels semi-dirigés (23). Nous étions toutes les deux présentes lors de chaque entretien. Nous avons privilégié ce mode de recueil car dès les premiers entretiens, le thème de la sexualité est sorti au premier plan, il nous a semblé intéressant que les parents puissent avoir une liberté de parole sans crainte d'être jugés par les autres. De plus, les contraintes sanitaires dues à la pandémie COVID-19 ont renforcé notre choix. 80 % des entretiens ont pu être réalisés en présence des deux parents.

2. Élaboration du guide d'entretien

La création du guide d'entretien s'est effectuée via une autoformation à la méthodologie qualitative grâce au site du DUMG de Toulouse (25), ainsi qu'avec l'aide de nos directeurs de thèse.

Après des recherches dans la littérature, nous avons réalisé une première version du guide d'entretien. Il comprenait une question d'ouverture de présentation, puis une question sur les connaissances que les parents avaient sur le HPV et sa vaccination. Les autres questions permettaient de comprendre leur ressenti sur la généralisation de cette vaccination aux garçons. Des questions de relances permettaient l'approfondissement des réponses insuffisamment traitées.

Un entretien test a initialement été réalisé, répondant aux critères d'inclusion et d'exclusion, pour tester le guide d'entretien. Il était prévu avec les directeurs de thèse que cet entretien soit inclus dans l'étude si celui-ci était de qualité suffisante et pertinent vis-à-vis du sujet. Peu de modifications ont été apportées après celui-ci, il a donc pu être conservé.

Entre chaque entretien individuel, l'analyse des données a permis de modifier certaines questions du guide, en fonction des interrogations qu'ils soulevaient, notamment sur le rôle de chacun dans la triade père-mère-adolescent ainsi que leur vision du processus décisionnel. Des questions sur l'influence de la COVID-19, sur la sensibilisation des hommes aux problèmes féminins ainsi que sur le ressenti des parents sur les capacités de leur enfant à prendre ses propres décisions ont été rajoutées au fil des entretiens. Les versions évolutives des grilles d'entretien sont disponibles en Annexe N°2.

3. Déroulement de l'étude

Les participants à l'étude ont reçu en amont de l'entretien deux documents par mail : une fiche d'information sur les modalités de l'étude (Annexe N°3) et un formulaire de consentement libre et éclairé à retourner signé (Annexe N°4). Les personnes interrogées savaient que nous étions internes en médecine générale et que ce travail était réalisé dans le cadre de notre thèse de fin d'études.

Les entretiens se sont déroulés en présentiel ou en distanciel par visioconférence grâce au logiciel ZOOM®. Nous étions toutes les deux présentes et réunies à chaque entretien.

Il était mené par l'une de nous deux en alternance, en suivant le guide d'entretien établi. L'autre observait, prenait des notes et pouvait intervenir si nécessaire. Chaque entretien a été enregistré en audio grâce à un dictaphone externe, après recueil de l'accord des participants.

À l'issue de l'entretien, la chercheuse qui menait l'entretien devait retranscrire l'enregistrement audio via le logiciel de traitement de texte WORD®, de façon fidèle (y compris le langage non verbal) pour obtenir le verbatim. Lors de la retranscription, nous avons anonymisé les données recueillies. Tous les éléments en lien avec les caractéristiques

personnelles des participants (noms, ville...) ont été remplacés par des codes neutres dans chaque verbatim. Leurs noms ont été anonymisés : M pour mère et P pour père, associé au numéro de l'entretien auquel ils ont participé, exemple : M1 pour la mère ayant participé au premier entretien. Nous avons envoyé les entretiens retranscrits à tous les participants afin de nous assurer de la fidélité de nos retranscriptions.

E. Analyse des données

Une analyse inspirée de la théorisation ancrée a été mise en œuvre à partir des verbatims obtenus après chaque entretien. Nous réalisons d'abord individuellement le codage des données en commençant par une lecture flottante de la retranscription, un découpage des verbatims en unités de sens, puis en étiquettes (24). En effet, le processus de codage a été réalisé à partir du verbatim. Il a permis de passer du chronologique au thématique puis à l'explicatif. La première étape a permis de décontextualiser et reformuler chaque idée émise par les sujets en une étiquette, auquel est rattaché tous les extraits du verbatim en lien. Nous avons ensuite regroupé ces étiquettes en propriétés puis en catégories. Un exemple est disponible en Annexe N°5.

Ce travail était mis en commun dans un second temps. Nous avons réalisé une carte mentale permettant de relier les différentes catégories entre elles, que nous avons mise à jour tout au long de l'analyse. Le logiciel de calcul EXCEL® était utilisé pour la phase d'analyse. Ce travail était réalisé après chaque entretien (23).

Lorsque nous n'étions pas d'accord sur le codage des données, une triangulation avec un de nos directeurs de thèse était faite, permettant d'augmenter la validité interne de l'étude. Nous avons confronté nos résultats à la littérature à chaque nouvelle donnée afin d'accroître la validité externe.

Nous avons eu l'impression de tendre vers la saturation des données au huitième entretien, nous avons donc réalisé deux entretiens supplémentaires nous ayant permis d'approcher la suffisance des données.

F. Démarches réglementaires

Notre protocole de recherche est hors loi Jardé de 2012 qui encadre les recherches impliquant la personne humaine (26).

Les démarches réglementaires à propos de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) et du comité éthique du Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) ont été réalisées. Nous n'avons pas de nécessité d'obtenir un avis du Comité de Protection des Personnes (CPP).

Notre dossier de déclaration de conformité à la CNIL selon la méthodologie de référence MR-004 (27) a été envoyé par mail au délégué à la protection des données (DPO, Data Protection Officer) du DUMG de Toulouse le Professeur Pierre BOYER le 30 novembre 2020.

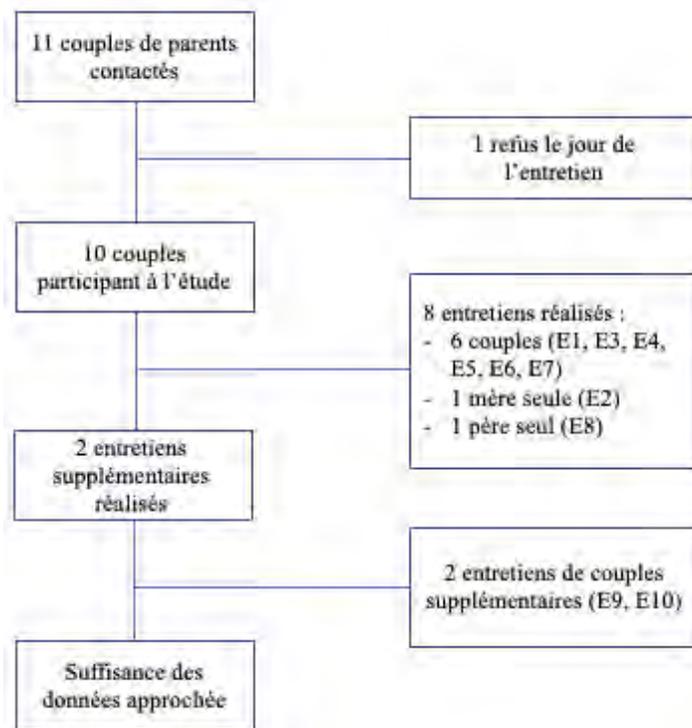
Conformément aux exigences de la CNIL, des informations sur le Règlement Général sur le Protection des Données (RGPD) étaient intégrées aux documents envoyés aux participants avant les entretiens (référence aux Annexes N°3 et N°4). Les données étaient stockées au fur et à mesure sur deux disques durs externes sécurisés et sur des ordinateurs sécurisés par mots de passe.

Après demande d'avis auprès du référent du comité éthique de Toulouse, le Docteur Emile ESCOURROU, des remarques ont été émises concernant le guide d'entretien et la notice d'information, nous permettant d'effectuer des corrections. Initialement le comité d'éthique était défavorable à cause d'un protocole utilisant un enregistrement vidéo, qui nécessitait un accord de la CNIL. Les lettres d'informations ont elles aussi été reprises afin d'être en accord avec la CNIL.

Une réponse favorable du DPO a été obtenue le 03 janvier 2021, N°CNIL 2020QM24 et 2020ZM25 (Annexe N°8). Le recueil des données a débuté le 17 avril 2021 avec le premier entretien individuel.

IV. Résultats

DIAGRAMME DE FLUX



A. Dynamique du processus intrafamilial

L'image du processus décisionnel vaccinal était pour certains une discussion *E10 l.633 "Une discussion"*. Pour d'autres il s'agissait d'une décision après concertation parents-adolescent *E9 l.362 "Une décision démocratique"*.

Parfois le fils n'intervenait pas dans le choix *E6 l.484 "c'est plutôt une belle verticale"* car les parents étaient les principaux décisionnaires *E6 l.470 "Peut-être une balance à équilibre"*. Ils rajoutaient sur le ton de l'humour l'image d'un "fusil à seringue" pour signaler l'évidence de cette vaccination pour eux *E6 l.465 "Un fusil à seringue"*.

1. Place de chaque membre

a) Place des parents

Vacciner était une évidence et il n'y avait pas de place pour le choix du fils *E6 l.242 "on va le vacciner, ça nous paraît une évidence en fait ça, on n'a pas trop discuté sur le, le pour / le contre"* *E6 l.96 "il a pas son mot à dire. Qu'il soit vacciné c'est tout"*. Ils ne lui auraient pas donné d'explications approfondies, car ils ne considéraient pas cela nécessaire *E6 l.407 "Je sais pas s'il faut beaucoup, beaucoup expliquer"* et n'avaient d'ailleurs pas eu de discussion à ce sujet avec lui *E6 l.103 "On n'a pas eu de discussion, de discussion"*.

approfondie sur les causes". Un père avait présenté cette vaccination comme obligatoire à son fils et ne lui avait expliqué que les conséquences du HPV, tel que le risque de cancer du pénis E6 l.195 "lui parler du cancer du pénis, que [...] le traitement c'est (sifflement) raccourcissement, en règle, et ben là il a très bien compris [...] ça lui a très vite parlé".

L'adolescent pouvait se laisser guider par les décisions médicales parentales E1 l.259 *"Ils ne prennent pas de décision seuls sur la vaccination à cet âge, quel que soit le vaccin. Ils ont eu l'habitude de dire bah voilà demain c'est tel vaccin, ils savent même pas ce qu'il y a derrière. Quand c'est du BCG ou tel cancer... donc c'est de la pure confiance à cet âge-là".* Ce d'autant plus qu'il allait rarement seul chez le médecin E1 l.429 *"Mais elles ne vont jamais chez le médecin sans nous jusqu'à maintenant".*

Les parents décrivaient une répartition des devoirs familiaux où la responsabilité médicale pouvait revenir à la mère E1 l.26 *"on a chacun nos domaines de vie, on s'est répartis, non pas les corvées mais les responsabilités voilà, et tout ce qui est suivi médical des enfants c'est plutôt moi".* Elle prenait les rendez-vous et s'occupait du suivi E3 l.291 *"ben c'est plutôt moi, c'est les visites médicales tout ça, c'est moi".*

L'implication majeure de la mère lui donnait un rôle central dans la transmission de l'information vaccinale E9 l.150 *"la vaccination c'est la mère !"*, même si la décision finale pouvait se prendre entre le père et la mère E6 l.260 *"nous on est deux, donc j'ai pas l'impression de prendre plus de décisions médicales par rapport aux enfants que ma femme".* Une des mères disait d'ailleurs prendre toujours l'avis de son mari car ce dernier était le décisionnaire E2 l.388 *"par contre c'est lui (le papa) la décision finale".*

Dans certaines familles, elle laissait le père amener son fils en consultation pour les motifs intimes E5 l.476 *"notre grand a eu un problème intime, on va dire [elle se racle la gorge] et je lui ai proposé, je lui ai dit "bah c'est plus papa peut-être qui va t'accompagner au médecin parce que..."* même si pour elle il existait une forme d'impudeur E5 l.622 *"ça reste encore à 12 ans où dans l'impudicité, on est encore un peu... ".* Selon elle, son fils n'aurait pas été gêné qu'elle l'accompagne en consultation pour ses problèmes intimes E5 l.500 *"parce qu'après j'en ai discuté avec lui et ça n'a pas... ça l'a pas gêné".*

Des parents se disaient impliqués autant l'un que l'autre aux consultations en fonction de leurs disponibilités notamment E7 l.659 *"C'est un peu le bazar chez nous, (rires), c'est quand... qui est disponible ! Non c'est les deux, vraiment pour le coup !"*. Un autre père

interrogé était lui-même le médecin traitant de ses enfants E6 l.300 *"c'est moi, je suis le médecin traitant"*.

Des parents plus réticents à la vaccination expliquaient qu'un délai de réflexion pouvait les faire changer d'avis E1 l.324 *"c'est la première information, [...] je pense qu'il va me falloir un petit moment pour intégrer tout ça, cheminer, et puis prendre la décision de le faire vacciner"*.

b) *Triade parents/adolescent*

Des parents parlaient de décision familiale E4 l.355 *"c'est un choix familial, c'est un choix collectif"* où le fils était impliqué E5 l.529 *"c'est une tripartite"*. Ceux-là disaient ne pas imposer leur décision sans qu'il comprenne leur choix E10 l.442 *"On tient quand même à ce qu'il comprenne nos choix, donc on lui en parle, on essaie de l'expliquer au mieux"*.

Pour certains parents, il devait savoir rechercher de l'information fiable et prendre une décision éclairée dès le collège, accompagné par ses parents si besoin E7 l.238 *"Moi j'estime qu'au collège voilà, ou apprendre à l'enfant d'avoir suffisamment et chercher toutes les ressources nécessaires en fait pour pouvoir se faire sa propre opinion, et après être capable de dire, ben en fonction des informations que j'ai, dont je dispose, et des sources que j'ai cherchées, bah je prends ma décision, même si je suis accompagné"*. Mais une des mères souhaitait néanmoins vérifier la fiabilité de la source d'information de ses enfants E7 l.498 *"enfin faut contrôler aussi, quelle est la source, pourquoi"*.

Le fait que ce vaccin ne soit pas obligatoire rendait l'avis de l'adolescent d'autant plus important E9 l.195 *"J'avais l'impression que y avait besoin de son choix ou du moins de son avis du moins pour ce vaccin"*. Certains parents disaient d'ailleurs avoir retardé la vaccination pour que l'enfant fasse son propre choix E9 l.43 *"c'est pour ça qu'on a attendu aussi tard, pour lui laisser le choix de le faire ou pas en fait"* afin de pouvoir se décharger de cette responsabilité E2 l.376 *"il faut avoir un juste milieu avec eux pour pas qu'on puisse aussi avoir toute... cette responsabilité"*. Ceci est causé par l'absence d'obligation vaccinale E9 l.191 *"C'est un vaccin qui demande plus de réflexion pas forcément pour le choix, mais moi je suis plutôt pour le fait de leur laisser ce choix là en tout cas"*. Dans ce cas, une consultation de l'enfant seul avec le médecin permettait une décision éclairée de sa part E10 l.646 *"mais quitte à ce qu'il consulte lui tout seul avec un docteur, pour se faire sa propre opinion"*.

La décision revenait complètement à l'enfant à partir d'un certain âge pour l'une des mères E7 l.511 *"la décision finale sera de l'enfant !"* même si les parents l'écoutaient E2 l.104 *"lui, il va déjà donner son opinion"*, l'orientaient et l'aidaient et qu'il lui fallait un délai de réflexion nécessaire avant de décider E7 l.495 *"je pense qu'il faut une première information, et puis après laisser le temps aux jeunes d'aussi de prendre le temps de réfléchir avant d'agréer et s'informer"*. De plus, certains considéraient que la transmission directe des informations les rendait acteurs de leurs propres choix E5 l.334 *"y'en a certains qui prennent les informations vraiment au sérieux et qui, qui peuvent devenir un petit peu acteurs de leur, de leur choix aussi"*.

Cependant, si l'enfant souhaitait se faire vacciner malgré l'avis contraire de ses parents, ils auraient attendu un argumentaire bien mené de sa part pour l'accepter, ainsi qu'un temps de réflexion E10 l.425 *"Il aurait fallu qu'il nous apporte de sacrés arguments"*, alors que d'autres ne s'y seraient pas opposés E7 l.522 *"mais après s'il dit « moi je veux, je veux », moi je vois pas pourquoi j'irai dire non en fait"*.

2. Discussion intrafamiliale

Pour certains parents, la discussion avait d'abord été menée entre eux avant de l'évoquer à l'enfant E10 l.393 *"on a discuté quand même beaucoup, d'abord entre nous deux, où on était plus ou moins, on était même sur la même longueur d'onde. Et après du coup ben on lui a évoqué le fait"*. Pour d'autres, l'enfant n'était pas inclus E10 l.393 *"Ben on va en discuter entre nous, mais entre nous deux surtout"*, surtout si le vaccin était facultatif E8 l.460 *(en parlant d'intégrer son fils à la discussion) "Pas sûr... ouais pas sûr de les avoir mis dedans"*.

Elle pouvait également se dérouler en famille E4 l.165 *"Moi je pense qu'on va surement en discuter tous les quatre"*. Ou bien séparément avec chaque enfant E7 l.483 *"c'est un truc que j'aborderais mais alors peut-être pas les 3 en même temps"*. Les parents devaient en être les initiateurs E10 l.374 *"Ça sera plus à nous d'aborder le... C'est pas lui qui va venir me poser des questions je pense"*.

Ils démarraient la discussion en leur demandant s'ils avaient déjà entendu parler du HPV E4 l.283 *"Leur demander s'ils en ont entendu parler, s'ils savent ce que c'est que le papillomavirus"*. S'ils n'étaient pas au courant, les parents les informaient l.92 *"On l'a informé par rapport au vaccin et justement, pourquoi ce vaccin, pourquoi, enfin nous en tout cas, on lui en parlait"*. La discussion familiale se faisait également afin de recueillir le

ressenti des enfants E4 l.156 *“Alors mon fils il est plus jeune, donc ça je vais échanger avec les garçons, avec eux pour avoir leur ressenti aussi”*.

Certains parents souhaitaient trouver un moment adéquat E3 l.114 *“je pense que si un jour où c’est le moment”* et un lieu opportun pour en parler E3 l.97 *(en parlant du moment où est venu ce sujet) “alors c’était pas du tout... on allait en voiture ”* tandis qu’un des pères estimait que cela devait être fait en consultation E6 l.322 *“Une consultation médicale serait plus adaptée à, à l’échange et à l’explication”*. Pour d’autres, cette discussion n’avait pas de moment dédié E6 l.219 *“ça s’est passé, suite à un repas ou un petit déj”*.

Plusieurs garçons n’avaient jamais abordé cette vaccination avec leurs parents E7 l.98 *“Et à aucun moment l’un des trois enfants, a discuté de ça et a évoqué le sujet avec vous ?” M7 : “Ah non du tout !”*. Les parents supposaient que c’était par omission E4 l.153 *“parce que mon fils étant un peu dans sa bulle parfois, peut être que le docteur lui en a parlé et qu’il nous l’aurait pas dit”* ou par difficulté de communication E8 l.187 *“Après mon fils il aura plus de mal à me parler”*. D’autres imaginaient qu’ils n’étaient pas au courant E4 l.151 *“lui n’a jamais entendu parler ni du papillomavirus ni de son vaccin”* tandis que certains fils avaient spontanément amené la conversation E3 l.85 *“moi mon fils m’en a parlé”*. Un autre garçon s’était renseigné auprès de ses parents E9 l.109 *“C’est lui qui a demandé”* après en avoir entendu parler pour sa sœur E9 l.249 *(en parlant de la vaccination de sa sœur) “Il est au courant quand même parce qu’on en a discuté à table et qu’il était là”*.

B. Facteurs intrinsèques au processus décisionnel

1. Position des parents face à la sexualité

a) *Maturité de l’adolescent*

La discussion avec leurs enfants pouvait dépendre de leur maturité E4 l.230 *“après ça dépend des enfants et de la maturité”*. Pour l’une des mères, les discussions et les sujets abordés n’étaient pas les mêmes en fonction de l’âge des enfants E7 l.614 *“12 ans je trouve que c’est important de discuter mais il y a des choses sur lesquelles... pas encore... pas encore !”* mais celles-ci étaient adaptées et l’avis de l’enfant comptait autant d’après certains parents E7 l.232 *“On ne discute pas de la même manière, et leur avis est important, mais d’autant plus à 17 ans je dirais. Même si déjà à 12 ans je trouve que c’est déjà important qu’il puisse, voilà...”*.

Le manque de maturité pouvait induire une rétention d'informations de la part des parents E1 l.259 *"C'est pas une prise de décision, une prise de décision il faut être beaucoup plus mature, réfléchi, et je pense pas qu'à 12 ans on leur donne toutes les clés"*. L'une des mères affirmait qu'elle aurait préféré que ses enfants soient plus matures pour aborder la vaccination E2 l.601 *"j'attends le bon moment, on va dire"*. Certains parents n'estimaient pas leur enfant suffisamment mature pour choisir sa propre vaccination E6 l.171 *"Je suis pas sûr qu'à 12 ans il soit en capacité de choisir, si s'il peut ou pas être vacciné"*.

Pour des parents, la demande d'informations ne serait pas venue de l'adolescent lui-même tant qu'il n'aurait pas acquis suffisamment de maturité E1 l.219 *"je pense que le lui ne nous en parlera pas [...] pour deux raisons : il est encore pas assez mature pour s'intéresser et pour pouvoir parler de ces choses-là"*. Il ne serait pas intéressé par un sujet ne le concernant pas directement E10 l.647 *"Mais je pense qu'il ne le fera pas sur des sujets qui lui paraîtront aussi vagues, et pas une menace encore une fois directe"*.

b) *Sexualité et adolescence*

Selon des mères, il existait un tabou à parler de la sexualité de ses enfants de manière générale E5 l.321 *"il y a malgré tout un petit, on va pas dire un tabou mais quand même, on est moins enclin à discuter de ça"* à cause d'une certaine pudeur, aussi bien chez les parents que chez les adolescents E6 l.226 *"De la pudeur, probablement des deux côtés"*. Certains parents paraissaient gênés d'aborder le sujet pendant l'entretien E4 l.128 M3 : *"non mais après il est assez grand quand même il sait ce que c'est que... "* [elle hésite] P3 : *"il sait ce que c'est mais..."* M3 : *"que voilà... [hésitante] euh les relations sexuelles... tout ça, il sait..."*.

