

Faculté de santé publique

**La vaccination contre le
papillomavirus humain (HPV) dans
l'enseignement secondaire :
comprendre les déterminants de la
réticence vaccinale parentale en
Fédération Wallonie-Bruxelles**

Mémoire réalisé par
Massart Armelle

Promoteur·rice(s)
Annie Robert

Année académique 2025-2026
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Faculté de santé publique

**La vaccination contre le
papillomavirus humain (HPV) dans
l'enseignement secondaire :
comprendre les déterminants de la
réticence vaccinale parentale en
Fédération Wallonie-Bruxelles**

Mémoire réalisé par
Massart Armelle

Promoteur·rice(s)
Annie Robert

Année académique 2025-2026
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Remerciements

Je tenais à remercier sincèrement ma promotrice, Mme Robert. Merci pour votre accompagnement bienveillant. Votre disponibilité et votre écoute m'ont fait me sentir en confiance lors de la réalisation de mon mémoire. Vous avez toujours su pousser ma réflexion plus loin, ce qui m'a permis d'approfondir mes idées et d'enrichir mon travail. Votre expertise dans le domaine est remarquable et j'ai donc eu beaucoup de chance de croiser votre chemin. Alors tout simplement merci !!

Je tiens également à remercier ma famille pour leur soutien. Ils n'hésitaient pas à s'intéresser et à me poser des questions sur mon sujet afin de me motiver dans l'avancée de mon mémoire.

Merci à tous ceux qui ont cru en moi et qui ne me font jamais douter de mes rêves les plus fous. Merci la vie !

Plagiat

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.

Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux, ...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiant·e·s en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain

Table des matières

1. Introduction	1
1.1. Contexte.....	1
1.2. Problématique de recherche.....	6
1.3. Question de recherche.....	7
1.4. Objectif général et objectifs spécifiques de l'étude.....	7
2. Revue de la littérature	8
2.1. Le papillomavirus humain	8
2.1.1. Définition et caractéristiques	9
2.1.2. Modes de transmission	10
2.1.3. Morbidité et cancers	12
2.1.4. Poids épidémiologique du HPV	12
2.2. La vaccination contre le HPV	14
2.2.1. Principes généraux.....	14
2.2.2. Les vaccins anti-HPV	15
2.2.3. Objectifs internationaux et nationaux de couverture vaccinale	19
2.3. La vaccination contre le HPV dans l'enseignement secondaire	20
2.3.1. La vaccination scolaire en Fédération Wallonie-Bruxelles	20
2.3.2. La couverture vaccinale actuelle	21
2.3.3. Rôle des acteurs impliqués dans la vaccination scolaire.....	22
2.4. Hésitation et réticence vaccinale.....	23
2.4.1. Définition	23
2.4.2. Les limites du concept d'hésitation	24
2.4.3. L'ambivalence de la réticence vaccinale	25
2.4.4. Le choix du concept de réticence vaccinale parentale.....	26
2.5. La réticence vaccinale parentale face au vaccin HPV.....	26
2.5.1. Les déterminants individuels	26
2.5.2. Les déterminants sociaux et culturels.....	27
2.5.3. Les déterminants institutionnels.....	28
2.5.4. Les spécificités de la vaccination HPV	28
3. Méthodologie.....	29
3.1. Choix du sujet et évolution de la problématique	29
3.2. Construction du cadre théorique.....	30
3.3. Approche méthodologique	31
3.4. Stratégie d'échantillonnage.....	33
3.5. La collecte des données.....	35
4. Résultats	36
4.1. Description de l'échantillon	36
4.2. Présentation des résultats	36
4.2.1. Les représentations sur le papillomavirus humain.....	37

5. Discussion	55
5.1. HPV et hommes.....	55
5.2. HPV et femmes	56
5.3. Caractère non-obligatoire du vaccin.....	58
5.4. Système immunitaire.....	60
5.5. Effets secondaires/balance bénéfices risques	62
5.6. Expériences personnelles et entourage/médias.....	63
5.7. Covid-19	67
5.8. Sentiment urgence	68
5.9. Sexualité/âge	70
5.10. Manque de recul	72
5.11. Financier	73
5.12. Introduction substances dans le corps	74
5.13. Manque d'informations	75
5.14. PSE	76
6. Perspectives	78
7. Conclusion	78
8. Références biblio.....	80
9. Annexes.....	92

Liste d'abréviations

Abréviations	Nom au complet
ADN	Acide désoxyribonucléique
BCR	Belgian Cancer Registry
CCRES	Commission Communautaire française
CESI	Service Externe de Prévention et de Protection au Travail
CIN2+	Néoplasie intraépithéliale cervicale de grade 2 ou plus
CPMS	Centre Psycho-Médico-Social
FWB	Fédération Wallonie-Bruxelles
GSK	GlaxoSmithKline
HPV	Human papillomavirus (papillomavirus humain)
IC	Intervalle de Confiance
KCE	Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé
MSD	Merck Sharp & Dohme
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONE	Office de la Naissance et de l'Enfance
OR	Odds Ratio
PSE	Promotion de la Santé à l'École
SPSE	Service de Promotion de la Santé à l'École
UFAPEC	Union Francophone des Associations de Parents de l'Enseignement Catholique
UNIA	Centre interfédéral pour l'égalité des chances
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VLP	Virus-Like Particle (Particule pseudo-virale)
WHO	World Health Organization (Organisation Mondiale de la Santé)

1. Introduction

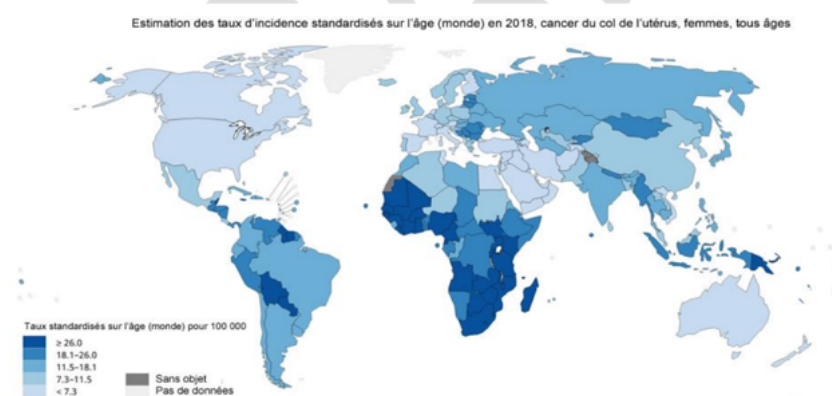
1.1. Contexte

Le papillomavirus humain (HPV) constitue l'une des infections sexuellement transmissibles les plus répandues au monde. On estime d'ailleurs que la quasi-totalité des personnes sexuellement actives seront infectées au cours de leur vie, le plus souvent sans même présenter de symptômes. (OMS, 2024)

Certaines souches dangereuses provoquent des pathologies graves telles que des cancers du col utérin, mais aussi des cancers anogénitaux et de la sphère ORL.

À l'échelle mondiale, le cancer du col de l'utérus reste un vrai enjeu de santé publique. C'est encore aujourd'hui le quatrième cancer le plus fréquent chez les femmes, avec environ 570 000 nouveaux cas recensés en 2018. En Belgique, il est moins fréquent et se situe au 13^e rang des cancers féminins. Même si tous les pays sont concernés, ils ne sont clairement pas touchés de la même manière et on le remarque sur la carte du monde ci-dessous. L'incidence est beaucoup plus élevée dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, avec des écarts très marqués. On peut aller jusqu'à 75 cas pour 100 000 femmes dans certaines régions, contre moins de 10 dans les pays les moins exposés. (OMS, 2020)

Fig 1. Estimation de l'incidence du cancer du col de l'utérus standardisée sur l'âge, 2018



Source : IARC GLOBOCAN 2018.

Figure 1. Estimation de l'incidence du cancer du col de l'utérus standardisée sur l'âge, 2018.