L'adolescent était décrit par les parents comme curieux mais rapidement gêné d'en discuter avec eux E10 l.379 *"en fait s'il veut une information sur un sujet comme ça, il va nous la poser je pense, mais après une fois qu'on lui aura dit la réponse, il va couper court (rires)"*, préférant pour certains en parler entre frères E2 l.633 *"ils ont quand même 10 ans de différence, donc pour parler de sexualité [...] ils vont nous bannir à nous !"*. Certains adolescents ne se confiaient pas du tout sur le sujet E6 l.227 *"C'est qu'il se confie pas pour ce genre de choses"*. Un père supposait même que son fils était moins à l'aise pour parler de sexualité avec lui plutôt qu'avec un médecin E6 l.429 *"Peut-être qu'il sera moins à l'aise aussi pour poser des questions"*.

Du côté des parents, un des pères se moquait car sa femme considérait son fils encore petit E3 l.137 M3 : *"après c'est un bébé encore !"* P3 : *"voilà ouais ça je vous l'avais dit, ça restera un bébé !"*, ne l'imaginant pas avoir une vie sexuelle E3 l.323 *"Moi il me dit « j'ai une copine » je tombe dans les pommes quoi ! (Rires)"*. Ils auraient d'ailleurs abordé la sexualité avec lui sur le ton de l'humour E3 l.98 *"« écoute mon fils [éclats de rire] tu vas rentrer dans une période où... tes hormones vont... ahaha »"* ; E3 l.124 P3 : *"alors on va faire un dessin, non je rigole"* (Éclats de rire) M3 : *"tu vois cette bouteille de lait ?"* (Rires).

Un père estimait qu'il ne pouvait pas évoquer les sujets sur la sexualité avec son fils à l'âge de 11 ans E8 l.278 *"On peut pas aborder les rapports sexuels à 11 ans, c'est un peu tôt"*, ce que confirmait l'une des mères E3 l.108 *"on parle pas trop encore de tout ce qui est vie sexuelle tout ça, c'est pas encore..."*.

Un autre n'abordait jamais le sujet avec ses enfants selon son épouse E2 l.401 (en parlant de la sexualité) *"lui par contre voilà il parle pas du tout avec eux de ça"*. Il existait dans cette famille un frein à la discussion autour de la sexualité entre les enfants et le père E2 l.400 *"au niveau des convictions, il va pas parler avec eux de sexualité"* mais également entre la femme et son mari E2 l.421 *"[elle chuchote] il va pas parler de sexualité"* et elle ne souhaitait pas que son mari l'entende lorsqu'elle abordait la sexualité pendant l'entretien.

Certains parents ne s'étaient pas encore posés la question E6 l.226 *"c'est pas une question qui s'est posée jusqu'à présent"* et d'autres estimaient que la discussion sur la sexualité était ouverte dans leur famille E5 l.198 *"on leur explique les choses ... normalement ! Voilà sans, sans détour !"*.

Selon une mère, son mari avait plus de compétences pour parler intimité masculine avec son fils E5 l.503 *"disons que sur ce domaine-là papa va plus avoir les compétences que moi"*. D'autres parents n'y voyaient pas de contrainte E9 l.311 *"Quand il faut l'aborder en tout cas on peut l'aborder, voilà tout à fait, sans distinction entre la fille et le garçon, et entre papa et maman"* tandis qu'un des pères s'interrogeait sur sa relation avec son fils E8 l.190 *"Je sais pas si c'est le rapport père-fils qui est peut-être..."*. En effet, il aurait parlé plus facilement avec sa mère E8 l.189 *"Après je sais que si la maman était là encore, il aurait parlé plus facilement à sa mère qu'à moi"*. Une des mères confirmait que son fils n'avait pas de difficulté à dialoguer avec elle E1 l.416 *"mon fils c'est différent, parce qu'il n'a pas ce tabou avec moi, il me parle volontiers de tout et même de ses soucis intimes, donc je pense que je n'aurai pas de mal pour en discuter avec lui"*. Une autre considérait que sa présence aux consultations médicales et l'abord de la sexualité étaient liés E2 l.409 *"de manière*

générale tout ce qui touche à la sexualité, que ce soit vos garçons, votre fille c'est plutôt votre... "(interrompue) M2 : "oui moi oui parce que moi je vais chez le médecin".

Selon certains parents, il paraissait évident de parler de sexualité en abordant cette vaccination E5 l.621 *"On abordera la sexualité de toute manière"* E5 l.624 *"je vois pas par quel autre biais l'aborder"*. Ils auraient parlé du HPV et de sa vaccination comme ils auraient parlé avec eux des autres MST (Maladies Sexuellement Transmissibles) E7 l.204 *"commencer à en parler comme toutes les maladies sexuellement transmissibles"*. La sexualité et le vaccin chez le garçon étaient intrinsèquement liés E5 l.624 *(en parlant de la sexualité) "pour moi du côté garçon c'est vraiment lié à ça"*.

Ainsi, le moment idéal pour l'aborder aurait été lors de leurs premières aventures E1 l.294 *(en parlant de l'abord du vaccin) "sûrement quand il commencera à nous parler des filles quoi... [rires]"*, permettant de parler avec eux d'éducation sexuelle E4 L.216 *"en plus c'est l'occasion de discuter de tout un tas de choses autour de ce sujet"*. Des parents rapportaient avoir abordé de façon plus concrète le sujet de la sexualité avec leur fille de 17 ans qu'avec leur fils de 12 ans E9 l.247 *"On en a peut-être davantage parlé à notre fille de 17 ans à savoir si elle avait eu un rapport ou pas. Là la question était plus intime mais notre fils non non ça va"*.

D'autant que, selon les parents, certains adolescents ne se seraient pas sentis concernés tant qu'ils n'auraient pas eu de « vie amoureuse » E8 l.255 *"entre 9 et 11 ans ils n'ont pas de rapports sexuels, ils ont pas... ils sont pas encore, enfin ils sont pas sensibilisés"*. Au contraire, des parents ne percevaient pas de risque en absence de rapports sexuels E1 l.338 *"La question ne se pose pas encore. Parce que je ne le sens pas vulnérable pour l'instant et je me dis : j'ai le temps"*. Pour eux il n'y avait donc pas d'intérêt d'en parler tant qu'ils n'étaient pas exposés.

Pour certains travaillant dans le milieu médical, il n'était pas nécessaire d'évoquer la sexualité E6 l.219 *(en abordant la vaccination) "et on n'a pas développé le côté sexualité de la question"*, alors qu'un des pères avouait le faire avec ses patients en consultation E6 l.213 *"souvent en consultation je l'aborde, mais c'est vrai que je ne l'ai pas abordé avec mon fils"*. Il avait tout de même conscience de l'ambivalence de son rôle de père et de médecin traitant pour son fils E6 l.413 *"on mixe le rôle de parent et de médecin quoi"* et s'interrogeait quant au niveau d'informations délivré à son fils comparé à ses jeunes patients E6 l.426 *"il sera peut-être un peu moins bien informé que, qu'un patient de consultation"*.

Pour certains parents, l'orientation sexuelle de leur fils ne changeait pas leur manière d'évoquer cette vaccination *E5 l.621 "est-ce que ça changera quelque chose sur les explications qu'on donnerait ? Je pense pas..."*. Pour d'autres, leurs arguments pouvaient être modifiés justement car ils savaient que la transmission était plus fréquente dans les populations homosexuelles *E1 l.211 "y'a plus d'homosexuels qui sont touchés parce que c'est une population qui ont beaucoup plus de partenaires différents"*. Dans ce cas, ils auraient été orientés sur la protection individuelle du fils s'il était homosexuel *E4 L.457 "Étant des garçons, là pour le coup l'orientation sexuelle je pense qu'il faut convaincre, si orientation sexuelle, enfin si homosexualité quoi"*.

Si le fils était hétérosexuel, l'argumentation aurait été autour de la protection collective *E4 l.460 "Dans l'absolu on essaiera de convaincre par rapport à l'immunité collective"*.

Certains parents étaient sensibles à l'argument des cancers de l'anus, de la gorge et du pénis HPV-induits chez le garçon *E5 l.625 (en parlant de ce type de cancers) "sauf si effectivement, on m'explique des choses que je ne connais pas ou là ça dévira un peu notre argumentation"*.

Plusieurs pères associaient le GARDASIL 9® uniquement au cancer du col de l'utérus *E3 l.28 "pour moi c'était voilà le vaccin contre le cancer de l'utérus"*. La localisation de ce cancer pouvait rendre ce sujet difficilement abordable *E1 l.67 "la discussion démarre sur une localisation euh intime voilà. Et c'est juste ce point de démarrage qui crée l'intimité"*. Cela réduisait les discussions autour de cette vaccination *E1 l.56 "ça se sait pas, peut-être pour la notion de l'intimité"*, plus facilement abordés dans les relations père/fils et mère/fille *E1 l.70 "je pense que là c'est plus facile une maman avec sa fille, et peut être un papa avec son fils"*.

Pour certains parents, le GARDASIL 9® pouvait générer une libération des pratiques sexuelles et des comportements à risque *E4 l.262 "être vacciné, serait avoir une vie sexuelle de débauche"*. Cela entraînait chez eux une crainte que les enfants se pensent protégés de toute IST *E4 l.234 "et le fait ensuite « Ah je suis vacciné ça y'est je me protège plus !»"*. Au contraire, un des pères affirmait ne pas craindre ce risque *E6 l.401 "non, parce que si on fait bien le boulot on va quand même lui expliquer que ça protège pas de tout justement"*.

c) *Sensibilisation des hommes à la santé de la femme*

Certaines mères regrettaient que les hommes ne soient pas suffisamment sensibilisés aux pathologies féminines E10 l.502 *“il faut que tous les hommes (rires), ça a été un sujet trop tabou pendant trop longtemps [...]. Faut vraiment en parler.”* Pour y remédier, l’une d’elles souhaitait sensibiliser ses garçons en abordant la vaccination E5 l.145 *“sensibiliser le garçon à tous [...] les problèmes gynécologiques que les filles peuvent avoir”* afin de les responsabiliser dans la vie sexuelle des femmes E5 l.148 *“je trouve ça bien de pouvoir les rendre acteurs de ça”*.

Un des pères ne savait pas le rôle que jouaient les hommes dans la transmission du HPV jusqu’à ce qu’il ait connaissance de l’élargissement vaccinal E9 l.230 *(en parlant de la généralisation de la vaccination) “N’ayant pas d’utérus (rire) bon je me sentais moins concerné effectivement, mais ils ont leur petit rôle à jouer là-dedans c’est ça”*. Une mère s’est rendue compte que son mari, professionnel de santé, n’était pas assez sensibilisé au vaccin masculin E9 l.416 *(en parlant de son mari) “même en étant dedans, et beh voilà, il a pas plus forcément l’info par rapport aux garçons”*.

Certains hommes avaient notion de l’existence des frottis par le biais de leur épouse mais ne connaissaient pas le lien avec la recherche d’HPV E8 l.226 *“Et non... je n’avais jamais fait le lien entre frottis et recherche du papillomavirus [rire gêné]”*. Pour quelques-uns, ne pas avoir de fille induisait un manque de connaissance E5 l.34 *“j’ai pas toutes les infos moi, côté fille parce que voilà on a deux garçons”*.

2. Représentations autour de la vaccination

a) *Intérêt individuel et collectif*

Certains parents ne donnaient pas les mêmes arguments à leurs enfants en fonction de leurs traits de caractère E5 l.683 *“Le deuxième ce sera pas pareil je pense !”*. Certains l’auraient convaincu en lui parlant de sa protection individuelle E5 l.672 *“on peut plus facilement [...] le faire adhérer à l’idée par ce biais là en fait, pour sa protection à lui”* afin de lui éviter des consultations déplaisantes E6 l.385 *“ça peut lui éviter des consultations désagréables”*.

D’autres parents pensaient que ce vaccin n’aurait pas forcément eu d’intérêt direct chez leur garçon et souhaitaient lui dire E5 L.199 *“je pense qu’on lui dira que ce vaccin-là, peut-être que pour lui, il y a pas directement d’effets”*. L’absence de bénéfice personnel perçu chez le garçon pouvait, dans l’idée de certains parents, être un frein pour leur enfant E5 l.551 *“Que c’est plus dans l’intérêt des autres que dans le sien, il comprendra pas, il*

saura peut-être pas". Cela pouvait également l'être pour les parents E7 l.355 *"si j'avais suivi ma logique à moi, j'aurais pas tout de suite pensé à mon fils"*. L'intérêt qu'ils portaient au vaccin n'était pas le même pour leur fille que pour leur garçon E1 l.284 *"c'est vrai que j'aurais moins d'élan pour mon fils maintenant, que j'en ai eu pour les filles"*.

D'autres parents étaient d'avis que la vaccination était un geste de protection collective E5 l.578 *"parfois il faut te faire vacciner pour protéger les autres, c'est un risque en moins pour les autres donc..."* voire de respect pour autrui E3 l.226 *"c'est une question [...] de respect envers les autres"* car ils percevaient la diminution des risques de transmission du virus du garçon à la fille.

L'argument majeur en faveur de la vaccination masculine était la protection du/des partenaire(s) E5 l.811 *"l'argumentation principale resterait la protection des autres"*. Contracter le HPV pouvait entraîner une culpabilité vis-à-vis du partenaire et mettre un frein dans une relation future E3 l.279 *"je pense puisqu'il y aurait... une notion de culpabilité vis-à-vis de sa partenaire"*. Le parent craignait que son fils voie sa qualité de vie altérée en cas de contamination E3 l.272 *"je pense que sa vie intime serait perturbée"*.

Une des mères soulevait que cette vaccination permettait d'avoir des relations futures plus sereines E5 l.200 *"mais que ça peut rendre plus sereines les futures relations qu'il aura avec ses copines"*. Certaines espéraient que les futurs partenaires de leurs filles soient vaccinés pour les protéger E3 l.355 *"on aimerait bien que ses, ses futurs petits copains aient des parents qui aient pensé à elle"*.

b) Perception des vaccins obligatoires versus recommandés

Les vaccins obligatoires étaient perçus comme des rendez-vous rythmés et organisés E8 l.262 *"Quand on les emmenait chez le pédiatre, elle savait qu'ils avaient tel ou tel âge et que donc y'avait tel ou tel vaccin [...] enfin, tout est bien calé quoi"*. Les vaccins obligatoires étaient un acte à réaliser sans réflexion E9 l.188 *"Je ne réfléchis pas [...] il y a des vaccins à faire, je les vaccine"*. Pour certains, le lien entre utilité et obligation vaccinale était évident E8 l.145 *"les Hautes Autorités de Santé ont pensé le pour et le contre, et s'ils l'imposent c'est vraiment qu'il y a un bénéfice à en tirer"*.

A l'inverse, les vaccins recommandés n'apparaissaient pas comme une priorité E1 l.289 *"disons que pour l'instant c'est un sujet qui passe au-dessous de la pile des dossiers [rires]. Et qui ressortira un moment quand il va remonter"*. Plusieurs parents ne vaccinaient pas leurs enfants sans y être imposés E2 l.209 *"Tant que c'est pas imposé, on le fait pas"*. Ils se disaient réticents par cette absence d'obligation E7 l.418 *"le fait que ça soit non*

obligatoire ça m'influence clairement". Ceci complexifiait leur décision E7 l.370 *"les vaccinations recommandées, c'est toujours je trouve beaucoup plus compliqué que les vaccinations imposées par le carnet vaccinal clairement"*.

Cette perception était tout de même remise en question et critiquée par certains parents E7 l.387 *(en parlant de sa perception de la vaccination recommandée) "Mais c'est moche comme réflexion quand même"*.

c) En lien avec la COVID-19

La COVID-19 a permis à certains d'ouvrir des discussions intrafamiliales E7 l.591 *"et parce qu'il y a eu le COVID et ça a entraîné beaucoup de discussions intrafamiliales"* qui n'avaient jamais été abordées auparavant E7 l.598 *"en tout cas moi personnellement ça a ouvert des portes à la discussion"*. La considération de l'avis des adolescents dans le choix vaccinal a été modifiée E7 l.600 *"je me serais dit "la vaccination ça regarde les parents" mais là non, je pense que du fait que ça a été mis sur la table avec autant de questions, et d'interrogations..."*.

Certains parents supposaient même que la pandémie COVID-19 a permis de prendre conscience de la notion d'immunité collective et d'expliquer à leurs enfants l'intérêt général de la vaccination E5 l.576 *"c'est comme pour le Coronavirus finalement, on a expliqué aux enfants qu'il fallait mettre le masque pour protéger les autres !"*.

En revanche, cette vaccination a pu en occulter d'autres E6 l.241 *"on était partis sur la vaccination COVID et le truc était un peu sorti de la tête"*. Celle-ci a pu également entraîner une lassitude des injections E4 l.166 *"Mon fils à midi quand j'ai évoqué un vaccin, il m'a dit « Ah non hein ça suffit les vaccins là » (rires)"*.

d) Crainte des effets secondaires et de l'injection

Des parents disaient être réticents à la vaccination par peur des effets indésirables E9 l.199 *"c'est un vaccin qu'on, qu'on ne connaît pas forcément (...) y a des effets secondaires oui ? Est-ce que c'est vraiment utile ?"*. Cela pouvait engendrer une crainte d'endosser la responsabilité de ce choix pour leur enfant E1 l.354 *"si un de mes enfants développait quelque chose à cause d'un vaccin que je lui ai fait faire sans lui demander son avis et sans qu'il soit capable de comprendre ce que je lui faisais, je pense que je m'en voudrais, voilà, je m'en voudrais terriblement"*. Certains parents réclamaient d'ailleurs une obligation

vaccinale pour se dédouaner en cas d'effets secondaires E2 l.356 (*en parlant des vaccins recommandés*) "c'est comme tous les vaccins, je pense qu'il devrait même être imposé".

Le geste de l'injection du vaccin pouvait également être perçu comme un frein par certains enfants E5 l.292 "Après J... (le fils) il a, c'est plus l'aspect piqûre (rires)" mais pas pour d'autres E2 l.264 "non elle aime bien les piqûres".

Le GARDASIL 9® existant depuis plusieurs années E1 l.115 "le médecin traitant, elle m'a dit que ça faisait plusieurs années [...] que ça existait", cela rassurait certains parents sur l'absence d'effets indésirables E9 l.215 "peut-être que parce qu'il y a plus de recul par rapport à ça". La notion de balance bénéfice/risque était très parlante et permettait d'orienter leur choix de façon éclairée E1 l.162 "Elle parle toujours de la balance gain/risque, [...]. Le risque d'effets secondaires du vaccin et le gain de l'avoir fait, d'éviter cette maladie". Celle-ci était favorable pour des parents E5 l.282 "mais les conséquences sont sûrement moins risquées que le risque de développer la maladie pour laquelle on se fait vacciner".

e) *Place de la religion*

Plusieurs parents disaient ne faire aucun lien entre religion et vaccination E4 l.248 "En fait, je vois pas le rapport entre le vaccin et la religion". La religion n'intervenait pas dans leurs démarches E9 l.276 "des convictions ouais j'en ai, qui me sont propres, mais non, qui mettent aucun frein à rien d'ailleurs".

Une mère de confession musulmane affirmait que la religion ne rentrait pas en jeu dans ses décisions familiales E2 l.202 "il y a des choses qui ne sont pas autorisées et que l'on fait quand même [elle rigole]" et que les interdits religieux ne dictaient pas ses choix personnels E2 l.193 "c'est pas bien ce que je vais dire mais c'est pas un frein qui va....". Elle souhaitait concilier au mieux son mode de vie et sa religion E2 l.185 "donc j'essaie de concilier, enfin avec l'évolution de la vie quoi".

Un couple de confession juive expliquait que dans cette religion, tous les moyens devaient être employés pour préserver la vie de l'individu E3 l.246 "dans la religion juive, le plus important c'est la vie de quelqu'un".

C. Facteurs extrinsèques au processus décisionnel

1. Place du corps médical

Le médecin traitant était décrit comme une figure familière délivrant l'information vaccinale même si les explications n'étaient pas toujours fournies par celui-ci *E8 l.168 (en parlant du médecin traitant) "La personne qui est la plus à même de conseiller au mieux quoi !"* *E2 l.498 "Dr L. elle a dit « il faut le faire » mais elle n'a pas expliqué"*. Il devait même donner l'exemple pour les parents et avait pour rôle de convaincre ses patients au sujet de la vaccination *E1 l.459 "Vous connaissez mieux que nous, donc si déjà vous vous le faites, ça a un effet d'entraînement"*. Il était d'ailleurs perçu comme étant plus incisif que les parents pour leurs enfants et il pouvait être difficile d'avouer ne pas être en accord avec lui en tant que patient *E2 l.252 "elle va être plus tranchante avec eux"* *E2 l.261 "elle lui a rien dit, c'est après quand elle est sortie, elle m'a dit « non j'ai pas envie de le faire »"*.

L'impression d'un manque de disponibilité de sa part pouvait inciter à ne pas poser de questions *E2 l.508 "je sais qu'elle est quand même assez overbookée donc j'ai pas voulu trop la... déranger"*. Un père regrettait de n'avoir jamais eu l'opportunité de parler de sexualité avec son médecin traitant *E10 l.548 "j'ai jamais parlé sexualité avec un médecin"*. Pour certains parents, il était important que le médecin l'aborde directement avec les adolescents *E4 L.296 "et en plus à l'âge qu'ils ont, c'est, c'est vraiment des sujets importants à aborder"*.

De la même façon, le pédiatre pouvait avoir le rôle de médecin traitant dans certaines familles *E3 l.216 "je vois plus souvent mon pédiatre (rires) que mon médecin traitant !"*. Ce rôle de « référent pédiatre » arrivait en cas de carence d'accès à un médecin traitant *E10 l.230 "pendant tout ce laps de temps [...] on s'est pas acharné à chercher un médecin traitant, on avait ce pédiatre sous la main, qui finalement, quand on avait besoin de quelque chose, il répondait à nos attentes !"*.