Tiré de *Projet de stratégie mondiale visant à accélérer l'élimination du cancer du col de l'utérus en tant que problème de santé publique*, par Organisation mondiale de la Santé, 2020.

Fig 2. Estimation de la mortalité du cancer du col de l'utérus standardisée sur l'âge, 2018

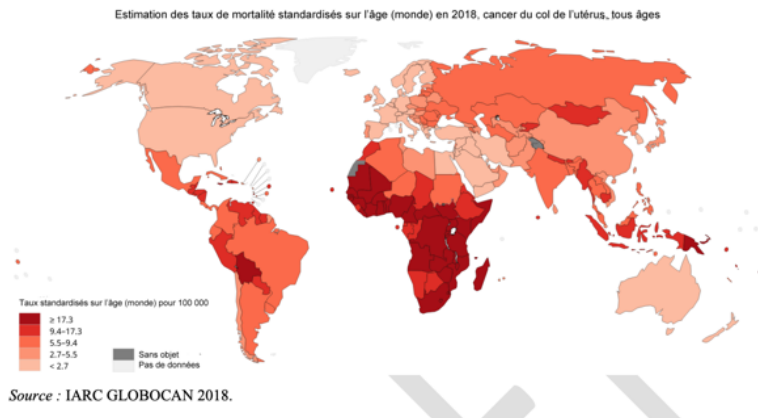


Figure 2. *Estimation de la mortalité du cancer du col de l'utérus standardisée sur l'âge, 2018.*

Tiré de Projet de stratégie mondiale visant à accélérer l'élimination du cancer du col de l'utérus en tant que problème de santé publique, par Organisation mondiale de la Santé, 2020.

On retrouve les mêmes inégalités quand on regarde la mortalité. En 2018, près de 311 000 femmes sont décédées de ce cancer, et la grande majorité, environ 90 %, vivaient dans des pays à revenu faible ou intermédiaire.

Dans ces contextes, plus de 60 % des femmes atteintes en meurent, contre environ 30 % dans les pays à revenu élevé. Ça montre bien à quel point l'accès au dépistage, à la prévention et aux soins change tout. (OMS, 2020)

Les chiffres que projette l'OMS pour les années à venir sont franchement inquiétants. D'ici 2030, on parlerait de près de 700 000 nouveaux cas de cancer du col de l'utérus et autour de 400 000 décès ce qui est quand même considérable. Par rapport à 2018, ça représente une augmentation d'environ un cinquième des cas, et même plus d'un quart pour les décès. Ce qui frappe aussi, c'est que cette hausse ne va pas toucher tout le monde de la même façon puisque ce sont surtout les pays à revenus faibles ou intermédiaires qui vont être le plus touchés. Cela reflète des inégalités mondiales qui restent malheureusement bien réelles face à cette maladie. (OMS, 2020)

En Belgique en 2018, 610 nouveau cas de cancer du col de l'utérus ont été diagnostiqués. Et du coup le risque cumulé de développer un cancer du col de l'utérus au cours de la vie (0-84 ans) est de 0,8 femme sur 100. (Belgian Cancer registry, 2025)

La vaccination anti-HPV constitue dès lors une réponse préventive qui est, en Belgique, proposée gratuitement aux adolescents via les écoles secondaires.

Pourtant, malgré cette accessibilité, la couverture vaccinale reste insuffisante étant donné qu'un décalage existe entre les recommandations officielles et les pratiques réelles des familles, ce qui soulève des interrogations sur les freins à cette prévention.

Les enquêtes de l'ONE indiquent qu'en 2022–2023, la couverture vaccinale contre le HPV chez les élèves de 2e secondaire en Fédération Wallonie-Bruxelles était de 59,7 % pour la première dose (tableau 1) et de 52,4 % pour la seconde dose (tableau 2). Ces taux sont inférieurs aux objectifs internationaux de santé publique puisque l'OMS vise une couverture vaccinale de 90% dans le cadre donc de l'élimination du cancer du col de l'utérus pour 2030 (OMS, 2024). Ces données permettent de quantifier la situation mais n'expliquent pas les raisons de la non-adhésion vaccinale... De plus, on remarque des disparités territoriales entre par exemple Bruxelles (45,9%) et la province du Luxembourg (67,7%) pour la première dose. On observe également des disparités entre les différents réseaux de vaccination. (Brasseur & Sarr; 2023)

Le premier tableau ci-dessous présente le statut vaccinal pour la première dose du vaccin contre le HPV chez les élèves de 2e secondaire en 2022–2023, en distinguant les différences selon le genre, la province ou région ainsi que le type de vaccinateur. Les différences territoriales ainsi que l'écart entre les filles et les garçons indique que la décision vaccinale ne repose pas uniquement sur l'accessibilité du vaccin. Donc, 40,3 % ne présentent pas un schéma vaccinal complété dans le cadre scolaire et ne correspond pas uniquement à des refus explicites.

Parmi eux, 9,3 % relèvent d'un refus déclaré, 9,1 % correspondent à une demande de vaccination auprès du médecin traitant et 13,5 % présentent un statut vaccinal inconnu

Ces chiffres montrent que la non-vaccination ne constitue pas un ensemble homogène.

La proportion non négligeable de refus déclarés et de statuts vaccinaux inconnus met en lumière l'existence d'une zone intermédiaire entre adhésion et opposition franche, ce qui conforte la pertinence d'analyser la réticence vaccinale parentale comme un phénomène nuancé et multifactoriel.

Tableau 1 : *Statut vaccinal (%) pour la 1^{ère} dose du vaccin contre le HPV chez les élèves de 2^{ème} secondaire par genre et province/région, et par type de vaccinateur en 2022-2023*

		Bruxelles- Capitale (n=795)	Brabant wallon (n=726)	Hainaut (n=726)	Liège (n=913)	Luxembourg (n=868)	Namur (n=694)	FW-B (n=4 722)
Sous-total vaccinés	F	49,6	69,7	54,5	60,1	72,4	73,3	63,6
	G	42,2	65,3	45,9	56,2	62,7	61,3	55,8
	T	45,9	67,5	50,1	58,2	67,7	67,5	59,7
Non vaccinés	F	19,7	0,0	6,0	10,9	2,9	3,4	7,2
	G	20,7	0,4	7,0	13,6	7,9	7,0	9,7
	T	20,2	0,2	6,5	12,2	5,3	5,2	8,4
Refus	F	9,1	16,2	7,2	6,6	7,1	5,4	7,8
	G	14,4	22,3	7,1	6,9	10,4	9,2	10,8
	T	11,7	19,2	7,1	6,7	8,7	7,3	9,3
Demande médecin traitant	F	6,9	13,5	10,2	10,7	10,6	9,6	9,6
	G	5,8	10,7	9,9	9,7	10,4	7,1	8,6
	T	6,4	12,1	10,1	10,2	10,5	8,4	9,1
Sous-total non vaccinés	F	35,8	29,7	23,3	28,2	20,5	18,4	24,5
	G	40,9	33,4	24,0	30,1	28,7	23,4	29,1
	T	38,3	31,6	23,7	29,1	24,5	20,8	26,8
Sous-total statut vaccinal inconnu	F	14,6	0,6	22,2	11,6	7,0	8,3	11,9
	G	16,9	1,3	30,1	13,7	8,6	15,4	15,1
	T	15,8	0,9	26,2	12,7	7,8	11,7	13,5

Légende : F= filles ; G= garçons ; T= total ; 100% = sous-total vaccinés + sous-total non vaccinés + sous-total statut vaccinal inconnu ; autres vaccinateurs = pédiatre, médecin traitant, hôpitaux, ... ; Refus = s'il existe un refus de vaccination connu ; Demande médecin traitant = si la vaccination a été demandée chez le médecin traitant (sur base de l'autorisation vaccinale parentale signée) ; les résultats (%) ont été pondérés par province/région.