Pour les parents, tout contact médical devait être l'occasion de parler de prévention *E1 l.430 P1 (en parlant d'un enfant suivi au CREPS) "Ouais mais il parle pas de vaccin" ; M1 : "Et bah c'est dommage. C'est un service médical"*. Ils remarquaient que les suivis médicaux spécialisés, par exemple pour les sportifs, n'abordaient pas toujours ce sujet *E1 l.440 "je pense pas qu'il lui ait déjà parlé de vaccination, de prévention, je sais pas, enfin c'est vraiment du sport basé sur le sport"*. Les enfants suivis pour des pathologies particulières par des spécialistes n'étaient pas amenés à consulter les généralistes, ce qui pouvait induire une carence en termes de prévention *E10 l.226 "c'est le fait de voir des médecins pour une spécialité, [...] qu'on n'avait plus besoin d'aller voir le médecin traitant pour des choses plus*

générales". Le fait d'être en bonne santé entraînait une diminution des consultations familiales, limitant la transmission d'informations E9 l.393 *"On est peu amené à consulter pour nos enfants, donc pour nous aussi [...] mais du coup les années passent et puis parfois on oublie"*.

Selon certains parents, les affiches dans les cabinets médicaux permettaient de mémoriser certaines campagnes de prévention mais ils disaient ne pas en avoir vu sur le GARDASIL 9®. Pour les parents, cet affichage permettait aussi d'introduire la conversation avec leur médecin E1 l.131 *"Notre médecin traitant parce qu'elle c'est une pro-vaccin [rires]. Dans sa salle d'attente y'a que des affiches sur la vaccination [rires]"*.

Des parents avaient évoqué l'utilité des flyers en salle d'attente E9 l.408 *"C'est vrai que depuis le COVID ils ont supprimé tous ces petits flyers et tout ça là"*. Toutefois des réserves étaient émises car les flyers sur le HPV pouvaient ne pas être récupérés par les jeunes de peur d'être jugés par leurs parents E9 l.452 *"Prendre un flyer, voilà dans une famille où le sujet peut-être un peu tabou, une jeune fille va pas forcément oser prendre le flyer"*.

Les écrans de diffusion en salle d'attente auraient pu aussi être un moyen de diffusion de l'information E9 l.454 *"Alors que là l'écran étant visible de tout le monde en salle d'attente, ça peut être voilà, un moyen de diffuser de l'info"*.

Les pharmacies exposaient des supports d'information médicale E9 l.402 *"pharmacie [...], il y a toujours un peu d'info là-dessus, sur les campagnes vaccinales, et tout ça"*. Cependant, il aurait fallu que l'information délivrée par ces pharmacies soit plus claire E9 l.405 *"C'est succinct, y'a le calendrier, il y a beaucoup de choses aussi qui s'additionnent alors je sais pas si..."*.

D'autre part, selon plusieurs parents, les consultations avec l'interne permettaient de refaire le point sur toute la prévention E9 l.68 *"parce qu'on a eu une consultation avec une interne, qui était sur la maison de santé là, qui a relancé un peu la discussion voyant que ça n'avait pas été fait quoi"*. L'interne permettait d'avoir un nouveau point de vue E9 l.372 *"Il y a un œil nouveau forcément sur la consultation, et on est peut-être moins dans la routine"*. Certains affirmaient même que lui seul leur avait proposé le GARDASIL 9® E1 l.97 *"le deuxième coup, c'est aussi l'interne"*.

Pour certains parents, travailler dans le milieu médical les sensibilisait aux vaccinations E9 l.142 *"on est davantage sensibilisé sur les vaccinations et sur l'intérêt de la vaccination"* mais ne ressentait pour autant aucune incitation à celle-ci E9 l.146 *"Ouais j'ai l'impression que oui, c'était pas une propagande due à mon métier (rires), je crois pas"*.

Un père avouait même ne pas être à jour des vaccins de ses enfants E9 l.72 *"Bon sachant qu'on n'est pas top top sur les vaccins (rires), on n'est pas contre hein, mais on a... c'est le cordonnier le plus mal chaussé comme on dit voilà !"*.

2. Pas de consultation dédiée à la sexualité chez le garçon

Les filles consultaient plus souvent les médecins à l'adolescence, en lien avec l'apparition des cycles menstruels E10 l.341 *"Beh en fait si j'avais une fille, elle aurait déjà commencé à avoir ses premières règles, [...] je l'aurai quand même emmené voir le médecin, [...] donc à ce moment-là [...] j'aurais eu plus d'informations sur le papillomavirus"*.

Les consultations chez la gynécologue ou la sage-femme étaient l'occasion pour les jeunes filles d'aborder la sexualité, alors que les parents remarquaient qu'il n'existait pas de consultation dédiée pour les garçons E9 l.441 *"il y a [...] cette facilité en tout cas, d'aborder ce sujet [...] avec aussi bien gynécologue ou avec la sage-femme, où les jeunes filles peuvent être un peu plus à l'aise pour aborder le sujet justement"*.

3. Place de l'entourage

Des parents avaient entendu parler de cette vaccination initialement chez la fille par leur entourage plus ou moins proche E2 l.159 *"mes collègues elles m'ont dit aussi"*. Cela les avait questionnés E5 l.114 *"c'est parce que dans notre entourage voilà, y'a eu la vaccination chez quelqu'un et ça... ça m'a alerté voilà"*. Certains en discutaient plutôt avec l'entourage médical E9 l.169 *"je me suis renseigné, j'ai pris mes avis surtout auprès des médecins plus que, plus que pour les amis"*. D'autres en parlaient avec l'entourage plus éloigné E2 l.411 *(en parlant de l'école) "je vais en discuter avec les mamans"* même si leur avis n'était pas forcément pris en compte E8 l.165 *"je vais pas m'arrêter au premier avis qui me dit 'non on le fait pas'"* et ne les influençait pas E5 l.122 *"si on prend la décision de le faire, c'est pour notre propre ... nos propres arguments, notre propre vision"*.

Le vécu de l'entourage pouvait créer de la défiance envers la vaccination E1 l.350 *"dans ma famille y'a une vaccination qui s'est très mal passée, donc bon, pour l'instant je suis freinée dessus"* mais aussi de la connaissance : un père était informé par ses proches qui avaient été atteints de cancers E7 l.285 *"ça je sais parce que j'ai perdu ma grand-mère et puis deux de mes tantes, du cancer du col de l'utérus"*. En revanche, d'autres n'ayant jamais eu d'entourage touché n'avaient jamais été influencé par ce biais E8 l.35 *"j'ai jamais été confronté, par rapport à un proche, ou je peux... mais voilà"*.

4. Place de l'école

L'abord de la vaccination à l'école pouvait être un support adapté à la sensibilisation sur les risques du HPV *E5 l.363 "l'école peut être un, un support pour faire passer le message"* mais pour d'autres, la promotion de la vaccination n'était pas son rôle *E5 l.364 "je suis pas sûr que ce soit le rôle de l'école de, à la base de ... Promouvoir une vaccination"*.

Les élèves avaient un temps dédié de passage devant l'infirmière scolaire, permettant de refaire le point sur la vaccination *E10 l.270 "au collège là [...] devant l'infirmière et ils regardent toute la liste des vaccins"*. Cependant, les parents émettaient des doutes quant au fait qu'elle transmette des informations sur le GARDASIL 9® *E10 l.271 "mais je suis pas sûre que... on n'a jamais eu de papier... même d'informations..."*.

Des cours d'éducation sexuelle étaient délivrés à l'école *E4 l.315 "Au collège ils ont des cours, tu as des aides personnalisées sur ces sujets là, sur la sexualité etc, l'utilisation du préservatif"* et les parents suggéraient que ça soit l'occasion d'informer les jeunes sur les MST et le HPV *E9 l.295 "et vu que maintenant il y a quand même dans les programmes d'éducation à la sexualité, ça peut être aussi un moment où on peut les sensibiliser justement sur les maladies, dont le HPV"*.

La question du support de transmission se posait *E6 l.309 "Sous quelle forme, ça reste à définir, je sais pas..."*, par exemple en faisant intervenir des médecins ou infirmières scolaires *E6 l.309 "Est-ce que c'est des informations de la part des médecins ou des infirmières, j'ai pas trop réfléchi à la question"* ou via des journées de sensibilisation sur le HPV, réalisées par des intervenants extérieurs *E5 l.398 "Malgré tout ça n'empêche pas que les intervenants extérieurs, ils fassent un ... une journée de sensibilisation"*. Ces journées auraient pu se dérouler sur le même modèle que les journées de sensibilisation aux MST *E5 l.405 "Comme ça se fait pour les MST hein"* et en dehors des salles de classe *E5 l.403 "Dans la cour ou je ne sais où"*.

Cependant, les enfants parlaient peu des sujets liés aux cours d'éducation sexuelle avec leurs parents *E5 l.425 "c'est par jardin secret, c'est parce que ce qui se passe à l'école reste à l'école"*. De plus, ils n'étaient pas informés par le collège des journées de sensibilisation qui pouvaient être organisées *E7 l.225 "On n'est pas informés en tant que parents sur ces journées-là"*.

Malgré tout, les différents thèmes abordés à l'école permettaient aux parents d'en reparler avec leurs enfants ensuite *E4 l.318 "souvent quand les jeunes en entendent parler, bah ça devient un sujet de discussion quand ils rentrent à la maison"*. En effet, ils remarquaient

qu'il était plus facile de discuter de certains sujets avec eux lorsqu'ils en avaient déjà entendu parler en amont E5 l.331 *"parce que beaucoup de choses quand même... quand ça passe par les enfants les parents arrivent mieux à..."*.

Les parents auraient souhaité avoir un complément d'informations écrit E7 l.205 *"Après nous, on peut avoir une information écrite en complément"*, par exemple via un mot de l'infirmière dans le carnet de santé E10 l.278 *"quand il passe devant l'infirmière pour, avec le carnet de santé [...] là en fait faire un petit mot explicatif aux parents [...] on aurait pu avoir eu l'information !"*, en sachant que certains jugeaient cela insuffisant E10 l.285 *"si je voyais juste un mot dans le cahier de correspondance [...] je sais pas si j'attacherai la même importance que si ça revenait dans les médias et qu'il y avait grande campagne nationale"*.

5. Informations délivrées par les médias

Plusieurs parents se souvenaient avoir reçu l'information concernant la vaccination GARDASIL 9® via les médias E3 l.173 *"franchement c'est les médias"*. Les délais des médecins pour les recevoir pouvaient les inciter à aller chercher l'information par eux-mêmes, principalement sur Internet E1 l.136 *"Elle a deux semaines à chaque fois de délai au moins minimum pour l'avoir, donc la première information [...] ça serait sur internet"*. Une des mères avait abordé la vaccination avec son médecin grâce aux campagnes de vaccination entendues au préalable E7 l.55 *"c'était par rapport à toute une période où il y avait vraiment une campagne"*.

En revanche ils notaient que ces campagnes ne ciblaient que les filles E5 l.51 *"c'était [...] les jeunes filles qui étaient [...] la première cible"* et que la radio ne parlait que du HPV et des risques chez la femme E1 l.303 *"C'est beaucoup plus médiatisé sur la maladie féminine. Je sais pas pour quelle raison, si c'est vrai ou pas, mais en tout cas c'est comme ça qu'on l'a connu"*.

Cela interpellait quant à l'intérêt du vaccin chez le garçon E7 l.353 *"Comme j'ai été vachement influencée par les campagnes liées au... Qui étaient très axées chez les femmes en fait [...] c'est vrai que je me dis que non, j'aurais pas fait vacciner... (en parlant de son fils)"*. Ils ne se sentaient pas incités à la faire E4 l.120 *"il y a aucune incitation à la vaccination"*. Son élargissement était perçu comme une invitation plutôt qu'une généralisation, avec une impression de faible promotion par le milieu médical E4 l.119 *"Vous parlez d'une généralisation de vaccination, moi j'entends plus comme une ouverture"*

à la vaccination parce qu'en fait il y a aucune incitation à la vaccination, ni par les praticiens, ni du reste du milieu médical à faire une vaccination généralisée”.

D'autres parents n'étaient pas au courant de l'intérêt de vacciner avant les premiers rapports sexuels E2 l.475 "je savais pas que c'était pour les filles qui avaient pas de rapport". Ils ne connaissaient pas l'âge de l'indication vaccinale E9 l.52 "Après l'âge limite, je sais pas, honnêtement je sais pas", ni ses intervenants E5 l.770 "Qui peut vacciner ? Enfin qui vaccine en l'occurrence en ce moment ? Les gynécos, les médecins traitant, l'hôpital ?".

Ils exprimaient un sentiment de défiance envers ce vaccin E4 l.371 "y'a une certaine défiance" et le reliaient à l'absence d'audience à son sujet E4 l.310 (en parlant d'une campagne médiatique) "Et finalement là on passe complètement sous les radars". La répétition de l'information aurait engendré une meilleure adhésion vaccinale E1 l.318 "je pense qu'inconsciemment quand ça martèle ça finit par rentrer". « L'effet de masse » inciterait à la vaccination E7 l.560 "l'effet de groupe, si les trois quarts de la population se vaccine, évidemment ça va entraîner la vaccination”.

En effet, pour certains, la médiatisation permettait l'information et influençait les choix vaccinaux E9 l.219 "ça influence un peu notre choix à faire ce vaccin parce que on est un peu plus informé". L'incidence du cancer du col de l'utérus augmentant, cela était de plus en plus entendu dans les médias E9 l.217 "t'en entends de plus en plus parler du cancer du col de l'utérus”.

Les parents soulignaient de plus un manque d'information des adolescents eux-mêmes E1 l.425 "ce qui est dommage, c'est que la tranche d'âge concernée ne soit pas aussi bien informée que les parents" alors qu'ils étaient les principaux concernés E7 l.188 "je pense aux collégiens ou même lyciens, j'estime qu'arrivé à cet âge-là il faut quand même eux qui se font vacciner". Les jeunes étaient sensibilisés à de nombreux sujets tels que la sexualité via des forums sur Internet E2 l.492 "des forums souvent ils voient, que ça soit sexualité ou n'importe quoi". Cependant, pour certains parents, laisser les jeunes s'informer par eux-mêmes pouvait entraîner des dérives sur leurs pratiques sexuelles E7 l.497 "même après avec toutes les dérives que ça peut entraîner aussi, quelle est la source”.

Ils suggéraient que les campagnes de vaccination à grande échelle ciblent directement les enfants E5 l.353 "la campagne peut être faite en passant par les enfants", par exemple dans les clubs de sport E9 l.465 "Mais du coup on fait quoi (rires), les clubs de

foot, de quoi ?" ou par les réseaux sociaux E5 l.348 "Un autre support où [...] les ados sont très, très accrocheurs, ça peut être les réseaux sociaux". Les enfants semblaient très réceptifs à ce mode de communication, tout comme les forums de discussion E4 l.317 "ça peut être aussi un forum pour aborder ce sujet-là avec les jeunes".

Pour plusieurs parents, les informations devaient être transmises en deux temps, aux enfants puis aux parents E7 l.195 *"faut que ça soit tourné vers eux, puis vers nous en fait. En deux temps"* car les enfants risquaient de ne pas transmettre l'information reçue à leurs parents E1 l.229 *"Des enfants de 12 ans qui viendraient parler à leurs parents, j'aimerais bien, enfin il faudrait une énorme campagne au niveau du collège. Et encore, que ça soit vraiment bien présenté pour que pour qu'il arrive en disant 'voilà on m'a parlé de ça, qu'est-ce que vous en pensez ?'".*

Certains suggéraient que la promotion vaccinale se fasse par une campagne de communication à grande échelle E10 l.285 *"pour que ça soit pris vraiment au sérieux [...] il faut vraiment que ce soit à l'échelle d'une campagne nationale de sensibilisation"* et estimaient que c'était aux organismes nationaux de santé publique de médiatiser la vaccination E4 l.307 *"L'ANSM (Agence Nationale de Sécurité du Médicament), c'est son rôle de faire des publications sur ce type de sujet"*.

D'autres proposaient la création d'une journée nationale de sensibilisation où les informations auraient été transmises et répétées à grande échelle E1 l.363 *"des journées de sensibilisation, ça arrive sur d'autres maladies, ça booste énormément la connaissance du sujet, il y a des journées mondiales du cancer du sein... etc. Ça oui, ça apporte énormément en termes de connaissances, ça sensibilise, ça permet de réfléchir. Au moins ça informe"*. Ils proposaient la création d'interventions éducatives à l'école en lien avec le HPV et le GARDASIL 9® E1 l.447 *"ça pourrait aussi être par le biais de questions civiques et morales"*.

Des parents suggéraient d'exposer l'évolution épidémiologique du cancer du col de l'utérus et autres cancers HPV-induits dans les différents pays où la vaccination était plus démocratisée E4 l.390 *"Ah ouais c'est dommage. Il faudrait présenter ce type d'exemple quoi (en parlant de l'Australie)"*.

V. Discussion

Notre objectif principal était d'explorer les freins et les leviers à la vaccination GARDASIL 9® selon les parents des garçons de 11 à 19 ans. Notre objectif secondaire était d'identifier les pistes et perspectives pour améliorer cette couverture vaccinale. A travers cette discussion, nous avons tenté d'identifier les facteurs influençant la balance décisionnelle entre le père, la mère et l'adolescent.

A. Exposé du modèle explicatif

Le schéma de la décision vaccinale qui est ressorti était une information médicale d'abord délivrée par le médecin à la mère. Elle avait ensuite un rôle de « receveur de l'information » puis de « transmetteur » à son mari et à son fils. Le père, initialement passif, devenait décideur avec la mère lorsqu'elle consultait son avis. Celui de l'adolescent était pris en compte en fonction de son âge et de sa maturité. La balance décisionnelle s'articulait donc autour d'une mère au rôle central dans la famille et de différents facteurs intrinsèques et extrinsèques.

Les facteurs intrinsèques qui ont été mis en évidence étaient :

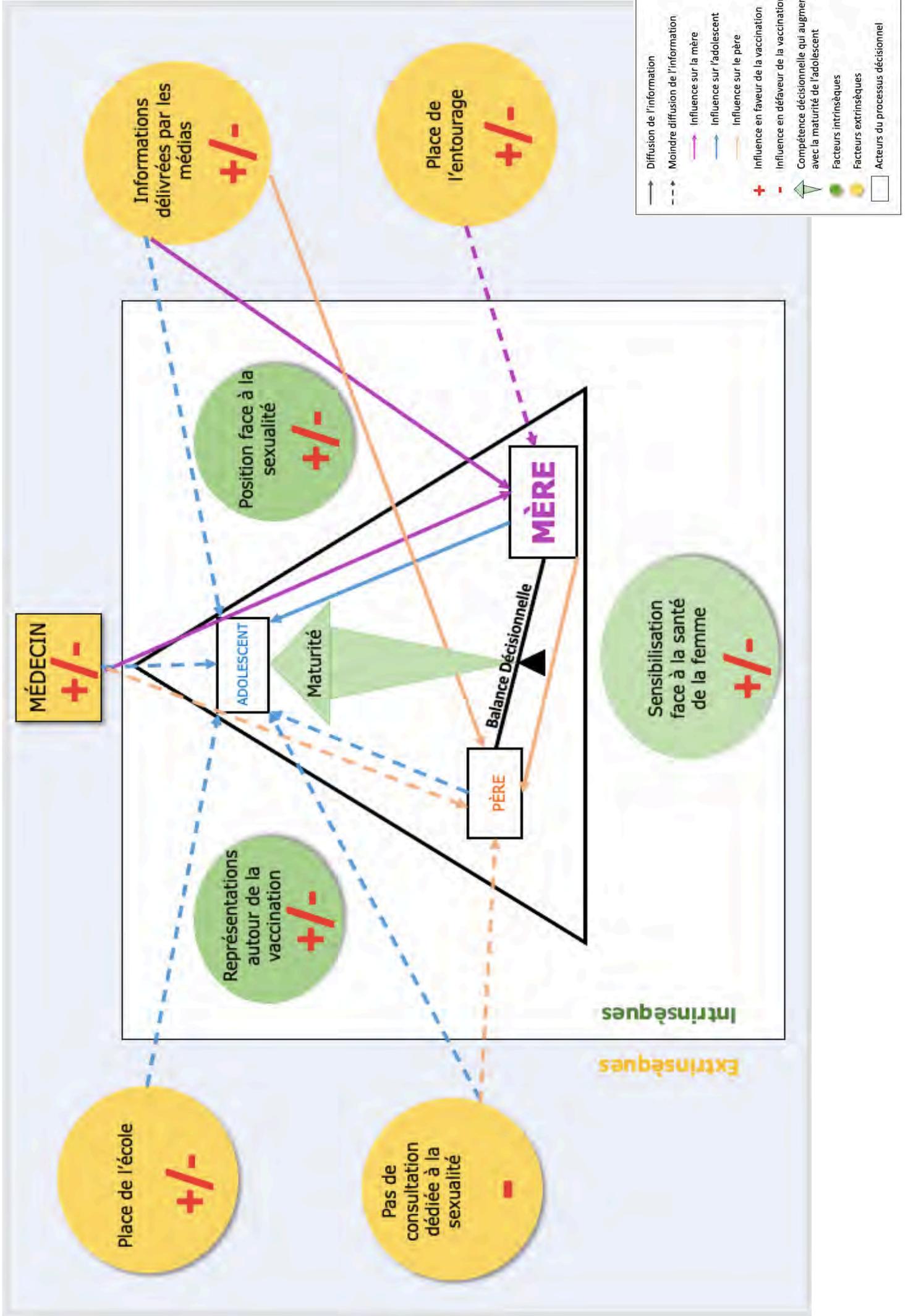
- o Les représentations autour de la vaccination ;
- o La position des parents sur leur sexualité et celle de leurs enfants ;
- o La maturité de l'enfant.

Les facteurs extrinsèques étaient :

- o Le rôle du médecin ;
- o La place de l'école ;
- o L'influence de l'entourage ;
- o L'absence de consultation dédiée à la sexualité du garçon ;
- o Les informations délivrées par les médias.

Ces facteurs influencent plus ou moins chaque membre de la triade et sont des facteurs plus ou moins promoteurs de la vaccination.

Carte Mentale



- Diffusion de l'information
- - -> Moindre diffusion de l'information
- Influence sur la mère
- Influence sur l'adolescent
- Influence sur le père
- + Influence en faveur de la vaccination
- Influence en défaveur de la vaccination
- Compétence décisionnelle qui augmente avec la maturité de l'adolescent
- Facteurs intrinsèques
- Facteurs extrinsèques
- Acteurs du processus décisionnel

B. Forces et limites

1. Forces de l'étude

Notre étude présente plusieurs forces, la première étant le choix de notre sujet qui est au cœur de l'actualité. En effet, notre travail de thèse a démarré en avril 2020 et le remboursement du vaccin généralisé aux garçons est proposé depuis janvier 2021. Il s'agit d'un sujet original et aucune étude n'était sortie au début de notre travail. Depuis, deux thèses étudiant les représentations des parents sur l'extension vaccinale aux garçons ont été soutenues courant 2022 et retrouvent de fortes similitudes avec nos résultats et nos analyses (28)(29).

Une autre force est le choix de notre méthode. La méthode qualitative nous semblait être la plus adaptée pour comprendre en profondeur la pensée, les émotions, le vécu et les représentations des parents interrogés. De plus, les deux parents étaient présents lors de la majorité des entretiens (huit entretiens sur dix), renforçant l'étude du processus décisionnel parental. Les entretiens individuels ont permis une grande liberté de parole pour les parents interrogés, nos entretiens ayant un lien avec la sexualité.

D'autre part, les critères des grilles RATS et COREQ ont été respectés :

- o L'échantillonnage a été réalisé avec une grande hétérogénéité de la population interrogée ayant permis une large diversité des réponses recueillies ;
- o La retranscription a été systématiquement retournée aux participants interrogés qui n'ont pas eu de modification à apporter ;
- o Une triangulation des données a été réalisée, ce qui a permis la mise en commun des analyses des chercheuses et des directeurs de thèse lorsque cela était nécessaire, ce qui a augmenté la validité interne de l'étude.

2. Limites de l'étude

Plusieurs limites sont également à noter. Tout d'abord notre manque d'expérience. En tant qu'interne puis remplaçante de médecine générale lors de l'étude, nous n'avions jamais réalisé de travaux de recherche de ce type au préalable, nous nous sommes donc formées progressivement au cours de notre travail.

Nous avons-nous-même réalisé les entretiens : l'une de nous le menait tandis que l'autre observait. Le but était de relancer la discussion lorsque cela était nécessaire tout en

s'effaçant le plus possible et de mener l'entretien par des questions ouvertes. La quasi-totalité des entretiens ayant été faite en visioconférence, enregistrée sur un dictaphone et retranscrite, une partie du langage non verbal n'a pas pu être retracée correctement, mais le rôle de l'observatrice était dédié à minimiser ce biais.

Le recrutement s'est fait au sein des connaissances de nos anciens maîtres de stage, dans les cabinets de remplacements ou par notre entourage personnel. Les participants ayant un lien personnel avec une de nous deux ont pu vouloir améliorer leurs réponses par biais affectif. Nous avons également pu interpréter positivement certaines de leurs réponses de façon inconsciente. Pour que cela perturbe le moins possible les réponses des participants et nos analyses, à chaque entretien, c'est la chercheuse n'ayant aucun lien personnel ou professionnel avec les participants qui le menait.

Certains parents nous ont dit s'être informés avant notre entretien sur le sujet, même si nous étions restées très évasives sur la nature de ce dernier dans la fiche d'informations préliminaire. Cela a pu influencer certaines réponses par la recherche d'informations réalisée par les parents au préalable mais cela n'a pas modifié le processus décisionnel global.

Le retour des participants sur les résultats n'a pas été sollicité par manque de temps, ils n'ont donc pas eu l'occasion de nous donner leur avis sur notre analyse.

Nous nous sommes questionnées sur la suffisance des données mais nous ne pouvons pas affirmer que les dernières données n'apportaient pas d'éléments supplémentaires. En revanche, aucun nouveau modèle familial n'a émergé au cours des derniers entretiens et cela n'a pas modifié le résultat global de notre étude.

C. Analyse du processus décisionnel

1. Diffusion de l'information

D'après nos résultats, les facteurs influençant la prise de décision vaccinale chez les parents vont être l'accès à l'information sur le virus, sur les maladies en découlant et sur le vaccin lui-même. Ces éléments vont moduler la discussion et la décision. Dans notre étude, l'accès à l'information chez les hommes sur les lésions possibles du HPV et la nouvelle recommandation vaccinale semblent restreints, nous avons donc souhaité les comparer à la littérature.

Une étude de 2020 portant sur les connaissances du HPV chez une population de patients consultant au CeGIDD (Centre Gratuit d'Information de Dépistage et de Diagnostic)

retrouve que 45 % de la population connaît l'existence du cancer du col de l'utérus comme conséquence de l'infection par HPV. Or, seulement 25 % est au courant des risques de verrues génitales, 10 % des cancers de l'anus et 7 % des cancers oropharyngés (30), ce qui est en corrélation avec nos résultats. Une autre étude de 2021 (31) étudiant l'état des connaissances du HPV chez une population de patients confirme cette tendance. En effet, on retrouve un score moyen des connaissances des participants de 4,97 sur 10.

Dans une étude suisse de V. Barras et M. Jacot-Guillarmod (32), les adolescents sont conscients que le HPV est une IST, mais plus de 80 % ne savent pas qu'il infecte aussi les hommes. Une étude évaluant l'état des connaissances des adolescentes (33) en 2019 montre une moyenne de 11,78 sur 20.

Les travaux de C. Grondin and al. (34) retrouvent des niveaux de connaissance sur l'HPV et le cancer du col significativement meilleurs chez les filles que chez les garçons, confirmant la tendance retrouvée lors de nos entretiens. Les connaissances insuffisantes sont notamment retrouvées chez les adolescents de moins de 18 ans, ceux ne parlant pas de ces sujets avec leurs parents et ceux provenant d'un faible niveau socio-économique. Une autre étude réalisée en 2019 chez des jeunes adultes brésiliens (35) a comparé les connaissances des hommes et des femmes sur le HPV et sa vaccination. Elle retrouve une proportion plus élevée de réponses correctes chez les femmes que chez les hommes.

Dans la littérature et dans nos résultats, les filles semblent avoir une meilleure connaissance du HPV que les garçons et cela dès l'adolescence. Il nous paraît donc important de leur délivrer l'information le plus tôt possible afin qu'ils connaissent leur rôle dans la transmission du virus et qu'ils soient acteurs de la décision vaccinale.

2. Place de l'adolescent

a) Le rôle de la maturité

Lors de nos entretiens, les parents ont abordé la notion de gradient de maturité afin d'estimer si leur enfant était capable de prendre une décision par lui-même. Nous nous sommes questionnées quant à l'existence de modèles décisionnels décrits dans la littérature et à quel degré l'adolescent pouvait s'impliquer dans ce processus.

Chez l'enfant, l'aptitude décisionnelle est difficilement définie car elle est déterminée en fonction de son âge et de sa maturité. Le plus souvent, les parents décident par substitution mais les médecins sont tenus d'évaluer les aptitudes cognitives en cours de développement de leur patient. D'après les lois encadrant les consultations avec les mineurs

(36)(37), l'âge du consentement et sa recherche doivent être faits systématiquement en fonction de sa maturité. Cela ne semble pas toujours être recherché lors des consultations selon les parents interrogés.

Dans l'étude de E. Karafillakis and al. (38) qui étudie le "rôle de la maturité dans la prise de décision des adolescents autour de la vaccination contre le HPV en France", on voit que l'implication dans le processus décisionnel est étroitement liée à la maturité des adolescents. En effet, certains adolescents décrivent des réactions paradoxales en agissant de façon contraire ou impulsive, alors que d'autres parlent de réactions plus rationnelles. Ces contrastes peuvent être dus à des degrés d'évolution de maturité différents aux mêmes âges.

Des adolescents jugent leur processus décisionnel comme instable car très lié aux informations qu'ils reçoivent par leur entourage, mettant en évidence différents types de décisions : les décisions émotionnelles et les décisions rationnelles (38). Le manque de maturité se retrouve sur le plan émotionnel car les adolescents décrivent cette tranche d'âge comme une période de changement, où les décisions rationnelles prennent le dessus sur les décisions émotionnelles à mesure qu'ils avancent en âge.

La maturité des adolescents évolue différemment pour chacun d'entre eux mais aussi selon leur sexe. Une étude menée en 2017 par P. Coupé and al. comparant des Imageries par Résonance Magnétique (IRM) cérébrales chez des filles et des garçons (39), montre que le cerveau des femmes atteint la maturité avant celui des hommes, entre un et trois ans plus tôt. Ceci est démontré en comparant les différences de taille de plusieurs composants du cerveau à différentes tranches d'âges ainsi que par l'évaluation des circuits neuronaux. Cela confirme ce qui est montré par JN. Giedd and JL. Rapoport en 2010 (40). Les parents pourraient avoir plus de facilité pour aborder la sexualité et la vaccination avec leurs filles plutôt qu'avec leurs garçons.

Au Royaume-Uni, la recherche de consentement des adolescents est possible via l'outil de compétence Gillick qui permet d'évaluer leur maturité pour prendre des décisions de façon autonome avant l'âge de 16 ans (41). Le risque de ce genre de situation est de court-circuiter les parents hésitants face au vaccin. Il est donc important de se concentrer sur l'évolution de la maturité des adolescents dans leurs propres décisions.

Une étude observationnelle de E. Miquel and al. (42), a pour but de valider le "Maturtest" (Annexe N°7) qui évalue la maturité des patients mineurs dans les processus décisionnels en matière de santé. Il mesure la maturité "morale" des adolescents, cette compétence étant la base de la maturité pour évaluer son aptitude dans la prise de décision.

Il s'agit d'un questionnaire composé de dix-sept questions avec des situations hypothétiques donnant lieu à un dilemme moral. Grâce à ce test, trois stades de maturité ont été établis. Ce test peut être utile pour évaluer la maturité des adolescents en consultation. Il doit néanmoins être testé dans un environnement clinique pour confirmer sa validité dans des situations particulières.

Au vu de la différence de maturité interindividuelle, il nous semble qu'une approche unique à la prise de décision ne peut pas être envisagée mais que des approches personnalisées doivent se concevoir.

b) Développement de la compétence décisionnelle

Nous nous sommes concentrées sur la prise de décision médicale chez l'adolescent en raison de l'âge de l'indication vaccinale. Selon la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), est adolescent "tout individu de 10 à 19 ans" (43). Durant cette période, la prise de décision est plurifactorielle.

Dans les faits, les adolescents peuvent être aptes à prendre des décisions seuls mais sont largement influencés par différents facteurs tels que l'impulsivité, les comportements à risque et la pression de l'entourage selon KW. Coughlin (44). Le milieu amical soumet une pression sur l'adolescent afin qu'il se conforme à son groupe. Cette pression est maximale avant 15 ans puis diminue ensuite, d'autant que cet âge est le point de bascule où ils estiment être suffisamment responsables pour prendre des décisions par eux-mêmes selon les travaux de L. Mann and al. (45).

Selon P. Grootens-Wiegers and al., le début de l'adolescence est marqué par le développement précoce du système de récompense du cerveau, combiné au développement tardif du système de contrôle qui vont diminuer la capacité de prise de décision (46). Les enfants deviendraient compétents à partir de 11,2 ans. Selon eux, quatre capacités sont nécessaires (46) : communiquer un choix, la compréhension, le raisonnement et l'appréciation. L'outil d'évaluation des compétences MacArthur propose de mesurer ces capacités (MacCAT : the MacArthur Competence Assessment Tool) (47)(48). Il s'agit d'un entretien conçu pour évaluer les capacités de prise de décision des patients en matière de soins médicaux, basé sur des travaux menés par PS. Appelbaum et T. Grisso (49)(50).

Les "compléments d'histoires de MacArthur" (51) sont un autre moyen d'évaluer le niveau de développement de l'enfant. Il s'agit de débuts d'histoires que l'enfant doit compléter. Les histoires sont écrites de telle sorte qu'elles permettent de percevoir le niveau de compréhension ainsi que les perceptions émotionnelles et relationnelles de l'enfant.

Selon L. Leiken et MD. Sanford, de nombreux enfants sont compétents pour prendre des décisions dès 12 ans (52). Cependant, cet âge limite ne permet pas de dire qu'ils deviennent compétents dans tous les domaines. Entre 12 et 14 ans, les adolescents ont moins la capacité d'identifier les risques et avantages d'une problématique, de prévoir les conséquences des alternatives et d'évaluer la crédibilité des informations (45). A 14 ans, l'adolescent peut délivrer son consentement éclairé selon Grisso, Melton et Pearce (45).

A partir de 15 ans, les adolescents ont un niveau de compétence relativement fiable dans la compréhension de la prise de décision, la résolution de problèmes, les choix et l'engagement (45). Les travaux de E. Miquel and al. (42) et L. Mann, estiment qu'ils développent une estime de soi suffisante pour prendre des décisions entre 15 et 17 ans.

Pour finir, sur la figure intitulée "Développement de la capacité de prise de décision" que celle-ci commence à un âge précoce et qu'elle continue de mûrir jusqu'à l'adolescence et même au-delà (46). Chaque période de développement maximal des capacités est grisée. Cette figure montre que les capacités et les zones cérébrales correspondantes ne se développent pas de manière synchrone : certains aspects de la capacité arrivent à maturité beaucoup plus tôt que d'autres. On se rend bien compte que cette capacité n'est pas un concept binaire mais bien une compétence qui s'accroît avec l'âge.

En raison de la variabilité inter et intra-individuelle à développer cette compétence décisionnelle, nous nous sommes rendues compte qu'il n'était pas possible de définir un âge universel pour l'acquérir. Autant sur le plan du droit que de l'éthique, il nous semble essentiel que les médecins et parents prennent en compte l'aptitude décisionnelle des enfants en fonction de chaque situation.

c) Adolescents et sexualité

L'adolescence est une période où le corps se transforme. Avant 11 ans, peu d'enfants présentent des signes pubertaires. Selon G. Kjellberg, ils ne se considèrent pas comme des adolescents et ne ressentent pas la volonté de parler de sexualité, voire peuvent même en être effrayés (53). Cela peut donc être un frein pour aborder le sujet tant que le développement pubertaire n'a pas débuté. Dans nos résultats, la gêne chez l'adolescent est le principal frein pour aborder ce sujet selon les parents. Il n'est pas rare de voir le jeune homme refouler toute conversation ou apprentissage en lien avec la sexualité. Seulement un adolescent sur cinq en aurait déjà parlé avec ses parents (54).

D'autre part, les garçons se confieraient à leur mère avant de parler de sexualité avec leurs amis, faisant ainsi du milieu familial la première source d'informations sur le sujet (55). De la même façon dans l'étude de 1998 de KS. Miller and al. (55), les adolescents des deux sexes rapportent davantage de discussions avec leur mère qu'avec leur père, les mères étant considérées comme les principales communicatrices dans le binôme parental à propos de la sexualité. En revanche, ils se confient à leurs amis plutôt qu'à leur père (54). Certains garçons ont tendance à n'en parler qu'avec leur entourage amical, ou à s'auto-informer via Internet. Son utilisation peut avoir des avantages comme des inconvénients en fonction des sites qui peuvent transmettre une vision altérée de la sexualité avec des propos et images parfois violents ou obscènes. Ces jeunes sont plus susceptibles d'avoir des comportements sexuels à risque (54).

Une enquête réalisée en 2013 sur des lycéens analysant leurs connaissances en termes de sexualité montre que malgré cela, elles sont insuffisantes pour presque 50 % d'entre eux en matière de sexualité et d'IST (34). Il nous paraît nécessaire d'améliorer la transmission d'informations aux élèves à propos de la sexualité par le biais de cours d'éducation sexuelle et de les relayer aux parents afin qu'ils prennent l'initiative d'en parler avec eux. L'éducation parentale et scolaire doit aider les adolescents à développer un sens critique sur les informations qu'ils reçoivent à propos de la sexualité.

Pour V. Guilamo-Ramos, la préadolescence serait le meilleur moment pour communiquer sur la sexualité avant qu'ils ne deviennent sexuellement actifs. Les enfants auraient une vision positive de celle-ci et seraient à l'écoute car ils auraient le sentiment de se rapprocher du statut d'adulte (56). En revanche, l'âge du premier rapport sexuel n'a pas changé et s'est stabilisé au cours de cette dernière décennie. Il est à 17,6 ans pour les filles, 17 ans pour les garçons et l'écart entre eux est le même qu'au début des années 2000 (57). Il nous semble que cela nous laisse suffisamment de temps pour pouvoir l'aborder avec eux en consultation avant leurs premiers rapports sexuels.

Du côté parental, nous avons ressenti à travers nos entretiens que la sexualité pouvait aussi être difficile à évoquer. Nous supposons qu'il existe un lien entre la position des parents face à la sexualité de leurs enfants et la perception de la leur, mais nous n'avons pas trouvé d'étude liée à cette hypothèse. Il nous semble qu'en discuter avec leur adolescent nécessite qu'ils reconnaissent eux-mêmes avoir une vie sexuelle et accepter que leur enfant puisse aussi en avoir une. La qualité de la relation du couple doit probablement interagir avec la communication parent-enfant.

D'après nos résultats, aborder ce sujet pour introduire celui du vaccin se révélait être indispensable et ouvrait la discussion sur les IST et la contraception chez certains parents, mais pouvait être un frein pour d'autres. Les mères paraissaient plus à l'aise que les pères pour en parler de façon générale, comme nous l'avons retrouvé dans l'écrit de J. Pelletier, où 70 % d'entre elles soulèvent le sujet auprès de leur enfant (54). Il nous semble néanmoins que tous deux ont un rôle important dans l'éducation à la sexualité de leurs enfants. Le livre "Corps et Préadolescence" de V. Vinel et N. Diasio révèle que les discussions familiales n'ont commencé à se libérer autour de la sexualité que dans les années 1970 (58), ce qui est assez récent. Elle décrit des discours hétérogènes à propos de l'abord de la sexualité dans chaque famille, où aucun schéma de discussion ne peut être proposé pour cause de fonctionnements différents.

Pour la HAS (59), déssexualiser ce vaccin conduirait à perdre un moyen de communication pour les parents qui utilisent la vaccination par GARDASIL 9® pour aborder la sexualité avec leur enfant. Au contraire, pour des parents plus conservateurs, la déssexualisation du vaccin conduirait à le favoriser. Certains chefs religieux déconseillent même cette vaccination (60), par crainte qu'elle favorise la promiscuité et l'activité sexuelle avant le mariage.

En parallèle, DM. Casciotti and al. (61) mettent en avant la crainte de certains parents que l'éducation sexuelle de leurs enfants puisse les inciter à débiter une activité sexuelle (62). PK. Kohler and al. infirment cette hypothèse, en relevant que moins de grossesses ont été déclarées chez les adolescentes ayant reçu une éducation sexuelle comparativement à celles n'ayant pas reçu d'éducation sexuelle formelle (63). De la même façon, les adolescentes ayant une éducation sexuelle tournée uniquement vers l'abstinence n'évitent pas plus les relations sexuelles que celles qui n'ont pas reçu d'éducation sexuelle (64). De plus, selon une étude datant de 1985 (65) sur la communication entre les adolescents et leurs parents à propos de la sexualité, aborder le sujet n'inciterait pas les adolescents à entreprendre des relations sexuelles.

Enfin, lors de nos entretiens, certains parents ont exprimé la crainte d'une libération des pratiques sexuelles de leur adolescent si celui-ci se sentait protégé par le vaccin GARDASIL 9®. Cependant, une étude américaine réalisée sur des adolescents soulève que plus de 90 % de ces derniers ne sont pas abstinents par crainte d'être contaminés par une IST (66) mais pour d'autres raisons (religieuses ou morales, peur d'être enceinte, ne pas avoir trouvé la bonne personne... etc).

Toutes ces données nous montrent que l'éducation à la sexualité n'inciterait pas les adolescents à démarrer une vie sexuelle. Par extrapolation, il nous semble qu'aborder ce sujet via la vaccination ne doit pas être un frein parental par crainte de provoquer une précocité des rapports sexuels.

3. Place des parents

a) *Rôle central de la mère*

A travers nos résultats, nous avons observé la place centrale de la mère dans la réception de l'information vaccinale, qu'elle transmet ensuite à son mari puis plus ou moins à ses enfants. Nous avons cherché à savoir si ce rôle maternel était retrouvé dans le suivi médical global de l'enfant ainsi qu'au sein de la vie familiale.

Les femmes ont toujours joué un rôle prépondérant dans la prise en charge de la santé de leurs proches. Historiquement, les rôles de guérisseuses et de sage-femmes leur étaient dédiés et tout ce qui concernait la santé de la femme et de l'enfant leur était réservé (67). Nous supposons que de ce fait, les mères de famille sont naturellement devenues l'intermédiaire entre le médecin et l'enfant.

Ce rôle maternel prédominant suscite beaucoup de recherches sur l'influence qu'elle peut avoir sur ses enfants. Une étude de 2007 de C. Andrade et AM. Fontaine retrouve cette place centrale au sein de la famille, qui la rend actrice dans la vie de l'enfant et dans ses choix, sans réelle limite d'âge (68). Comme nous l'avons vu dans nos résultats, elle joue un rôle principal dans la transmission d'informations à ses enfants et cherche à en avoir le contrôle pour être au centre du processus décisionnel.

D'après un article paru en 2010 dans "Le Généraliste" (69), les femmes consulteraient plus souvent leur médecin traitant que les hommes : celles-ci y vont au moins une fois de plus par an, et ce à presque tous les âges de la vie. Entre 18 et 25 ans, les femmes consultent en moyenne 3,8 fois par an leur généraliste et les hommes 2,8 fois, et entre 45 et 54 ans, 4,6 fois contre 3,8 fois pour les hommes. Selon l'INSEE (Institut National de Statistiques et des Etudes Economiques) (70), 88 % des femmes ont consulté un médecin généraliste en 2019 contre 80 % des hommes ; une différence qui est encore plus marquée pour le recours à un spécialiste : 53 % des femmes contre 42 % des hommes. En 2007, l'AAFP (American Academy of Family Physicians) soulève que plus de 50 % des hommes interrogés n'ont pas consulté de médecin au cours de l'année, et 29 % repoussent au maximum la consultation lorsque celle-ci est nécessaire (71). Nous supposons que cette différence est due aux

consultations liées à la contraception, au suivi de la grossesse et à la prise en charge de la ménopause. Nous remarquons par ailleurs qu'il n'existe pas de consultations types équivalentes chez les hommes.