Tableau 1. *Statut vaccinal (%) pour la 1^{ère} dose du vaccin contre le HPV chez les élèves de 2^{ème} secondaire par genre et province/région, et par type de vaccinateur en 2022-2023.* Tiré de *Résumé enquête de couverture vaccinale 2022-2023 : La vaccination contre le papillomavirus humain (HPV) chez les élèves de 2^{ème} secondaire dans l'enseignement de la Fédération Wallonie-Bruxelles*, par Brasseur, C. & Sarr, K., 2023.

La couverture vaccinale entre la première dose (59,7%) et la deuxième dose (52,4%) diminue.

Cela montre qu'il y a également un problème de continuité mais qui n'est pas le sujet premier de ce mémoire.

Tableau 2 : *Statut vaccinal (%) pour la 2^{ème} dose du vaccin contre le HPV chez les élèves de 2^{ème} secondaire par genre et province/région, et par type de vaccinateur en 2022-2023*

		Bruxelles- Capitale (n=795)	Brabant wallon (n=726)	Hainaut (n=726)	Liège (n=913)	Luxembourg (n=868)	Namur (n=694)	FW-B (n=4 722)
Sous-total vaccinés	F	42,9	58,4	42,5	51,3	65,6	65,5	55,1
	G	39,7	57,5	39,3	47,3	57,9	53,8	49,5
	T	41,3	57,9	40,9	49,3	61,9	59,8	52,4
Non vaccinés	F	20,3	0,8	8,4	14,5	4,3	4,7	8,9
	G	19,8	0,4	8,8	16,4	9,6	7,8	10,9
	T	20,0	0,6	8,7	15,4	6,8	6,2	9,9
Refus	F	9,6	16,5	7,3	7,2	7,1	5,4	8,0
	G	14,5	22,6	6,8	6,9	10,9	8,4	10,8
	T	12,0	19,6	7,0	7,0	8,9	6,8	9,4
Demande médecin traitant	F	7,6	23,6	10,9	13,6	15,0	14,3	13,2
	G	6,8	18,1	11,1	12,6	13,0	12,2	11,9
	T	7,2	20,9	11,0	13,1	14,0	13,3	12,5
Sous-total non vaccinés	F	37,4	40,9	26,6	35,2	26,4	24,5	30,1
	G	41,1	41,1	26,8	35,8	33,4	38,3	33,6
	T	39,3	41,0	26,7	35,5	29,8	26,3	31,8
Sous-total statut vaccinal inconnu	F	19,7	0,7	30,9	13,6	8,1	10,1	14,8
	G	19,2	1,4	34,0	16,9	8,6	17,9	16,9
	T	19,4	1,1	32,4	15,2	8,3	13,9	15,8

Légende : F= filles ; G= garçons ; T= total ; 100% = sous-total vaccinés + sous-total non vaccinés + sous-total statut vaccinal inconnu ; autres vaccinateurs = pédiatres, médecins traitants, hôpitaux, ... ; Non vacciné = si la personne n'est pas vaccinée sur base des données vaccinales disponibles ; Refus = s'il existe un refus de vaccination connu ; Demande médecin traitant = si la vaccination a été demandée chez le médecin traitant (sur base de l'autorisation vaccinale parentale signée) ; les résultats (%) ont été pondérés par provinces/régions.

Tableau 2. *Statut vaccinal (%) pour la 2^{ème} dose du vaccin contre le HPV chez les élèves de 2^{ème} secondaire par genre et province/région, et par type de vaccinateur en 2022-2023. Tiré de Résumé enquête de couverture vaccinale 2022-2023 : La vaccination contre le papillomavirus humain (HPV) chez les élèves de 2^{ème} secondaire dans l'enseignement de la Fédération Wallonie-Bruxelles, par Brasseur, C. & Sarr, K., 2023.*

Mon mémoire se justifie dès lors par la nécessité de mieux comprendre les représentations et les perceptions des parents, acteurs clés de la décision vaccinale, afin d'identifier des pistes d'amélioration des stratégies de prévention. Les parents portent cette décision vaccinale, lors de l'adolescence de leur enfant et contrairement à d'autres vaccins, celui contre le HPV concerne la sexualité. Il s'agit alors d'une décision influencée par les perceptions parentales face à l'intimité de leur enfant.