Comme vu dans nos résultats et dans la littérature, les femmes ont souvent le rôle de référente du suivi médical de leurs enfants. Une étude mettant en parallèle des pères médecins et d'autres non médecins serait intéressante, pour analyser si le rôle de la mère est tout aussi prégnant dans ce suivi. Nous nous questionnons quant au lien possible entre la fréquence de leurs consultations et leur implication dans le suivi de leurs enfants. L'avis de la mère sur cette vaccination influencerait de plus le choix de ses enfants, en adoptant des schémas similaires à cette dernière, comme l'explique E. Karafilakis (38).

b) Place du père

Dans l'étude de la psychologue D. Paquette (72), une moindre implication de la figure paternelle ressort sur toutes les dimensions parentales, hormis celle des "jeux physiques". En effet, dès le plus jeune âge de l'enfant, le père a souvent le rôle du compagnon de jeu alors que la mère est perçue comme la source d'apaisement, de sécurité et qui prodigue les soins. La dénomination "relation d'activation" est utilisée pour décrire le lien père-enfant, tandis que le terme de "relation d'attachement" est emprunté pour qualifier la relation mère-enfant (73).

D'après une enquête de l'UNAF (Union Nationale des Associations Familiales) réalisée en 2016 (74), 56 % des pères expriment avoir le sentiment que la société considère leur rôle moins important que celui de la mère, 42 % disent que leur rôle est aussi important que celui de la mère, et seulement 1 % pensent que leur rôle est plus important.

Concernant le suivi médical de l'enfant, la majorité des pères le compare aux tâches ménagères et il serait réservé au rôle de la mère. Les hommes expriment avoir des difficultés à s'y impliquer sans pour autant donner de raison (74). De la même façon, lors des hospitalisations en pédiatrie, le père est le parent le moins souvent représenté pour accompagner l'enfant (75).

Nous nous sommes alors questionnées quant à l'existence d'un lien entre la fréquence des consultations des pères, leur moindre implication dans le suivi médical de leur enfant et l'abord de la sexualité. Nous l'avons vu, les parents ont le sentiment que les mères ont plus de facilité que les pères à s'adresser à leur enfant lorsqu'il s'agit de sexualité. D'après S.D. Randolph and al. (76), les obstacles qui interviendraient dans la communication seraient la

difficulté de parler de santé sexuelle avec leurs fils, le fait que ces derniers ne soient pas préparés à recevoir d'information à ce sujet et le fait que les pères ne parviennent pas à en discuter avec leur propre père. Les facteurs qui faciliteraient la communication seraient le fait qu'ils acceptent leur rôle de parent avec les responsabilités que cela incombe, une relation positive entre le père et son fils et la capacité des pères de parler de sexualité directement à leur fils. Il nous semblerait intéressant de poursuivre cette réflexion sur les causes des barrières à la discussion sur la sexualité entre le père et l'enfant afin de s'en affranchir.

Enfin, comme l'expliquent M. Le Guen and al. dans leur étude (77), le rôle des hommes a évolué au cours des années. Avant la législation de 1967, ils avaient un rôle central dans la contraception (interruption du coït...), alors que depuis l'introduction de la contraception orale et du stérilet, on observe un changement de rôle. Ces changements de pratique ont conduit à une médicalisation (78) et à une féminisation de la contraception (79), à tel point que les hommes apparaissent désormais comme très peu concernés dans la maîtrise de la fécondité. La question que nous nous sommes posée est la suivante : le manque d'implication dans l'éducation à la santé sexuelle de leur enfant est-il lié au désinvestissement masculin au sujet de la contraception ? Il serait intéressant de réaliser une future recherche à ce propos et d'évaluer s'il existe une évolution de l'abord du père sur la sexualité avec ses enfants.

4. Place du médecin traitant

D'après la WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians), la médecine générale est une médecine de famille, orientée vers les soins primaires (80). Du fait qu'elle soit le premier contact dans le système de soins, elle a une place toute particulière dans la promotion et l'éducation à la santé préventive, ainsi qu'un rôle spécifique de santé publique. Son approche est centrée sur la personne dans sa globalité, de sa dimension individuelle à familiale et communautaire, et est définie par un mode d'exercice particulier où la relation médecin-patient s'établit au fil du temps (80). La coordination des soins, le travail avec les autres professionnels de soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités sont des alternatives pour chaque patient.

Selon le Baromètre santé 2016, le médecin est la source d'information principale des parents : 81 % déclarent se tourner vers lui lorsqu'ils recherchent de l'information sur la vaccination de leur enfant. Il est également perçu comme la source la plus fiable, avec 95 % qui déclarent lui faire confiance (81). Actuellement, l'information du GARDASIL 9® ne

repose presque que sur les médecins généralistes et non sur les autres spécialistes selon le rapport du Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) (82). Nous avons pu voir à travers nos entretiens que les adolescents consultant fréquemment des spécialistes (médecin du sport, spécialistes d'organes, pédiatre) ont tendance à moins voir leur médecin généraliste. Nous pensons ainsi qu'il faudrait réintégrer ce dernier dans l'accès à l'information chez ces adolescents.

La prise en charge médicale de l'adolescent ne peut être comparée ni à la médecine adulte ni à la pédiatrie. Il s'agit d'une médecine à part, concernant une population particulière, prenant en considération les aspects physiques, psychiques et développementaux de l'adolescent. Le médecin doit s'intéresser à lui comme un individu à part entière et s'entretenir directement avec lui.

Cependant, sa prise en charge est intrinsèquement liée à l'avis de ses parents. Selon M. Caflish, cette consultation s'articule autour d'une triangulation entre l'adolescent, ses parents et le médecin (83), qui petit à petit évolue vers l'autonomisation du jeune adulte. Il nous semble que c'est au médecin de proposer progressivement de voir l'adolescent seul en consultation, pour ne pas le mettre dans une situation de « conflit de loyauté » face à ses parents. Une étude réalisée en France en 2011 révèle en revanche que 28 % des médecins pensent que l'âge recommandé pour la vaccination constitue un frein. Ils estiment difficile de parler d'IST avec une adolescente, et 50 % pensent qu'une vaccination plus précoce permettrait d'éviter cette discussion (84). Or les médecins se doivent de fournir aux adolescents et aux parents l'information nécessaire dont ils ont besoin pour participer au processus décisionnel. Autant que possible, il nous paraît évident qu'il nous faut rechercher le consentement ou le désaccord de l'adolescent. Ce trinôme doit collaborer pour trouver un accord qui repose sur l'intérêt de l'adolescent comme l'explique KW. Coughlin (44).

La communication avec l'adolescent lors de la consultation médicale répond, comme pour tout patient, à des règles particulières. Le médecin doit être capable de recueillir les informations et l'avis de celui-ci, ce qui est un exercice particulier. De nombreuses publications proposent des guides à l'intention du médecin, avec des solutions pour mettre à l'aise son patient et recueillir les bonnes informations. Par exemple, le guide de questionnement de Kleinman (85) pose neuf questions permettant de savoir ce que le patient a compris de sa maladie. Une brochure créée par la HAS (86) à destination du patient a pour but de le motiver à parler et à se livrer à son médecin. Ceci est important car comme nous l'avons vu dans nos résultats, certains adolescents n'osent pas s'exprimer devant le médecin lorsqu'ils ne sont pas en accord avec ce dernier. En revanche, nous n'avons trouvé aucun

article relevant le point de vue du patient dans cette situation. Il serait intéressant de réaliser une étude évaluant le ressenti du patient lorsqu'il n'est pas d'accord avec la proposition thérapeutique du médecin.

Dans notre étude, le modèle décisionnel le plus fréquemment décrit est une mère jouant un rôle moteur en allant chercher l'information chez le médecin et en la transmettant à son mari. Le père va alors se placer en "modulateur" en validant ou non la décision vaccinale. Les questions que l'on peut alors se poser en tant que médecin sont : faut-il cibler la diffusion de l'information uniquement auprès de la mère ? Faut-il attendre l'aval du père pour que la mère prenne une décision ? Quelles sont les pistes pour étendre la diffusion de l'information jusqu'au père et comment améliorer son inclusion médicale ? Comment adapter notre discours médical pour permettre une meilleure adhésion vaccinale ? Nous tenterons d'y répondre au mieux dans la partie suivante.

D. Perspectives et pistes d'amélioration

1. Varier les moyens d'informations à l'échelle collective

Afin d'améliorer l'accès à l'information, nous nous sommes interrogées au sujet des différents canaux de diffusion qui permettraient son optimisation. Nous l'avons vu dans nos résultats, les parents souhaitent que les cours d'éducation sexuelle dispensés au collège soient l'occasion d'informer les jeunes sur le HPV et sa vaccination. D'après le rapport du SAFE Project, ces cours ne sont obligatoires en France que depuis 2001 (87). Cette législation est donc récente et peut expliquer que ce sujet ne soit pas encore retrouvé dans les discussions familiales. Dans notre étude, les enfants avaient tendance à ne pas aborder l'éducation sexuelle transmise par l'école avec leurs parents. Il nous paraîtrait intéressant que d'une part, les professeurs évoquent le sujet du HPV lors des cours d'éducation sexuelle, et qu'ils relaient d'autre part, ces informations aux parents afin que ces derniers aient l'occasion d'en parler avec leurs enfants.

Dans nos résultats, selon les parents, l'information sur le GARDASIL 9® doit être donnée par les professionnels de santé au cours des consultations médicales ou bien dans l'enceinte du cabinet, par exemple dans les salles d'attente, même s'il n'y a pas d'obligation d'affichage (88).

Les écrans de télévision en salle d'attente peuvent également être un moyen de diffusion. Une étude réalisée en 2015 (89) a évalué le ressenti des patients après diffusion d'informations dans douze salles d'attente de cabinets médicaux via des écrans. La majorité

des patients sont satisfaits de ce projet et y trouvent des « intérêts éducatifs et informatifs ». Ils déclarent préférer l'écran numérique que les autres moyens de communication se trouvant en salle d'attente, permettant selon eux « une meilleure assimilation des informations ».

Dans notre étude, des parents signalent un manque d'informations de la population ciblée pour cette vaccination c'est-à-dire des enfants à partir de 11 ans. Pour y remédier, certains proposent de les transmettre via les activités sportives par exemple (club de sport...). D'autres proposent de transmettre les informations en deux temps : d'abord aux enfants via des campagnes de vaccination, puis aux parents.

En parallèle, des parents souhaiteraient voir la création d'une journée nationale de sensibilisation où les informations seraient transmises et répétées sur le rôle du garçon. D'autres évoquent des interventions scolaires en lien avec le HPV et le GARDASIL 9®. Plusieurs articles de journaux rapportent des journées ou semaines citoyennes existant déjà dans des collèges, abordant l'égalité filles-garçons (90)(91). Faire intervenir des médecins ou infirmières scolaires pour aborder ce sujet nous semble aussi être une perspective d'amélioration de la diffusion de l'information. Les parents proposent qu'elles se déroulent ailleurs qu'en classe afin de distinguer apprentissage scolaire et éducation sexuelle.

Lors de nos entretiens, certains parents ont proposé d'exposer l'évolution épidémiologique des cancers HPV-induits dans les pays où la vaccination est plus démocratisée afin que ces chiffres soient source d'exemple et de motivation pour les français. En effet, on sait qu'il existe une diminution de la prévalence des verrues ano-génitales chez les hommes ainsi que des lésions HPV-induites au niveau du col de l'utérus des femmes dans les pays adhérant à la vaccination GARDASIL 9® (59). Il nous semble que cela pourrait être un facteur promoteur d'en parler en consultation aux parents hésitants.

D'autre part, un sondage réalisé par Ipsos pour le Conseil National de l'Ordre en 2010 (92) révèle que 71 % des français vont sur Internet pour chercher des informations médicales. Cette source d'information permet au patient d'être acteur de sa prise en charge en lui permettant de se renseigner par lui-même, de mieux maîtriser le sujet et donc lui permettre de mieux participer aux décisions le concernant. Une brochure a été développée par les Hôpitaux Universitaires de Genève (93) à destination des usagers d'Internet, pour les aider à mieux chercher l'information et à mieux évaluer sa qualité. Il est important de savoir se renseigner de façon fiable car un lien a été fait par A. Gautier and al. entre l'information trouvée sur Internet et une mauvaise adhésion à la vaccination (94) : on note que lorsque les parents s'informent par ce biais, il y a davantage de risques que leurs enfants n'aient pas reçu

certain vaccins (notamment la vaccination Rougeole Oreillons Rubéole). Ce lien est majoré quand Internet est l'unique source d'information. D'après C.Paganelli and al., un autre moyen touchant la plupart des jeunes serait les réseaux sociaux (95), les adolescents étant très réceptifs à ce mode de communication.

La HAS tente actuellement de faciliter la diffusion de cette vaccination (59) en la recommandant dans des lieux multiples, notamment dans les lieux fréquentés par les populations défavorisées (centres d'examen de santé, CeGIDD, centres de planification familiale...).

2. S'appuyer sur le soutien de l'entourage dans la prise de décision

La structure familiale est importante pour que l'adolescent puisse s'impliquer dans la prise de décision, l'environnement familial étant capital pour façonner le développement de ses compétences. Il est décrit comme un "laboratoire" par Brown et Mann (96) dans lequel il découvre les facteurs que les autres membres de sa famille prennent en compte, apprend à communiquer et à négocier pour influencer ses propres décisions et est encouragé à faire des choix adaptés à son âge.

Selon Dornbusch and al., les adolescents vivant dans une famille monoparentale sont plus indépendants dans leur prise de décision comparés aux adolescents vivant dans une famille biparentale. La dynamique des parents va aussi jouer un rôle influant sur la participation des adolescents aux décisions familiales. L'implication des parents à la prise de décisions incite les adolescents à ne pas s'impliquer dans leurs propres décisions (45). De la même façon, dans les familles où la cohésion est faible et les conflits fréquents, les adolescents ne sont pas non plus incités à s'impliquer. Ainsi, nous pouvons suggérer que les ruptures de la structure familiale inhibent le développement de la compétence dans la prise de décision de l'adolescent.

L'idée serait d'impliquer directement les adolescents dans la prise de décision afin d'améliorer cette vaccination, aussi bien lors des consultations que lors des discussions familiales. Selon AM. Griffioen, les faire participer aux décisions en termes de santé sexuelle les rend responsables, mais les aide aussi à être plus autonomes dans leurs décisions (97), d'autant plus qu'ils expriment un désir d'être plus informés et plus impliqués comme décrit par R.Herman and al. (98).

Afin d'améliorer leur implication, une étude par AS Forster and al. basée sur des entretiens avec des adolescents a été faite (99). Ils ont établi un questionnaire éducatif

nommé “HPV Adolescent Vaccine Intervention Questionnaire” (HAVIQ, Annexe N°6) pour les 11-14 ans chez qui la vaccination GARDASIL 9 ® avait été proposée. À travers ce test, figurent quatre items pour détecter les changements perçus dans ces domaines avant et après une intervention pédagogique par un professionnel. Ce questionnaire a été conçu pour évaluer l’impact d’une intervention au sujet du HPV sur le processus de décision chez l’adolescent. Il repose sur ses connaissances et son vaccin, l’implication des adolescents dans le processus de prise de décision, la peur et l’anxiété associées au vaccin et l’auto-efficacité (croyance qu’a un individu en sa capacité de réaliser une tâche (100)) à recevoir le vaccin. Les résultats de cette étude suggèrent qu’une meilleure connaissance du HPV chez les adolescents faciliterait leur participation au processus décisionnel.

D’autre part, la Théorie du Comportement Planifié (TCP) décrite par ME. Stout and al., permet d’expliquer l’engagement dans un comportement particulier, en analysant les attitudes, l’auto-efficacité (ou la notion anglaise de self-efficacy (100)), les intentions et les normes sociales subjectives (101). La TCP fournit un cadre pour les études sur les intentions et l’adoption du vaccin contre le HPV chez les étudiants et les jeunes adultes.

Une “auto-efficacité” importante pour la vaccination contre le HPV est associée à une augmentation de l’acceptabilité et des intentions du vaccin. Les attitudes à l’égard de la vaccination contre le HPV sont une autre construction qui explique la relation entre les normes sociales et les intentions de vaccination. La théorie suggère que la perception positive de certains adolescents envers ce vaccin augmente les intentions de vaccination de leur entourage et, inversement, une mauvaise perception de cette vaccination peut entraîner une inaction. Cette étude est la première à analyser de manière quantitative les mécanismes où les normes sociales (médecin, parents, amis) peuvent affecter les intentions de faire le vaccin ou non. Les résultats suggèrent que percevoir du soutien de la part de ses amis, de ses parents et de son médecin pour la vaccination contre le HPV est lié à une plus grande auto-efficacité pour la vaccination qui, à son tour, est liée à une augmentation des intentions de vaccination. Ces conclusions sont pertinentes avec nos résultats où le soutien de l’entourage des adolescents renforce leur auto-efficacité pour la réalisation du vaccin anti-HPV du point de vue des parents.

Enfin, R. Pauzé et J. Petitpas ont évalué les différents fonctionnements intrafamiliaux et recensé douze modèles existants de fonctionnement ainsi que plusieurs grilles d’évaluation de ces derniers (102). Par exemple, le « modèle des compétences familiales » s’appuie sur la compétence (capacité de la famille à accomplir les tâches principales qui lui sont dévolues) et sur le style familial (style centripète, famille unie, ou style centrifuge, où

les satisfactions relationnelles sont recherchées principalement en dehors de la vie familiale). Le « modèle circomplexe », lui, est conçu pour poser un « diagnostic relationnel » à partir de trois dimensions fondamentales du fonctionnement familial que sont la cohésion, la flexibilité et la communication. Cet article permet d'identifier les principales dimensions à considérer lors de la prise en charge d'une famille. Cela peut nous servir lors des consultations pour identifier les différents fonctionnements familiaux et de nous permettre d'avoir l'attitude la plus efficace possible.

3. Optimiser les temps dédiés à la prévention sur la santé sexuelle à l'échelle individuelle

Au vu du rôle central de la mère, il nous paraîtrait intéressant de profiter de sa consultation gynécologique (ou lors son FCU) pour aborder la vaccination GARDASIL 9® de ses fils. Nous n'avons en revanche pas trouvé si cela était déjà fait par les gynécologues, sages femmes ou médecins généralistes dans la littérature. En plus des rendez-vous gynécologiques, il existe dès l'âge de 15 ans et jusqu'à 18 ans, des consultations chez les filles prises en charge à 100% pour aborder la contraception et la prévention des IST (103). Selon nous, tous les médecins généralistes devraient se servir de ces consultations pour aborder la vaccination chez la fille.

Il n'existait aucune consultation de prévention et d'information sur la santé sexuelle similaire pour les hommes jusqu'au 1^{er} avril 2022, où elle a été étendue chez eux jusqu'à 25 ans (104). Il nous semble qu'elle est l'opportunité parfaite pour introduire le vaccin anti-HPV.

Comme nous avons pu le voir, ceux qui ne s'informent pas sur Internet ont moins l'occasion d'entendre parler de la vaccination et de sexualité par rapport aux femmes car ils consultent moins (69). Poursuivre cette réflexion en proposant des consultations dédiées à la vaccination pendant l'adolescence du garçon serait pertinent. Créer une ritualisation de consultations dédiées au GARDASIL 9® chez les jeunes hommes permettrait également de parler des changements pubertaires et de santé sexuelle chez le garçon.

Depuis mars 2019, il existe justement trois nouveaux examens après 6 ans (105) : entre 8 et 9 ans, 11 et 13 ans et 15 et 16 ans. Ils peuvent être l'occasion d'aborder la vaccination GARDASIL 9®, car entre 11 et 13 ans et 15 et 16 ans, une partie de la consultation peut se faire sans les parents, d'autant plus qu'il n'existe pas d'âge légal en France pour recevoir un patient mineur seul en consultation (37). Comme vu précédemment, les adolescents auraient plus de facilité à aborder le sujet de la sexualité avec leur mère. L'idée de réaliser cette

consultation médicale en sa présence suivie de l'adolescent seul nous paraît intéressante à développer afin qu'ils puissent en discuter ensemble ultérieurement.

Leur inclusion dans le dépistage des lésions HPV-induites pourrait être une autre alternative, en leur parlant des condylomes lors du rappel vaccinal du DTP (Diphtérie Tétanos Poliomyélite) à 11 ans ou lors de la consultation de suivi recommandée par l'Assurance Maladie entre 15 et 16 ans, ou encore au cours du rappel vaccinal du DTP à 25 ans.

Une autre de nos suggestions du côté parental serait d'améliorer l'implication des hommes dans l'éducation à la sexualité en les sensibilisant mieux à leur rôle dans la procréation et dans la transmission du HPV. Aborder plus fréquemment le sujet de la sexualité avec le médecin pourrait ensuite ouvrir le père à la discussion intrafamiliale. Le livre de C. Vermont "Corps, amour, sexualité : les 100 questions que vos enfants vont vous poser" (106) est un très bon outil de vulgarisation de l'information autour de la sexualité et permettrait de faciliter le démarrage du dialogue père-enfant.

Pour finir, en tant que médecin généraliste spécialiste de la dynamique familiale, nous sommes le levier central de cette négociation complexe qui fait intervenir l'enfant et son degré de maturité ainsi que les parents et leur position sur la sexualité. Nous sommes les référents dans la diffusion et la décision vaccinale du GARDASIL 9®.

Grâce à notre analyse des comportements intrafamiliaux, nous pouvons proposer différents axes de prises en charge en fonction des familles en faisant le lien entre parents et enfants lorsque la communication est difficile. Une approche globale, familiale et centrée sur les personnes nous semble nécessaire et nous devons avoir une place prépondérante en coopération avec les tutelles afin de multiplier l'information. Il nous semble donc nécessaire d'insister sur l'optimisation des temps dédiés à l'éducation et à la prévention à la santé sexuelle, aussi bien à l'échelle collective (collège, campagnes d'informations, écrans dans les salles d'attente ...) qu'individuelle (consultations médicales, aide à la discussion intrafamiliale en fournissant par exemple, des supports adaptés tel que le livre de C. Vermont cité précédemment). A l'échelle nationale, il est intéressant de noter que le ministre de la santé est défini comme « ministre de la santé et de la prévention » depuis mai 2022. La priorité gouvernementale doit se concentrer elle aussi sur la prévention autour de la santé sexuelle.

VI. Conclusion

Les hommes sont autant concernés que les femmes par le papillomavirus humain, qui est responsable de lésions bénignes de type condylomes et de cancers masculins HPV-induits. Les études s'intéressant aux pays où l'adhésion vaccinale est forte sont unanimes quant à la diminution de ces lésions. Notre thèse est un sujet d'actualité car l'élargissement du GARDASIL 9® aux garçons sans distinction d'orientation sexuelle date de janvier 2021. Elle portait sur les freins et les leviers à cette vaccination selon les parents des garçons de 11 à 19 ans ainsi que sur les pistes d'amélioration pour étendre l'adhésion vaccinale.

La décision vaccinale contre le HPV est complexe et plurifactorielle. Elle fait intervenir des facteurs extrinsèques (niveau et qualité des sources d'informations) et intrinsèques (représentation de la vaccination, maturité, compétence décisionnelle, position des parents face à la sexualité) dans une triade "mère/père/adolescent". Les rôles des parents dans cette dynamique sont répartis avec une mère active dans la diffusion de l'information, un père souvent passif et un adolescent se laissant guider par les choix de ces derniers. On note un manque d'implication global des hommes dans le suivi médical (le sien et celui de la femme et l'enfant) tandis qu'il existe une ritualisation médicale chez la femme lors de la puberté avec des consultations dédiées. Il serait intéressant de poursuivre les recherches sur le lien entre la fréquence des consultations médicales des femmes et des hommes et leur implication dans le suivi médical de leurs enfants.

Cette vaccination est en lien avec la sexualité pour beaucoup de parents, ce qui peut en faire aussi bien un frein qu'un facteur promoteur. Certains parents souhaitent profiter de ce vaccin pour aborder le sujet de la sexualité tandis que pour d'autres, en parler ferait craindre une activité sexuelle précoce. Ces craintes renvoient sûrement aux perceptions de leur propre sexualité. Les discussions à ce sujet sont majoritairement abordées par la mère, même s'il plane une certaine pudeur, entraînant une mauvaise connaissance des enfants sur la sexualité et sur le HPV. Il faudrait s'intéresser ultérieurement aux pistes à explorer pour s'affranchir des barrières entre le père et le fils dans l'abord de la sexualité.

L'adolescent se construit tout au long de l'âge de la recommandation vaccinale. Nos recherches ont permis de mettre en évidence des tests pour mesurer à quel degré d'implication l'adolescent peut être intégré dans ce processus, en fonction de sa maturité et de sa compétence décisionnelle.

Dans la littérature, les femmes ont une meilleure connaissance du HPV que les hommes et ce, dès l'adolescence. Il apparaît donc nécessaire de délivrer l'information le plus tôt possible chez les garçons afin qu'il n'y ait pas d'inégalité de connaissances chez l'adolescent mais aussi, plus tard, chez le père. Informer le public concerné dès l'âge de 11 ans aussi bien à l'échelle collective (collège, campagnes d'informations, écrans dans les salles d'attente ...) qu'individuelle (consultations médicales, aide à la discussion intrafamiliale en fournissant par exemple, des supports adaptés) est primordial. Il serait intéressant de réaliser une future thèse qualitative sur la perception des garçons à propos du GARDASIL 9®. Se questionner sur l'amélioration de l'accès à l'information des adolescents qui ne vont pas chez le médecin généraliste serait aussi important.

Le médecin traitant est au cœur de la dynamique familiale. Il doit davantage affirmer son rôle de médecin de famille en délivrant systématiquement l'information vaccinale des garçons lors des consultations gynécologiques de leur mère. Inclure les hommes dès leur adolescence dans le dépistage des condylomes pourrait aussi leur permettre d'être sensibilisés à leur rôle de vecteur du HPV. Instaurer des consultations systématiques à l'entrée de l'adolescence chez les garçons permettrait d'introduire cette vaccination et de faire de la prévention des conduites sexuelles à risques et des IST. L'âge des premiers rapports sexuels étant stable autour de 17 ans, les médecins ont le temps de programmer une consultation dédiée avec le jeune homme entre ses 11 et 19 ans. Aborder plus fréquemment le sujet de la sexualité en consultation avec les pères pourrait aussi ouvrir à la discussion intrafamiliale.

La complexité de ce processus décisionnel rend nécessaire de proposer une diversité de discours, aussi bien auprès de l'adolescent que de ses parents, afin d'optimiser cette adhésion vaccinale. Elle fait intervenir l'enfant et sa maturité ainsi que les parents et leur position face à leur propre sexualité. Nous, médecins référents de la décision vaccinale, devons l'appréhender dans une approche globale afin de multiplier l'information de prévention.

Vu
Toulouse le 02/04/2023


Le Président du Jury
Professeur RIZZO MESTHÉ
Médecine Générale

Toulouse, le 03/01/2023

Vu et permis d'imprimer
Le Président de l'Université Toulouse III – Paul Sabatier
Faculté de Santé
Par délégation,
La Doyenne-Directrice
Du Département de Médecine, Maieutique, Paramédical
Professeure Odile RAUZY



VII. Références bibliographiques

1. Alain S, Hantz S, Denis F. Papillomavirus : les virus et la physiopathologie de l'infection. Médecine Thérapeutique Pédiatrie. 1 janv 2010;13(1):5-19.
2. Fiche repère INCa : Papillomavirus et cancer – ONCORIF [Internet]. [cité 21 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.oncorif.fr/fiche-repere-inca-papillomavirus-et-cancer/>
3. Infection aux Papillomavirus (HPV) et risques de cancer • Cancer Environnement [Internet]. [cité 21 sept 2022]. Disponible sur : <https://www.cancerenvironnement.fr/fiches/expositions-environnementales/infection-a-papillomavirus-humains-hpv/>
4. Dépistage des lésions dysplasiques anales. SNFCP 2019 [Internet]. [cité 22 sept 2022]. Disponible sur : <https://www.snfcf.org/informations-maladies/infections-sexuellement-transmises/depistage-des-lesions-dysplasiques-anales/>
5. Les condylomes de l'anus - SNFCP 2017 [Internet]. [cité 22 sept 2022]. Disponible sur : <https://www.snfcf.org/informations-maladies/infections-sexuellement-transmises/condylomes-de-lanus/>
6. Papillomatose respiratoire récurrente - Problèmes de santé infantiles ManuelsMSD pour le grand public. [Internet]. [cité 22 sept 2022]. Disponible sur : <https://www.msmanuals.com/fr/accueil/probl%C3%A8mes-de-sant%C3%A9-infantiles/maladies-de-l-oreille-du-nez-et-de-la-gorge-chez-l-enfant/papillomatose-respiratoire-r%C3%A9currente>
7. SPF. Dépistage organisé du cancer du col de l'utérus. Définition des indicateurs de performance et format des données pour l'évaluation du programme national [Internet]. [cité 22 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/depistage-organise-du-cancer-du-col-de-l-uterus.-definition-des-indicateurs-de-performance-et-format-des-donnees-pour-l-evaluation-du-programme-nat>
8. Cancer du col de l'utérus et Papillomavirus. Institut Pasteur. 2015 [Internet]. [cité 21 sept 2022]. Disponible sur : <https://www.pasteur.fr/fr/centre-medical/fiches-maladies/cancer-du-col-uterus-papillomavirus>
9. Cancer du col de l'utérus et facteurs de risque • Cancer Environnement [Internet]. [cité 22 sept 2022]. Disponible sur : <https://www.cancerenvironnement.fr/fiches/cancers/cancer-du-col-de-luterus/>
10. HPV Vaccination and the Risk of Invasive Cervical Cancer - PubMed [Internet]. [cité 21 sept 2022]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32997908/>
11. Institut National du Cancer. synthese_10_arguments_cles_vaccination_hpv. [Internet]. [cité 21 sept 2022]. Disponible sur : https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjgpDxkaj6AhVegM4BHRd6BesQFn_oECAMQAw&url=https%3A%2F%2Fwww.ecancer.fr%2Fcontent%2Fdownload%2F288616%2F4107467%2Ffile%2FSynthese_10_arguments_cles_vaccination_hpv_20200414.pdf&usq=A0vVaw3C2NobGHBVLXXRmYPEq0Iz
12. La vaccination contre les infections liées aux papillomavirus humains (HPV) pour prévenir les cancers - Agents infectieux [Internet]. [cité 22 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Facteurs-de-risque-et-de->

13. Nouvel avis sur la vaccination contre les infections à papillomavirus humains chez les garçons VIDAL. [Internet]. [cité 22 sept 2022]. Disponible sur : <https://www.vidal.fr/actualites/19633-nouvel-avis-sur-la-vaccination-contre-les-infections-a-papillomavirus-humains-chez-les-garcons.html>
14. La HAS recommande de vacciner aussi les garçons contre les papillomavirus. Haute Autorité de Santé. [Internet]. [cité 22 sept 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3135747/fr/la-has-recommande-de-vacciner-aussi-les-garcons-contre-les-papillomavirus
15. Very Low Prevalence of Vaccine Human Papillomavirus Types Among 18- to 35-Year Old Australian Women 9 Years Following Implementation of Vaccination | The Journal of Infectious Diseases | Oxford Academic [Internet]. [cité 22 sept 2022]. Disponible sur: <https://academic.oup.com/jid/article/217/10/1590/4841780?login=false>
16. Vaccins recommandés [Internet]. [cité 21 sept 2022]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/haute-garonne/assure/sante/themes/vaccination/vaccins-recommandes>
17. GARDASIL 9 - MesVaccins.net [Internet]. [cité 21 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.mesvaccins.net/web/vaccines/523-gardasil-9>
18. Vaccination contre les HPV et cancers - Infections [Internet]. [cité 14 mai 2020]. Disponible sur : <https://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Reduire-les-risques-de-cancer/Infections/Vaccination-contre-les-HPV-et-cancers>
19. HAS. Fiche de synthèse des recommandations HAS - vaccination Gardasil chez le garçon [Internet]. [cité 14 mai 2020]. Disponible sur : https://www.mesvaccins.net/textes/fiche_synthese_recommandation_vaccinale_vaccination_papillomavirus_garcons.pdf
20. Moisset C. Étude Papiloga: acceptabilité de la vaccination anti-papillomavirus par les parents de jeunes garçons âgés entre 11 et 19 ans. Thèse de médecine. Université de Clermont Auvergne ; 2018 , 47 p.
21. Département universitaire de médecine générale. Analyse des données de recherche qualitative - Grille COREQ. [Internet]. [cité 14 mai 2020]. Disponible sur : https://dumg.univparis13.fr/IMG/pdf/document_grilles_d_ecriture_et_de_lecture_de_recherche_qualitative.pdf
22. DUMG. Revue des étudiants en soins primaires et chercheurs toulousains. [Internet]. [cité 14 mai 2020]. Disponible sur : <https://dumgtoulouse.fr/uploads/de96bdcc5fc8a07a2979903b32a45ff24ad1c37c.pdf>
23. Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. janv 2021;20:191.
24. Aubin-Auger I., Cadwallder J.S., Gilles de La Londe J., Lustman M., Lebeau J.P. Initiation à la recherche qualitative en santé. Paris : Wolters Kluwer Health France ; 2021 ; 192 p.
25. DUMG. Ateliers d'aide méthodologique à la recherche pour la thèse de médecine générale [Internet]. [cité 14 mai 2020]. Disponible sur : <https://dumgtoulouse.fr/uploads/189ffca474c23ec9e25c52dc7c8bc1d37b687cad.pdf>

26. Procédures réglementaires - recherche en santé [Internet]. [cité 22 sept 2022]. Disponible sur: <https://enquetes.univ-rouen.fr/543777/lang/fr/newtest/Y>
27. Astruc A, Jouanni A, Lootvoet E, Bonnet T, Chevallier F. Les données à caractère personnel : quelles formalités règlementaires pour les travaux de recherche en médecine générale ? Exerc. 2021 ; 172178-84.
28. Salmon M. Que pensent les parents de garçons de 11 à 19 ans de la vaccination papillomavirus ? Etude qualitative sur le ressenti à la vaccination papillomavirus en médecine générale [Internet]. [cité le 25 septembre 2022]. Disponible sur: https://pepitedepot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2022/2022ULILM022.pdf
29. Buhler L. Réactions de patients à l'extension de la vaccination contre le papillomavirus aux deux sexes. Enquête qualitative. [Internet]. [cité le 22 septembre 2022]. Disponible sur : https://publicationtheses.unistra.fr/public/theses_exercice/MED/2022/2022_BUHLEL_Louise.pdf
30. Rimbert L. Etat des lieux des connaissances de la population consultante au CeGIDD de Poitiers pour un dépistage sur les papillomavirus et leurs vaccins [Internet]. [cité le 14 mai 2020]. Disponible sur : <https://www.google.com/url?q=http://nuxeo.edel.univpoitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/967282846ed448909f3011873e8121fe&sa=D&source=docs&ust=1669911967681427&usg=AOvVaw2DkH-RPyWbTCxES5AnPOaP>
31. Martineau M. État des connaissances sur le papillomavirus humain. Mémoire de sage femme. 2020 [Internet]. [cité le 22 septembre 2022]. Disponible sur : <https://www.google.com/url?q=https://dune.univangers.fr/fichiers/16001496/2021MFASMA12931/fichier/12931F.pdf&sa=D&source=docs&ust=1669911722698074&usg=AOvVaw2v35fr3PP2Y6JJsXpkofe8>
32. Papillomavirus humain : que savent les jeunes ? Revue Medicale Suisse. [Internet]. [cité 1 déc 2022]. Disponible sur : <https://www.revmed.ch/revuemedicalesuisse/2014/revue-medicale-suisse-434/papillomavirus-humain-que-savent-les-jeunes>
33. Lelevé P. Quelles sont les connaissances actuelles des adolescentes concernant les infections aux papillomavirus et la vaccination anti-HPV ? Mémoire de sage-femme. Université de Caen. 2019. 60 p. [Internet]. [cité le 22 septembre 2022]. Disponible sur : <https://www.google.com/url?q=https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas02176650/document&sa=D&source=docs&ust=1669911821437768&usg=AOvVaw1wXWIdDabNIUV7mdzZusnu>
34. Grondin C, Duron S, Robin F, Verret C, Imbert P. Connaissances et comportements des adolescents en matière de sexualité, infections sexuellement transmissibles et vaccination contre le papillomavirus humain : résultats d'une enquête transversale dans un lycée. Arch Pédiatrie. 1 août 2013;20(8):845-52.
35. Kops NL, Hohenberger GF, Bessel M, Correia Horvath JD, Domingues C, Kalume Maranhão AG, et al. Knowledge about HPV and vaccination among young adult men and women: Results of a national survey. Papillomavirus Res. 16 mars 2019;7:123-8.
36. Le patient mineur Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [Internet]. [cité 1 déc 2022]. Disponible sur : <https://www.conseilnational.medecin.fr/medecin/prisecharge/patient-mineur>
37. Ministère de la santé et de la prévention. Les soins aux personnes mineures. 2022.

- [Internet]. [cité 1 déc 2022]. Disponible sur : https://www.google.com/url?q=https://solidariteessante.gouv.fr/IMG/pdf/Fiche_13.pdf&sa=D&source=docs&ust=1669912554514862&usg=AOvVaw3d4hGG_bNHEN8xON-5aKyK
38. Karafillakis E, Peretti-Watel P, Verger P, Chantler T, Larson HJ. The role of maturity in adolescent decision-making around HPV vaccination in France. *Vaccine*. 24 sept 2021;39(40):5741-7.
 39. Pierrick Coupé, Gwenaëlle Catheline, Enrique Lanuza, José Vicente Manjon. Towards a unified analysis of brain maturation and aging across the entire lifespan: A MRI analysis. HAL ; 2017. [Internet]. [cité le 22 septembre 2022]. Disponible sur : https://www.google.com/url?q=https://hal.archivesouvertes.fr/hal01563131/document&sa=D&source=docs&ust=1669912956411351&usg=AOvVaw0dfxOAFy_NRCwUyJLGuJoO
 40. Giedd JN, Rapoport JL. Structural MRI of Pediatric Brain Development: What Have We Learned and Where Are We Going? *Neuron*. 9 sept 2010;67(5):728-34.
 41. Griffith R. What is Gillick competence? *Hum Vaccines Immunother*. 30 nov 2015;12(1):244-7.
 42. Miquel E, Esquerda M, Real J, Espejo M, Pifarré J. Design and Validation of an Instrument To Measure a Minor's Maturity When Faced with Health Decisions. *J Bioethical Inq*. 2019;16(3):431-41.
 43. Santé des adolescents [Internet]. [cité 22 nov 2022]. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/health-topics/adolescent-health>
 44. Coughlin KW. La prise de décision médicale en pédiatrie : de la naissance à l'adolescence. *Paediatr Child Health*. mai 2018;23(2):147-55.
 45. Mann L, Harmoni R, Power C. Adolescent decision-making: the development of competence. *J Adolesc*. 1 sept 1989;12(3):265-78.
 46. Grootens-Wiegers P, Hein IM, van den Broek JM, de Vries MC. Medical decision-making in children and adolescents: developmental and neuroscientific aspects. *BMC Pediatr*. 8 mai 2017;17(1):120.
 47. MacArthur Competence Assessment - an overview | ScienceDirect Topics [Internet]. [cité 1 déc 2022]. Disponible sur : <https://www.sciencedirect.com/topics/medicine-and-dentistry/macarthur-competence-assessment>
 48. Grisso T, Appelbaum PS, Hill-Fotouhi C. The MacCAT-T: a clinical tool to assess patients' capacities to make treatment decisions. *Psychiatr Serv Wash DC*. nov 1997;48(11):1415-9.
 49. Assessing Patients' Capacities to Consent to Treatment | NEJM [Internet]. [cité 1 déc 2022]. Disponible sur : https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJM198812223192504?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed
 50. Accuracy of the MacArthur Competence Assessment Tool for Clinical Research (MacCAT-CR) for Measuring Children's Competence to Consent to Clinical Research | Clinical Decision Support | JAMA Pediatrics | JAMA Network [Internet]. [cité 1 déc 2022]. Disponible sur : <https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/fullarticle/1911002>

51. Robinson JL, Kelsay KJ, Le Houezec-Jacquemain F. Le complément d'histoires de MacArthur : un nouvel outil d'évaluation. *Devenir*. 2002;14(4):401-14.
52. Leikin SL. Minors' assent or dissent to medical treatment. *J Pediatr*. 1 févr 1983;102(2):169-76.
53. Adolescence et sexualité *Revue Medicale Suisse*. [Internet]. [cité 1 déc 2022]. Disponible sur : <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2006/revue-medicale-suisse-58/adolescence-et-sexualite>
54. Pelletier J. Petit guide à l'usage des parents pour discuter de sexualité avec leur adolescent. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux ; 2014. [Internet]. [cité 1 déc 2022]. Disponible sur : <https://www.google.com/url?q=https://www.fcpq.qc.ca/app/uploads/2021/09/Petitguidesexualiteadolescents.pdf&sa=D&source=docs&ust=1669913671799413&usg=AOvVaw1oGTvt349Ne-IwsvnXKO3Q>
55. Miller KS, Kotchick BA, Dorsey S, Forehand R, Ham AY. Family communication about sex: what are parents saying and are their adolescents listening? *Fam Plann Perspect*. 1998;30(5):218-22, 235.
56. Guilamo-Ramos V, Jaccard J, Dittus P, Bouris A, Holloway I, Casillas E. Adolescent expectancies, parent-adolescent communication and intentions to have sexual intercourse among inner-city, middle school youth. *Ann Behav Med Publ Soc Behav Med*. août 2007;34(1):56-66.
57. SPF. Baromètre santé 2016. Genre et sexualité [Internet]. [cité 1 déc 2022]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/import/barometre-sante2016.genre-et-sexualite>
58. Collectif. Corps et préadolescence: Intime, privé, public. Presses universitaires de Rennes; 2022. 61-68 p.
59. Élargissement de la vaccination contre les papillomavirus aux garçons. HAS 2019. [Internet]. [cité 14 mai 2020]. Disponible sur : https://www.hassante.fr/upload/docs/application/pdf/201912/recommandation_vaccinale_elargissement_de_la_vaccination_contre_les_papillomavirus_aux_garcons.pdf&sa=D&source=docs&ust=1669915486684955&usg=AOvVaw2aE2JpS94_XjAFLbrSUCf5
60. Touyz SJJ, Touyz LZG. The kiss of death: hpv rejected by religion. *Curr Oncol*. févr 2013;20(1):e52-3.
61. Casciotti DM, Smith KC, Tsui A, Klassen AC. Discussions of Adolescent Sexuality in News Media Coverage of the HPV Vaccine. *J Adolesc*. févr 2014;37(2):133-43.
62. Guilamo-Ramos V, Jaccard J, Dittus P, Collins S. Parent-adolescent communication about sexual intercourse: an analysis of maternal reluctance to communicate. *Health Psychol Off J Div Health Psychol Am Psychol Assoc*. nov 2008;27(6):760-9.
63. Kohler PK, Manhart LE, Lafferty WE. Abstinence-Only and Comprehensive Sex Education and the Initiation of Sexual Activity and Teen Pregnancy. *J Adolesc Health*. 1 avr 2008;42(4):344-51.
64. Sexualité et adolescence :liaisons dangereuses ? : Guide des meilleures pratiques pour informer les parents *Revue Medicale Suisse*. [Internet]. [cité 19 déc 2022]. Disponible

sur : <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2018/revue-medicale-suisse-603/sexualite-et-adolescence-liaisons-dangereuses-guide-des-meilleures-pratiques-pour-informer-les-parents>

65. Newcomer SF, Udry JR. Parent-child communication and adolescent sexual behavior. *Fam Plann Perspect.* 1985;17(4):169-74.
66. Vital and health statistics. Teenagers in the United States: Sexual Activity, Contraceptive Use, and Childbearing, 2006–2010 National Survey of Family Growth CDC; 2011.[Internet]. [cité 1 déc 2022]. Disponible sur : https://www.google.com/url?q=https://www.cdc.gov/nchs/data/series/sr_23/sr23_031.pdf&sa=D&source=docs&ust=1669915396285781&usg=AOvVaw0VpMHjRa_B80ITtEfKs05
67. Burton-Jeangros C. Transformations des compétences familiales dans la prise en charge de la santé : entre dépendance et autonomie des mères face aux experts. *Rech Fam.* 2006;3(1):16-25.
68. Andrade C, Fontaine AM. Rôles familiaux et professionnels : attitudes et stratégies de conciliation. *Ce qui se transmet. Rev Int Léducation Fam.* 2007;22(2):67-85.
69. Les femmes plus souvent chez le généraliste que les hommes | Le Généraliste [Internet]. [cité 1 déc 2022]. Disponible sur : <https://www.legeneraliste.fr/archives/les-femmes-plus-souvent-chez-le-generaliste-que-les-hommes>
70. Santé et recours aux soins – Femmes et hommes, l'égalité en question | Insee [Internet]. [cité 1 déc 2022]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6047751?sommaire=6047805>
71. American Academy of Family Physicians Memorandum Harris Interactive; 2007. [Internet]. [cité 1 déc 2022]. Disponible sur : https://www.google.com/url?q=https://www.aafp.org/dam/AAFP/documents/media_center/menprevention/final_executive_summary_061307.pdf&sa=D&source=docs&ust=1669914268441986&usg=AOvVaw0zLOlXh0WOC1Dhc9gjEJH
72. Paquette D. La relation père-enfant et l'ouverture au monde. *Enfance.* 2004;56(2):205-25.
73. Clarke-Stewart KA. And Daddy Makes Three: The Father's Impact on Mother and Young Child. *Child Dev.* 1978;49(2):466-78.
74. Réseau national des observatoires des familles. UNAF 2016. [Internet]. [cité 1 déc 2022]. Disponible sur : <https://www.google.com/url?q=https://www.unaf.fr/app/uploads/sites/3/2016/06/bro20pobsvfamilles8finale2.pdf&sa=D&source=docs&ust=1669914049503057&usg=AOvVaw3JWVLnKgBnszA8-3lIhOOW>
75. Bonnet T. La normalisation du rôle parental par une équipe soignante. *Rech Fam.* 2015;12(1):223-34.
76. Randolph SD, Coakley T, Shears J, Thorpe RJ. African-American Fathers' Perspectives on Facilitators and Barriers to Father-Son Sexual Health Communication. *Res Nurs Health.* juin 2017;40(3):229-36.
77. Le Guen M, Rouzaud-Cornabas M, Ventola C. Les hommes face à la contraception : entre norme contraceptive genrée et processus de distinction. *Cah Genre.* 2021;70(1):157-84.