J'ai choisi ce sujet de mémoire à la suite d'un stage réalisé en première année en soins infirmiers généraux au CESI (Service Externe de Prévention et de Protection au Travail) qui se situe sur le campus d'Alma à Woluwé. Le CESI est une organisation belge dont la mission est de promouvoir le bien-être, la santé et la sécurité des travailleurs, notamment à travers le suivi médical et des actions de prévention en entreprise (Groupe CESI, 2026). Durant un après-midi, le médecin que je suivais m'avait parlé de la vaccination contre le HPV et des réticences que des parents

pouvaient avoir. Je me souvenais également qu'il m'avait montré les chiffres datant donc de 2020-2021. Cette discussion m'avait donc interpellée et m'a amenée à me questionner sur les raisons qui pouvaient expliquer ces refus. Cette problématique est restée dans un coin de ma tête au fil de mes études. Lorsque le moment est venu de choisir de trouver le sujet de mon mémoire, j'ai repensé à cet échange le médecin. Il m'a semblé évident de mieux comprendre les déterminants qui influencent les décisions parentales en matière de vaccination.

A l'initiative de Mme Robert, ma promotrice, j'ai approfondi ma réflexion grâce à la lecture du livre « Stuck » de Heidi Larson (Larson, 2020). Elle est anthropologue et spécialiste des perceptions du risque et de la confiance envers les interventions de santé publique. Elle analyse et étudie la manière dont les rumeurs et les peurs influencent les décisions vaccinales. Cet ouvrage m'a permis d'apporter un éclairage théorique et de me lancer dans la réalisation de mon mémoire. Elle a montré que les décisions concernant la vaccination ne sont pas seulement en lien avec un déficit d'information scientifique mais peut également être relatif à des dynamiques sociales, émotionnelles et politiques plus larges. L'autrice parle beaucoup des rumeurs et des mécanismes d'« amplification sociale du risque » qui transforment les inquiétudes individuelles en inquiétudes en mouvements collectifs de peur et de panique (Larson, 2020). Elle y a montré de nombreux exemples empiriques qui ont ajouté une dimension plus concrète et éclairante à la compréhension du livre.

Cette lecture m'a permis de comprendre la complexité des méfiances qui est relatif au vaccin et d'aborder la notion de réticence vaccinale non comme un simple manque d'information mais un phénomène qui est ancré dans des logiques sociales et culturelles.

1.2. Problématique de recherche

Pour aborder la problématique de recherche, nous mettons tout d'abord en évidence que l'efficacité et la sécurité du vaccin contre le HPV est déjà bien établies dans la littérature scientifique, comme nous le verrons, mais ces éléments ne suffisent pas à expliquer la faible adhésion vaccinale observée dans la population belge. En ce sens, nous avons relevé plusieurs articles scientifiques qui montrent que les comportements vaccinaux ne dépendent pas seulement de l'accessibilité aux services de santé, mais plutôt des facteurs psychologiques, sociaux, culturels et institutionnels.

En effet, dans le cas de la vaccination HPV, ces facteurs nous paraissent particulièrement marqués, notamment en raison de la nature sexuellement transmissible de l'infection, qui complexifie la prise de décision parentale. S'ajoutent à cela la temporalité des bénéfices attendus

ainsi que le fait que la vaccination soit proposée à des adolescents en bonne santé. Certains parents expriment ainsi des doutes ou des peurs spécifiques à ce vaccin, sans pour autant refuser toute forme de vaccination.

Toutefois, nous mettons en évidence que cela ne permet pas de tirer une conclusion sur la cohérence des décisions parentales de non-vaccination. La notion de réticence vaccinale semble dès lors apparaître comme un cadre pertinent pour comprendre des positions des parents, tantôt situées vers l'adhésion et tantôt vers le refus.