78. La médicalisation croissante de la contraception en France Ined - Institut national d'études démographiques. [Internet]. [cité 1 déc 2022]. Disponible sur : <https://www.ined.fr/fr/publications/editions/population-et-societes/la-medicalisation-croissante-de-la-contraception-en-france/>
79. Roux A, Rouzaud-Cornabas M, Fonquerne L, Thomé C, Ventola C. Cinquante ans de contraception légale en France : diffusion, médicalisation, féminisation. *Popul Sociétés*. 2017;549(10):1-4.
80. La définition européenne de la médecine générale - Médecine de famille. WONCA EUROPE 2002. [Internet]. Disponible sur : https://www.google.com/url?q=https://dumg.univparis13.fr/IMG/pdf/definition_europeenne_de_la_medecine_generale_wonca_2002.pdf&sa=D&source=docs&ust=1669916091186677&usg=AOvVaw1DsEtAq-llAZogty7RuMsu
81. Baromètre santé 2016 [Internet]. [cité 14 nov 2022]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/barometres-de-sante-publique-france/barometre-sante-2016>
82. Haut Conseil de la Santé Publique. Place du vaccin Gardasil 9® dans la prévention des infections à papillomavirus humains Avis et Rapports; 2017. [Internet]. [cité 14 nov 2022]. Disponible sur : https://www.google.com/url?q=https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier%3Dhcspr20170210_previnfecthpvplacegardasil9.pdf&sa=D&source=docs&ust=1669916631112304&usg=AOvVaw1mEv2WA7xzJg2fw8YCL5il
83. Caflisch M. La consultation avec un adolescent : quel cadre proposer ? *Revue Médicale Suisse*. [Internet]. [cité 1 déc 2022]. Disponible sur : <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2008/revue-medicale-suisse-161/la-consultation-avec-un-adolescent-quel-cadre-proposer>
84. Lutringer-Magnin D, Kalecinski J, Barone G, Leocmach Y, Regnier V, Jacquard AC, et al. Human papillomavirus (HPV) vaccination: Perception and practice among French general practitioners in the year since licensing. *Vaccine*. 18 juill 2011;29(32):5322-8.
85. Kleinman A. Guide de questionnement de Kleinman 1995 [Internet]. [cité 1 déc 2022]. Disponible sur : <https://www.google.com/url?q=http://s49d7c7e7d7a3b96f.jimcontent.com/download/version/1398947941/module/9500146499/name/Kleinman.pdf&sa=D&source=docs&ust=1669916860713190&usg=AOvVaw1odcn83p--u-3KT74TzvmR>
86. Oser parler à son médecin. HAS 2013. [Internet]. [cité 1 déc 2022]. Disponible sur : https://www.google.com/url?q=https://www.hassante.fr/upload/docs/application/pdf/2011/brochure_patient_vd_071113.pdf&sa=D&source=docs&ust=1669916959450436&usg=AOvVaw1R04OYkgfblrixpfobb4as
87. Sexuality education in Europe. The SAFE Project 2006. [Internet]. [cité 1 déc 2022]. Disponible sur : https://www.google.com/url?q=https://healtheducationresources.unesco.org/sites/default/files/resources/sexuality_education_europe_reference-guide_policies_practices.pdf&sa=D&source=docs&ust=1669913461097282&usg=AOvVaw2tWfWHBDAJLlhmEm350AV9
88. Stefani F. Informations dans la salle d'attente du médecin. Conseil national de l'ordre des médecins 2000 [Internet]. [cité 1 déc 2022]. Disponible sur : <https://www.ecosia.org/search?q=Stefani%20F.%20informations%20dans%20la%20salle%20d%E2%80%99attente%20des%20m%C3%A9decins,%20conseil%20national%20de%20l%E2%80%99o>

rdre%20des%20m%C3%A9decins%20%3B%202000%20disponible%20sur%20Interne
t%29&addon=firefox&addonversion=4.1.0&method=topbar

89. Grosdidier L, Hermal C. Diffusion d'informations par écrans numériques en salle d'attente : identification des attentes des patients et des médecins après expérimentation dans 12 cabinets en Lorraine : études qualitatives par entretiens semi-dirigés. Thèse de médecine générale. Université de Lorraine. 2021 [Internet]. [cité 1 déc 2022]. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03297506>
90. Une journée citoyenne au collège [Internet]. [cité 1 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.lanouvellerepublique.fr/indre-et-loire/commune/monts/une-journee-citoyenne-au-college>
91. Gwenaëlle D. Les actions citoyennes et le parcours Avenir au Collège Collège de Rhuys, Sarzeau. [Internet]. [cité 1 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.college-de-rhuys.ac-rennes.fr/spip.php?article1089>
92. Internet ne remplace pas encore le médecin Ipsos. [Internet]. [cité 1 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.ipsos.com/fr-fr/internet-ne-remplace-pas-encore-le-medecin>
93. Informations santé sur Internet et les réseaux sociaux - Comment les chercher et évaluer leur qualité. HUG 2020. [Internet]. [cité 1 déc 2022]. Disponible sur : https://www.google.com/url?q=https://www.hug.ch/sites/interhug/files/documents/information_s_sante_sur_internet.pdf&sa=D&source=docs&ust=1669912203930221&usg=AOvVaw1uh42SkLfxrDypLhZsX1v6
94. Vaccination des jeunes enfants : des données pour mieux comprendre l'action publique 2017. [Internet]. [cité 1 déc 2022]. Disponible sur : https://www.google.com/url?q=https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/119651/file/152114_behhors_serievaccination.pdf&sa=D&source=docs&ust=1669912340921213&usg=AOvVaw10fi_vuNTXkRDzEgQrKfQTP
95. Paganelli C, Clavier V, Duetto A. S'informer via des médias sociaux de santé : quelle place pour les experts ? Temps Médias. 2014;23(2):141-3.
96. Brown JE, Mann L. Effects of Family Structure and Parental Involvement on Adolescent Participation in Family Decisions. Aust J Sex Marriage Fam. 1 mai 1988;9(2):74-85.
97. Griffioen AM, Glynn S, Mullins TK, Zimet GD, Rosenthal SL, Fortenberry JD, et al. Perspectives on Decision Making About Human Papillomavirus Vaccination Among 11- to 12-Year-Old Girls and Their Mothers. Clin Pediatr (Phila). juin 2012;51(6):560-8.
98. Herman R, McNutt LA, Mehta M, Salmon DA, Bednarczyk RA, Shaw J. Vaccination perspectives among adolescents and their desired role in the decision-making process. Hum Vaccines Immunother. 14 mars 2019;15(7-8):1752-9.
99. Forster AS, McBride KA, Davies C, Stoney T, Marshall H, McGeechan K, et al. Development and validation of measures to evaluate adolescents' knowledge about human papillomavirus (HPV), involvement in HPV vaccine decision-making, self-efficacy to receive the vaccine and fear and anxiety. Public Health. 1 juin 2017;147:77-83.
100. Meyer T, Verlhac JF. Auto-efficacité : quelle contribution aux modèles de prédiction de l'exposition aux risques et de la préservation de la santé ? Savoirs.

2004;Hors série(5):117-34.

101. Stout ME, Christy SM, Winger JG, Vadaparampil ST, Mosher CE. Self-efficacy and HPV Vaccine Attitudes Mediate the Relationship Between Social Norms and Intentions to Receive the HPV Vaccine Among College Students. *J Community Health*. déc 2020;45(6):1187-95.
102. Pauzé R, Petitpas J. Evaluation du fonctionnement familial : état des connaissances. *Thérapie Fam*. 2013;34(1):11-37.
103. La consultation à 46 euros chez le médecin généraliste, c'est MG France - MG France [Internet]. [cité 19 déc 2022]. Disponible sur : <https://www.mgfrance.org/index.php/actualite/profession/1414-la-consultation-a-46-euros-chez-le-medecin-generaliste-c-est-mg-france>
104. OMNIPrat [Internet]. [cité 29 déc 2022]. Disponible sur : <https://omniprat.org/>
105. Enfant et adolescent : 20 examens de suivi médical [Internet]. [cité 1 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/suivi-medical-de-l-enfant-et-de-l-adolescent/enfant-et-adolescent-20-examens-de-suivi-medical>
106. Vermont C. Corps, amour, sexualité : les 100 questions que vos enfants vont vous poser. Albin Michel. 2021. 208 p.

VIII. Annexes

ANNEXE N°1 : CARACTÉRISTIQUES DES PARTICIPANTS

1er entretien	Couple interrogé, en présentiel, mariés	Femme 49 ans, enseignante dans le supérieur	Homme 47 ans, ingénieur dans l'informatique	Trois enfants : deux filles aînées et un garçon (18,17, 12 ans)
2ème entretien	Mère interrogée seule, en présentiel, papa dans la maison a refusé de participer	Femme de 46 ans, agent de restauration à la mairie	//	Trois enfants, le premier du premier mariage de la mère et les deux autres du couple : un garçon de 23 ans, une fille de 18 ans et un garçon de 13 ans.
3ème entretien	Couple interrogé, en présentiel, mariés.	Femme de 43 ans, kinésithérapeute	Homme de 46 ans, restaurateur.	Trois enfants, le premier du premier mariage de la mère et les deux autres du couple : un garçon de 12 ans, un garçon de 6 ans et une fille de 3 ans.
4ème entretien	Couple interrogé, en visioconférence, mariés.	Femme 53 ans, pharmacienne, expert toxicologique dans les cosmétiques	Homme âge 54 ans, ingénieur électronique	Deux enfants, deux garçons : l'un de 16 ans et l'autre de 20 ans.
5ème entretien	Couple interrogé, en visioconférence, mariés.	Femme 40 ans, assistante maternelle.	Homme 36ans, manipulateur radiologue	Deux enfants, deux garçons, 8 et 11ans.
6ème entretien	Couple interrogé, en visioconférence, mariés.	Femme 43 ans médecin généraliste et gériatre.	Homme 43 ans, médecin généraliste	Deux enfants, un garçon de 12 ans et une fille de 9 ans.
7ème entretien	Couple interrogé, en visioconférence, mariés.	Femme, 42ans, professeur des écoles en cours de formation psychomotricienne	Homme, 45ans, agriculteur	Trois enfants : deux filles de 15 et 17 ans, un fils de 12 ans
8ème entretien	Père veuf, seul, en visioconférence.	//	Homme, 46 ans, bucheron élagueur pour espaces verts, à son compte.	Deux enfants : une fille de 17 ans et un fils de 18 ans
9ème entretien	Couple interrogé, en visioconférence, mariés.	Femme, 42 ans, enseignante en école primaire.	Homme, 42 ans, IDE dans une maison de santé avec activité d'IDE Azalée.	Deux enfants : une fille de 17 ans et un fils de 12 ans.
10ème entretien	Couple interrogé, en visioconférence, mariés.	Femme, 36 ans, agricultrice	Homme, 40 ans, Apiculteur	1 fils de 13 ans

ANNEXE N°2 : GUIDES D'ENTRETIENS ÉVOLUTIFS

Guide d'entretien N°1

Bonjour, merci d'avoir accepté de participer à notre étude dans le cadre de notre thèse.

Il s'agit donc d'une discussion autour de **quatre grandes questions**.

Les données sont anonymisées. Nous devons enregistrer l'entretien et prendre en note les informations ressortant lors de la discussion mais de manière non nominative.

C'est un échange d'idées, il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses, nous souhaitons simplement recueillir votre avis et votre expérience sur ce sujet. Nous insistons sur l'importance du principe de non jugement.

Question d'ouverture :

1. Tout d'abord, permettez-moi de vous demander qui vous êtes, ce que vous faites dans la vie, et quel âge ont votre ou vos garçons ?

Connaissances :

2. Que connaissez-vous du papillomavirus, que l'on appelle HPV ?

2.a Que connaissez-vous du cancer du col de l'utérus ?

2.b. Que connaissez-vous de sa vaccination ?

Avez-vous déjà entendu parler du GARDASIL 9® ? Est-ce que vous savez qu'il y a un vaccin contre le papillomavirus ?

2.c. Puis-je me permettre de vous demander par quel biais avez-vous déjà entendu parler de cette vaccination ?

2.d. Si vous aviez besoin d'information sur la vaccination, par quel biais iriez-vous chercher ? Quelle serait votre source première ?

2e. Puis-je me permettre de vous demander si parmi vos enfants, certains ou certaines sont déjà vacciné(e)s contre le HPV ?

SI OUI OU NON : Pour quelle raison avez-vous fait ce choix ? Qu'est-ce qui a motivé ce choix ? *A faire préciser ++*

⇒ *si manque d'information* : est-ce que vous me permettez de vous donner quelques informations ?

Intérêts/leviers : La vaccination contre le HPV/papillomavirus par le GARDASIL 9® est recommandée depuis 2018 et remboursée depuis janvier 2021 à tous les garçons.

3. Que pensez-vous de cette décision ?

3.a. Que diriez-vous à votre enfant s'il vous demandait votre avis sur cette nouvelle recommandation ?

- *Que vous choisissiez ou non de le faire vacciner, ce choix est un choix parental, c'est un choix qui vous appartient et qui concerne votre enfant. Allez-vous lui dire que ce vaccin existe ? Comment allez-vous l'aborder avec lui ?*

3.b. Qu'est-ce qui vous inciterait à faire vacciner votre fils ?

- *Comment l'avis de votre entourage intervient dans votre décision ?*
- *Comment votre médecin traitant intervient dans votre décision ?*
- *Comment le fait d'avoir déjà fait vacciner vos filles influence ou non votre décision concernant votre garçon ?*
- *En quoi l'école joue-t-elle un rôle dans cette décision ?*
- *Selon vous, en quoi ce vaccin pourrait-il jouer sur la qualité de vie de votre garçon ?*
- *Comment l'universalisation de ce vaccin / la déssexualisation de sa prescription, intervient dans votre décision ?*

3.c. Quelles seraient vos réticences à la vaccination par GARDASIL 9® ?

- *Comment évalueriez-vous votre niveau d'information vis-à-vis de ce vaccin ?*
 - *La vaccination contre ce virus est étroitement liée à la sexualité dans le sens où elle protège de maladies sexuellement transmissibles. Est-ce que le jeune âge de votre enfant intervient dans la décision de le vacciner ? Si oui, pour quelle raison ? Comment l'abordez-vous avec lui ?*
 - *Est-ce en accord avec vos convictions (religieuses ou non) ? qu'est ce qui irait à l'encontre de vos convictions vis-à-vis de ce vaccin ?*
- 4.** Dans le processus de choix de la vaccination, comment est venue cette question de la vaccination au sein de votre famille ?
- 4.a.** Au sein de la famille, comment s'est prise la décision ? Qui a participé dans le choix de cette vaccination ?
- 4.b.** Quel a été le rôle du père ?
- *Est-ce que le papa a donné son avis ?*
 - *A-t-il été questionné sur le choix de la vaccination ?*
 - *Est-ce que son choix a été pris en compte ?*

Ouverture

- 5.** Avez-vous quelque chose à ajouter ? Est-ce qu'il y a des choses sur lesquelles vous auriez aimé vous exprimer ?

Guide d'entretien N°2

Bonjour, merci d'avoir accepté de participer à notre étude dans le cadre de notre thèse.

*Il s'agit donc d'une discussion autour de **quatre grandes questions**.*

Les données sont anonymisées. Nous devons enregistrer l'entretien et prendre en note les informations ressortant lors de la discussion mais de manière non nominative.

C'est un échange d'idées, il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses, nous souhaitons simplement recueillir votre avis et votre expérience sur ce sujet. Nous insistons sur l'importance du principe de non jugement.

Question d'ouverture :

1. Tout d'abord, permettez-moi de vous demander qui vous êtes, ce que vous faites dans la vie, et quel âge ont votre ou vos garçons ?

Connaissances :

2. Que connaissez-vous du papillomavirus, que l'on appelle HPV ?

2.a Que connaissez-vous du cancer du col de l'utérus ?

2.b. Que connaissez-vous de sa vaccination ?

Avez-vous déjà entendu parler du GARDASIL 9® ? Est-ce que vous savez qu'il y a un vaccin contre le papillomavirus ?

2.c. Puis-je me permettre de vous demander par quel biais avez-vous déjà entendu parler de cette vaccination ?

2.d. Si vous aviez besoin d'information sur la vaccination, par quel biais iriez-vous chercher ? Quelle serait votre source première ?

2e. Puis-je me permettre de vous demander si parmi vos enfants, certains ou certaines sont déjà vacciné(e)s contre le HPV ?

SI OUI OU NON : Pour quelle raison avez-vous fait ce choix ? Qu'est-ce qui a motivé ce choix ? *A faire préciser ++*

⇒ *si manque d'information* : est-ce que vous me permettez de vous donner quelques informations ?

Intérêts/leviers : La vaccination contre le HPV/papillomavirus par le GARDASIL 9® est recommandée depuis 2018 et remboursée depuis janvier 2021 à tous les garçons.

3. Que pensez-vous de cette décision ?

3.a. Que diriez-vous à votre enfant s'il vous demandait votre avis sur cette nouvelle recommandation ?

- *Que vous choisissiez ou non de le faire vacciner, ce choix est un choix parental, c'est un choix qui vous appartient et qui concerne votre enfant. Allez-vous lui dire que ce vaccin existe ? Comment allez-vous l'aborder avec lui ?*

3.b. Qu'est-ce qui vous inciterait à faire vacciner votre fils ?

- *Comment l'avis de votre entourage intervient dans votre décision ?*
- *Comment votre médecin traitant intervient dans votre décision ?*
- *Comment le fait d'avoir déjà fait vacciner vos filles influence ou non votre décision concernant votre garçon ?*
- *En quoi l'école joue-t-elle un rôle dans cette décision ?*
- *Selon vous, en quoi ce vaccin pourrait-il jouer sur la qualité de vie de votre garçon ?*
- *Comment la généralisation de sa prescription, intervient dans votre décision ?*

3.c. Quelles seraient vos réticences à la vaccination par GARDASIL 9® ?

- *Comment évalueriez-vous votre niveau d'information vis-à-vis de ce vaccin ?*
- *La vaccination contre ce virus est étroitement liée à la sexualité dans le sens où elle protège de maladies sexuellement transmissibles. Est-ce que le jeune âge de*

votre enfant intervient dans la décision de le vacciner ? Si oui, pour quelle raison ? Comment l'abordez-vous avec lui ?

- *Est-ce en accord avec vos convictions (religieuses ou non) ? qu'est ce qui irait à l'encontre de vos convictions vis-à-vis de ce vaccin ?*

4. Dans le processus de choix de la vaccination, comment est venue cette question de la vaccination au sein de votre famille ?

4.a. Au sein de la famille, comment s'est prise la décision ? Qui a participé dans le choix de cette vaccination ?

4.b. Quel a été le rôle du père ?

- *Est-ce que le papa a donné son avis ?*
- *A-t-il été questionné sur le choix de la vaccination ?*
- *Est-ce que son choix a été pris en compte ?*

Ouverture

5. Avez-vous quelque chose à ajouter ? Est-ce qu'il y a des choses sur lesquelles vous auriez aimé vous exprimer ?

Guide d'entretien N°3

Bonjour, merci d'avoir accepté de participer à notre étude dans le cadre de notre thèse.

*Il s'agit donc d'une discussion autour de **quatre grandes questions**.*

Les données sont anonymisées. Nous devons enregistrer l'entretien et prendre en note les informations ressortant lors de la discussion mais de manière non nominative.

C'est un échange d'idées, il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses, nous souhaitons simplement recueillir votre avis et votre expérience sur ce sujet. Nous insistons sur l'importance du principe de non jugement

Question d'ouverture :

1. Tout d'abord, permettez-moi de vous demander qui vous êtes, ce que vous faites dans la vie, et quel âge ont votre ou vos garçons ?

Connaissances :

2. Que connaissez-vous du papillomavirus, que l'on appelle HPV ?

2.a de quelles maladies est-il responsable ?

2.b. Que connaissez-vous de sa vaccination ?

Avez-vous déjà entendu parler du GARDASIL 9® ? Est-ce que vous savez qu'il y a un vaccin contre le papillomavirus ?

De quelle manière le vaccin contre le HPV peut-il protéger la santé de votre enfant ?

2.c. Puis-je me permettre de vous demander par quel biais avez-vous déjà entendu parler de cette vaccination ?

2.d. Si vous aviez besoin d'information sur la vaccination, par quel biais iriez-vous chercher ? Quelle serait votre source première ?

2e. Puis-je me permettre de vous demander si parmi vos enfants, certains ou certaines sont déjà vacciné(e)s contre le HPV ?

SI OUI OU NON : Pour quelle raison avez-vous fait ce choix ? Qu'est-ce qui a motivé ce choix ?

Lorsque le fils est déjà vacciné :

Question principale : « Comment avez-vous décidé de le faire vacciner ? »

Question 1 : "Qu'est-ce qui s'est dit entre vous et votre fils lorsque vous avez décidé de vous faire vacciner ?"

Question 2 : "Quels facteurs ont joué un rôle majeur dans votre décision ?"

Question 3 : "Quels sont, selon vous, les facteurs qui ont joué un rôle majeur dans la décision de votre fils ?"

⇒ si manque d'information : est-ce que vous me permettez de vous donner quelques informations ?

Intérêts/leviers : La vaccination contre le HPV/papillomavirus par le GARDASIL 9® est recommandée depuis 2018 et remboursée depuis janvier 2021 à tous les garçons.

3. Que pensez-vous de cette décision ?

3.a. Que diriez-vous à votre enfant s'il vous demandait votre avis sur cette nouvelle recommandation ?

- *Que vous choisissiez ou non de le faire vacciner, ce choix est un choix parental, c'est un choix qui vous appartient et qui concerne votre enfant. Allez-vous lui dire que ce vaccin existe ? Comment allez-vous l'aborder avec lui ?*

3.b. Qu'est-ce qui vous inciterait à faire vacciner votre fils ?

· *Comment l'avis de votre entourage intervient dans votre décision ?*

· *Comment votre médecin traitant intervient dans votre décision ?*

- *Comment le fait d'avoir déjà fait vacciner vos filles influence ou non votre décision concernant votre garçon ?*
- *En quoi l'école joue-t-elle un rôle dans cette décision ?*
- *Selon vous, en quoi ce vaccin pourrait-il jouer sur la qualité de vie de votre garçon ?*
- *Comment la généralisation de sa prescription, intervient dans votre décision ?*
- *Comment le fait qu'il y ait un risque pour le garçon influe sur la décision ?*

3.c. Quelles seraient vos réticences à la vaccination par GARDASIL 9® ?

- *Comment évalueriez-vous votre niveau d'information vis-à-vis de ce vaccin ?*
- *La vaccination contre ce virus est étroitement liée à la sexualité dans le sens où elle protège de maladies sexuellement transmissibles. Est-ce que le jeune âge de votre enfant intervient dans la décision de le vacciner ? Si oui, pour quelle raison ? Comment l'abordez-vous avec lui ?*
- *Est-ce en accord avec vos convictions (religieuses ou non) ? qu'est ce qui irait à l'encontre de vos convictions vis-à-vis de ce vaccin ?*

4. Dans le processus de choix de la vaccination, comment est venue cette question de la vaccination au sein de votre famille ?

4.a. Au sein de la famille, comment s'est prise la décision ? Qui a participé dans le choix de cette vaccination ? Qui fait le suivi médical de votre enfant ?

4.b. Quel a été le rôle du père ?

- *Est-ce que le papa a donné son avis ?*
- *A-t-il été questionné sur le choix de la vaccination ?*
- *Est-ce que son choix a été pris en compte ?*

4.c En quoi la COVID-19 a pu influencer les discussions intrafamiliales ? En rapport ou non avec la vaccination ?

Question finale : comment définiriez-vous un 1 mot ou 1 image la place de chaque membre de votre famille dans le processus décisionnel ?

Ouverture

5. Avez-vous quelque chose à ajouter ? Est-ce qu'il y a des choses sur lesquelles vous auriez aimé vous exprimer ?

Questions en fonction du contexte :

1/Que pensez-vous de la sensibilisation des hommes aux problèmes féminins (gynécologiques) ?

2/ Et pour aller un petit peu plus loin, quand vous dites que pour l'instant il lui manque certaines choses pour prendre une décision, est-ce que vous pouvez mettre des mots sur ce qui manque justement à son âge pour participer complètement à la décision ?

3/ En quoi la COVID-19 a pu influencer les discussions intrafamiliales ? En rapport ou non avec la vaccination ?

FICHE INFORMATION PROJET DE THESE

Étude qualitative sur les freins et les leviers à la vaccination par GARDASIL9® selon les parents des adolescents à partir de 11 ans.

Lisez attentivement cette notice. Posez toutes les questions qui vous sembleront utiles. Après avoir obtenu les réponses satisfaisantes à vos questions et disposé d'un délai de réflexion suffisant, vous pourrez alors décider si vous voulez participer à cette étude ou non.

BUT DE L'ÉTUDE

Nous réalisons une étude qualitative pour la réalisation de notre thèse pour l'obtention de notre DES de Médecine Générale. Le but de l'étude est de recenser les freins et les leviers à la vaccination par GARDASIL 9® (vaccin pour la prévention de certaines maladies sexuellement transmissibles induites par le virus HPV / papillomavirus) selon les parents d'adolescents à partir de 11 ans.

L'objectif serait de mettre en évidence les freins et les motivations à la vaccination chez les parents d'adolescents garçons.

DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE

Étude qualitative par recueil d'entretiens semi-directifs enregistrés sur le sujet, anonymisation, retranscription en texte puis synthèse du travail. L'entretien sera enregistré sur un dictaphone et les données recueillies seront ensuite analysées et rendues anonymes. Il se déroulera par visio-conférence (Zoom®) au jour et à l'heure qui vous conviendra (*en espérant que les entretiens puissent d'ici quelques mois se dérouler en face à face suivant l'évolution de la crise sanitaire*).

La durée prévue de l'entretien est de 45 minutes à 1 heure.

EN QUOI CONSISTE VOTRE PARTICIPATION ?

Nous vous invitons à participer à un entretien en présentiel ou en visio-conférence via la plateforme Zoom® dont l'audio sera enregistré. Il pourra se dérouler en Focus Group ou en individuel.

PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES

Les enregistrements seront détruits une fois la retranscription réalisée. Traitement informatique des données personnelles. Cette étude sera réalisée hors loi Jardé et non RPIH.

PARTICIPATION VOLONTAIRE

Votre participation à cette étude est entièrement volontaire et libre.

Qui sommes-nous ?

Nous nous appelons Margaux QUILLIET et Mathilde ZAGO et sommes actuellement internes en DES de Médecine Générale.

Promoteur de l'étude

Département Universitaire de Médecine Générale ; facultés de médecine de Toulouse, 133 route de Narbonne 31062 Toulouse Cedex.

Pourquoi vous ?

Le recrutement de cette étude s'intéresse aux parents de jeunes garçons de 11 à 19 ans, ayant ou non plusieurs enfants, étant ou non vaccinés contre le papillomavirus.

Mentions légales

Toutes les données seront anonymisées et votre nom ne sera pas mentionné dans l'étude. Nous garantissons la confidentialité de votre entretien.

ANNEXE N°4 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

QUILLIET Margaux, Interne de médecine générale
ZAGO Mathilde, Interne de médecine générale

Bonjour,

Nous avons besoin de vous !

Nous vous sollicitons afin de vous proposer de participer à une étude que nous réalisons dans le cadre de notre thèse de médecine.

Nous souhaiterions aborder plusieurs questions au cours d'un entretien d'une durée d'environ 1h, individuel ou en groupe (entre 6 et 8 personnes) en fonction de vos préférences, concernant **vos avis à propos de la vaccination anti-HPV (=papillomavirus) de vos garçons.**

Nous vous proposons de vous rencontrer en personne ou par visioconférence via la plateforme "Zoom®". L'entretien audio sera enregistré par dictaphone et les données recueillies seront ensuite analysées et rendues anonymes.

Merci de bien vouloir remplir le formulaire de consentement ci-joint. Votre participation à ce projet de recherche s'effectue sur la base du volontariat, vous restez libre de vous rétracter à tout moment de l'étude sans justification. Nous vous ferons parvenir les résultats de cette étude et vous serez informés des éventuelles suites qui découleront de ce projet.

N'hésitez pas à nous contacter (coordonnées en haut de page) avant les entretiens si vous avez des questions au préalable.

D'avance, un grand merci de vos participations que nous espérons nombreuses.

Margaux QUILLIET & Mathilde ZAGO

Je soussigné(e), déclare avoir lu et compris le présent formulaire et en avoir un exemplaire.

Par la présente, j'accepte librement de participer à l'étude "les freins et les leviers à la vaccination par GARDASIL9® selon les parents des adolescents à partir de 11 ans" après avoir été informé de manière claire, appropriée et loyale sur son déroulement.

J'accepte de participer à un entretien :
Individuel

Collectif

Adresse mail :

Date :

Signature (précédée de "lu et approuvé") :

A noter que nous n'avons aucun conflit d'intérêt avec le vaccin GARDASIL9®.

ANNEXE N°6 : HPV Adolescent Vaccine Intervention Questionnaire (HAVIQ)

Decision-making

Please indicate how much you agree with each statement.

	Strongly disagree	Disagree	Neither agree nor disagree	Agree	Strongly agree
My parents made the decision about having the HPV vaccine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I did not really think much about the decision to have the HPV vaccine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I feel that I was involved in deciding whether to have the HPV vaccine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
My friends' decisions about the HPV vaccine influenced my decision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I feel that I made the decision about whether to have the HPV vaccine myself	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
My religious beliefs influenced my decision about the HPV vaccine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I strongly value my health	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prevention of diseases and infections is important to me	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Skills Inventory (Certainty)

Rate your degree of confidence by recording a number from 0 to 100 using the scale given below:

Cannot do at all	Moderately certain can do	Highly certain can do
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100		

I am confident that I can receive all three doses of HPV vaccine	Confidence (0-100) : _____
I feel comfortable talking to my parents/caregivers about whether to have the HPV vaccine	Confidence (0-100) : _____
I feel comfortable asking the nurses any questions I may have before receiving my HPV vaccination	Confidence (0-100) : _____
I know what to expect when I have my HPV vaccination	Confidence (0-100) : _____
I can cope with any pain I may experience when I have the vaccination	Confidence (0-100) : _____

Feelings toward vaccination

Please indicate how much you agree with each statement.

	Strongly disagree	Disagree	Neither agree nor disagree	Agree	Strongly agree
Having to get a needle can be upsetting to me	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I expect that the HPV vaccinations will be very painful	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I am not afraid of getting vaccinations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I am worried about side effects of the HPV vaccine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I feel tense when I hear other girls talking about the HPV vaccination	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I am concerned I may get cervical cancer in the future	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Knowledge

Please indicate how much you agree with each statement.

	Strongly disagree	Disagree	Neither agree nor disagree	Agree	Strongly agree
Males cannot get HPV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Women vaccinated against HPV need to get Pap smears (checks for cervical cancer) when they are older	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HPV can be caught through sexual activity	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HPV is very rare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HPV can cause cervical cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
The HPV vaccine protects against all types of cervical cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANNEXE N°7 : MATURTEST (exemple de questions)

Case 1: You have just bought a computer on Internet. When you did so, you clicked on the option “send money trough post”, but in the end, you forgot to pay. When you get the computer, it has a stick saying ”PAYED”. What would you do?

1. I inform that I haven't played yet, and I pay, so it's not good to cheat.
2. I call them and pay, because they could find out the mistake, and make me pay more money.
3. I don't say anything, and if they call me, I would go off the track.
4. I don't inform, so the mistake is not my responsibility.

Case 2: Maria is a single mother with two little child in charge. She's go a neighbour with AIDS; they are good friends. One day Maria listen to his neighbour's shouting, and she finds him bleeding through a deep wound. Maria calls the ambulance which can be there for about 15 minutes, and ask her to stop up the wound. Maria hasn't got any gloves and she knows about the contagiousness of AIDS.

1. She should help him, other ways he will die.
2. She shouldn't help him because he's got AIDS.
3. She should help him because if she let him die she can be into trouble.
4. She shouldn't help him because noon is obliged to help when there's a big danger.

Case 3: Julian has a friend who stoles a motorbike and brakes it. Julian promises his friend he won't explain anybody. But one day he realizes another boy has been accused and he's going to jail. Julian asks his friend to confess the theft but he answers negatively and reminds him of his promise. If Julian doesn't confess, an innocent is going to be accused, but if he confesses, he'll break a promise to his friend.

2. He shouldn't confess, because a promise to a friend is above all.
3. He shouldn't confess, because he's going to be in trouble.
4. He should confess, because if anybody realizes Julian can also be blamed.
5. He should confess because otherwise an innocent will be damaged.

Case 8: At the outskirts of your village, there's a big and rich company that trough toxic residuum to the river without permission. You belong to an ONG that fights for a more ecologic and better world; you organize a pacific demonstration, but it's not important on communication media. You think about an alternative “civil disorder”: causing damage to the company, so your protest can be heard. ¿Is it justified to respond badly to the bad behaviour ?

2. Yes, it's for a good reason.
3. No, never the aim justifies any way.
4. Yes, because is the only way to make us be heard.
5. No, because the reprimand can be worse.

Case 9: Your best friend is very sad, lately. She explains to you that a familiar of her has abuse of her. She doesn't want anybody to know about it because she's ashamed and thinks of suicide if people know about that. ¿What would you do?

2. I would explain it to her parents because my friend is suffering a lot and needs some help.
3. I would explain it to her parents because a person has made a mistake and must be in jail.
4. I wouldn't explain it because I want to respect her wish.
5. I wouldn't explain it because is none of my business.

ANNEXE N°8 : ATTESTATIONS D'ENREGISTREMENT



Université PAUL SABATIER – TOULOUSE III
Facultés de Médecine de Toulouse
**DEPARTEMENT UNIVERSITAIRE DE
MEDECINE GENERALE (DUMG)**
Faculté de médecine de Toulouse – Rangueil 133 route
de Narbonne 31062 TOULOUSE Cedex

Pr Pierre BOYER

Directeur NTIC – Numérique

DPO-78344

DUMG Toulouse

pierre.boyer@dumg-toulouse.fr

dpo@dumg-toulouse.fr

Je soussigné **Pr Pierre Boyer**, DPO du département universitaire de médecine générale de Toulouse, certifie que :

Mme QUILLIET Margaux

- a satisfait aux obligations de déclaration des travaux de recherche ou thèse concernant le Règlement Général de Protection des Données

- a été inscrite dans le TABLEAU D'ENREGISTREMENT RECHERCHE ET THESES - Déclaration conformité CNIL du DUMG de TOULOUSE (133 route de Narbonne 31 062 Toulouse CEDEX) à la date du 03/01/2021

sous le numéro : **2020QM24**

Fait à Toulouse, le 09/12/2022



Université PAUL SABATIER – TOULOUSE III
Facultés de Médecine de Toulouse
DEPARTEMENT UNIVERSITAIRE DE
MEDECINE GENERALE (DUMG)
Faculté de médecine de Toulouse – Rangueil 133 route
de Narbonne 31062 TOULOUSE Cedex

Pr Pierre BOYER

Directeur NTIC – Numérique

DPO-78344

DUMG Toulouse

pierre.boyer@dumg-toulouse.fr

dpo@dumg-toulouse.fr

Je soussigné **Pr Pierre Boyer**, DPO du département universitaire de médecine générale de Toulouse, certifie que :

Mme ZAGO Mathilde

- a satisfait aux obligations de déclaration des travaux de recherche ou thèse concernant le Règlement Général de Protection des Données

- a été inscrite dans le TABLEAU D'ENREGISTREMENT RECHERCHE ET THESES - Déclaration conformité CNIL du DUMG de TOULOUSE (133 route de Narbonne 31 062 Toulouse CEDEX) à la date du 03/01/2021

sous le numéro : **2020ZM25**

Fait à Toulouse, le 09/12/2022

AUTEURS : Margaux QUILLIET et Mathilde ZAGO

DIRECTEURS DE THÈSE : Dr Marielle PUECH et Dr Denis PEREZ

TITRE : Freins et leviers à la vaccination du jeune garçon par le GARDASIL 9® : histoire d'un processus décisionnel familial.

RÉSUMÉ :

Introduction : L'infection par le Human Papillomavirus (HPV) est l'infection sexuellement transmissible la plus fréquente. Ce virus peut être responsable de cancers et de condylomes aussi bien chez les femmes que chez les hommes. La vaccination anti-HPV est recommandée en France depuis 2006 chez les jeunes filles et depuis janvier 2021 chez les garçons. Nous avons voulu recenser les déterminants qui jouent un rôle dans le processus décisionnel vaccinal chez les parents des garçons de 11 à 19 ans.

Objectifs : L'objectif principal de notre travail était d'explorer les freins et les leviers des parents à la vaccination par GARDASIL 9® chez leur(s) garçon(s). L'objectif secondaire était d'identifier les pistes pour améliorer cette couverture vaccinale.

Méthode : Nous avons mené une étude qualitative sous forme d'entretiens individuels. Nous en avons réalisés dix entre mars 2021 et octobre 2022. A partir des verbatims, un codage a été fait. Notre population cible était les parents d'adolescents de garçons de 11 à 19 ans.

Résultats : Les freins à la vaccination GARDASIL 9® étaient entre autres le manque d'informations, la crainte parentale d'être responsable en cas d'effets indésirables, la non-obligation vaccinale, le manque d'intérêt perçu chez les garçons, l'abord de la sexualité et l'absence de consultation dédiée chez les garçons. Les leviers retrouvés étaient l'obtention d'une protection collective et la sensibilisation des garçons aux pathologies féminines ainsi qu'à leur rôle dans la transmission du HPV. Le médecin délivrait l'information vaccinale à la mère qui jouait un rôle central dans la transmission auprès du père, souvent passif. Le binôme de parents prenait la décision ensemble, mêlant plus ou moins l'adolescent à la discussion.

Discussion : La balance décisionnelle s'inscrit sur un modèle tripartite mère/père/enfant où des facteurs extrinsèques et intrinsèques entrent en jeu. De façon générale, les femmes ont une meilleure connaissance du HPV dès l'adolescence par rapport aux hommes, qui sont moins impliqués dans le suivi médical de leurs enfants et moins à l'aise pour discuter de sexualité avec eux. Parmi les réflexions qui se sont dégagées de nos résultats, informer le public concerné aussi bien à l'échelle collective qu'individuelle doit être une priorité. Proposer des consultations systématiques à l'entrée de l'adolescence du garçon, aborder ce vaccin lors du FCU de la mère et introduire en consultation le sujet de la sexualité auprès des pères pourraient aussi améliorer la diffusion de l'information et l'adhésion vaccinale.

Conclusion : La complexité de ce processus décisionnel rend nécessaire une diversité de discours afin d'optimiser l'adhésion vaccinale. Elle fait intervenir l'enfant et son niveau de maturité ainsi que les parents et leur position face à la sexualité. Nous devons en tenir compte en tant que médecins généralistes et référents de la décision vaccinale familiale. Une approche globale est nécessaire en coopération avec les instances en Santé Publique afin de multiplier l'information.

MOTS-CLÉS : vaccin - GARDASIL - papillomavirus - garçons - médecine générale - recommandations - cancer - déterminants - freins

TITLE: Barriers and levers to the vaccination of the young boy by the GARDASIL 9® : story of a decision-making process family.

SUMMARY:

Introduction: Human Papillomavirus (HPV) infections are the most common of sexually transmitted infections. They can lead to cancers and condylomas in women and men. Vaccination against the virus has been recommended in France since 2006 in young women and for young men since January 2021. We have sought to record the determining factors who play a role in the vaccine protocol among parents of boys aged 11 to 19.

Objectives: The principal goal of our study was to explore the limitations and motivations that parents might have regarding vaccinating their teenage boys with GARDASIL 9®. The secondary objective was to identify ways to improve the number of vaccinations.

Method: We conducted a qualitative study in the form of individuals interviews. Ten interviews were organized. Based on the verbatim, a coding was performed. Our target population was the parents of teenage boys ages 11 to 19.

Results: Resistance to vaccination with GARDASIL 9® included, among other things, lack of information, a fear that parents would be responsible for undesirable side effects, the fact that the vaccine is not mandatory, the belief that it was not relevant for teenage boys, the topic of sexuality and the lack of dedicated medical consults for boys. Motivations included collective protection, raising awareness among boys about female pathologies and their role in the transmission of HPV. The doctor delivered the information to the mother, who played a central role in transmission to the father, who was often passive. The pair of parents made the decision together, more or less involving the teenager in the discussion.

Discussion: The decision-making process took place in a tripartite model of mother/father/child where both internal and external factors played a role. Women have a better knowledge of HPV, while men are less involved in medical checkups for their children and less inclined to approach the topic of sexuality with them. It is paramount to inform at-risk populations both on an individual and collective scale. Some options include offering systematic consults to teenage boys, mentioning the vaccine during the mother's Pap smear and broaching the subject of sexuality with fathers, could improve the dissemination of information and vaccination adherence.

Conclusion: The complexity of this decision-making process requires a diversity of approaches in order to reach optimal vaccine support. Children's maturity is at the heart of this topic, as is the parents' relationship to the sexuality. We must take this into account as general practitioners and referents of the family vaccination decision. A global approach is necessary in cooperation with public health entities, in order to spread information.

KEY WORDS : Men - decision making – vaccines - papillomaviridae - general medicine - cancer - obstacles - recommendations - determining factors

Discipline administrative : Médecine Générale

UFR : Université Toulouse III – Paul Sabatier Faculté de Santé Toulouse Rangueil
133 Route de Narbonne 31400 Toulouse