Les parents ayant accepté la vaccination seront également pris en compte comme point de comparaison, afin de mieux comprendre les différences et similitudes dans les logiques de décision.

1.3. Question de recherche

Nous abordons alors notre question de recherche au regard de ces éléments en soulignant que ce mémoire vise à mieux comprendre les mécanismes de décision parentale de ne pas faire vacciner son enfant contre le HPV dans le cadre de l'enseignement secondaire. Dans cette perspective, les résultats seront également mis en comparaison avec ceux de parents ayant accepté la vaccination, afin d'apporter un point de vue complémentaire et de mieux comprendre les différences dans les logiques de décision.

Dès lors, la question de recherche de ce travail est la suivante : « *Quels sont les déterminants de la réticence vaccinale parentale face à la vaccination contre le papillomavirus humain (HPV) dans l'enseignement secondaire en Fédération Wallonie-Bruxelles ?* », cette question tentera d'explorer les logiques de décision qui influencent la position des parents concernés, de même que les représentations, les perceptions du risque ainsi que les expériences vécues.

1.4. Objectif général et objectifs spécifiques de l'étude

Nous définissons l'objectif général de ce mémoire comme étant celui de « *comprendre les déterminants de la réticence vaccinale parentale à l'égard de la vaccination contre le HPV chez les adolescents scolarisés dans l'enseignement secondaire* », en tentant d'analyser la manière dont les parents construisent leur décision de non-vaccination.

Plus spécifiquement, nous établissons des objectifs spécifiques dont le premier sera

« *d'explorer les perceptions et les connaissances des parents concernant le HPV et la vaccination associée* », le second sera « *d'identifier les peurs, les doutes et les freins exprimés par les parents face à la vaccination HPV* », le suivant sera « *d'analyser le rôle des dimensions*

sociales, culturelles et institutionnelles dans la construction de la réticence vaccinale » et le dernier sera « de comprendre la place de la relation avec les professionnels de santé et les dispositifs de vaccination scolaire dans la prise de décision parentale ».

En adoptant ces objectifs avec une approche qualitative centrée sur les propos des parents, notre mémoire cherchera alors à apporter des connaissances « *de terrain* », afin de contribuer à une réflexion plus large sur les stratégies autour de la vaccination contre le HPV.

2. Revue de la littérature

La compréhension des déterminants de la réticence vaccinale parentale face à la vaccination contre le papillomavirus humain nécessite un plongeon dans les connaissances scientifiques existantes. En ce sens, la revue de la littérature constitue la première étape de notre travail de recherche. Celle-ci permettra de situer la problématique étudiée dans la littérature existante et d'identifier les résultats empiriques existants sur le sujet qui traversent notre recherche autour de la vaccination.

Dans le contexte du HPV, la littérature scientifique nous semble particulièrement abondante, tant sur les aspects biomédicaux de l'infection et de la vaccination que sur les enjeux comportementaux, sociaux et institutionnels liés à l'adhésion vaccinale. Cela étant, force est de constater que les travaux que nous avons pu identifier concernent différentes approches qui rendent nécessaire une mise en perspective.

Ce chapitre dédié à la revue de la littérature visera dès lors à dégager les connaissances actuelles sur le sujet ainsi que les zones de tension, les incertitudes et les controverses qui engendrent les réticences observées sur le terrain.

2.1. Le papillomavirus humain

Le papillomavirus humain, plus communément désigné sous l'acronyme HPV pour « *Human Papillomavirus* », constitue aujourd'hui un enjeu de santé publique, tant à l'échelle nationale qu'à l'échelle mondiale.

Il s'agit de « *l'infection sexuellement transmissible la plus courant dans le monde* » (Barzilay et al., 2025), touchant la majorité des individus sexuellement actifs au cours de leur vie.

Comme le rappelle l'article de Markowitz et al., 2022 publié dans « *The New England Journal of Medicine* », la majorité des infections demeurent asymptomatiques et transitoires, puisque plus

de 90 % des nouvelles infections par le HPV sont éliminées spontanément ou deviennent indétectables dans un délai de un à deux ans (Markowitz et al., 2022).

Bien que souvent asymptomatique « l'infection à HPV *« survient très tôt dans l'enfance et le plus souvent de façon transitoire en raison d'une réponse immunitaire efficace »* (Aubin & Guerrini, 2007). En effet, les infections à HPV de l'enfant se présentent sous forme de verrues et se transmettent en in utero à travers le placenta, soit au cours de l'accouchement (Aubin & Guerrini, 2007). Cela étant, l'infection par certains types de HPV peut évoluer vers des pathologies graves tels que des cancers.

En effet, une infection persistante par certains types de HPV peut progresser vers un cancer du col de l'utérus, mais également vers d'autres cancers anogénitaux ainsi que des cancers de l'oropharynx (Markowitz et al., 2022). Ce contraste entre la fréquence élevée de l'infection et la gravité potentielle de ses complications met en lumière l'importance des stratégies de prévention primaire.

Pour mieux connaître ce qu'est le papillomavirus humain, nous allons tout d'abord mettre en évidence sa définition et ses caractéristiques. Nous nous intéresserons ensuite aux modes de transmission, à la morbidité et aux cancers ainsi qu'au poids épidémiologique de telle sorte à investiguer, dans le point suivant, sa vaccination.

2.1.1. Définition et caractéristiques

L'infection par le HPV est causée par les papillomavirus humains, qui sont des virus à ADN de la famille des Papillomaviridae. Le HPV se transmet essentiellement par contact sexuel, et la plupart des infections passent inaperçues (Barzilay et al., 2025). Le contact sexuel constitue donc de loin la voie de transmission la plus fréquente. Une transmission verticale de la mère à l'enfant est également possible, notamment lors de l'accouchement, mais elle reste beaucoup plus rare, avec un risque estimé autour de 10 à 20 % chez les mères infectées. (Bénard et al., 2025).

Les papillomavirus humains regroupent plus de 200 types différents de HPV (Markowitz et al., 2022). Au moins 12 d'entre eux ont été démontrés comme étant oncogènes ou « à haut risque ». Le terme « à haut risque » signifie que le sous-type de HPV a été associé à un cancer - bien que cela ne signifie pas nécessairement qu'un patient en particulier présente un risque élevé de cancer (Barzilay et al., 2025).

L'article souligne que le type HPV 16 et 18 sont celui qui représente le potentiel carcinogène le plus élevé et presque tous les cancers du col de l'utérus sont attribuables à une infection par le HPV. À l'échelle mondiale, les types HPV16 et HPV18 sont responsables d'environ 70 % des cancers du col de l'utérus et d'une proportion encore plus importante des autres cancers liés au HPV (Barzilay et al., 2025). À l'inverse, les types HPV6 et HPV11, bien qu'ils ne soient pas oncogènes, sont à l'origine de la majorité des verrues anogénitales et de la papillomatose respiratoire récurrente (Markowitz et al., 2022).

Ces virus sont classés en deux grandes catégories selon leur oncogène, selon le Conseil supérieur de la santé. Celui-ci mentionne les HPV dits à « *faible risque* », principalement responsables de lésions bénignes telles que les verrues génitales, et les HPV à « *haut risque* », associés au développement de lésions précancéreuses et cancéreuses (Conseil Supérieur de la Santé [CSS], 2017).

La relation entre infection par le papillomavirus humain (HPV) et cancer du col de l'utérus a été établie par une analyse multicentrique menée par Muñoz et al. (2003). Cette étude met en évidence une association forte entre la présence d'ADN HPV et le cancer du col (OR = 158,2 ; IC à 95 % : [113,4 – 220,6]). Concernant le cancer du col de l'utérus, « Virtually 100% of cervical cancers contain high-risk HPV DNA ». C'est-à-dire que l'HPV contribue au développement du col du cancer de l'utérus (Stanley et al., 2007).

2.1.2. Modes de transmission

La transmission du HPV est « *essentiellement sexuelle* » (Sauvageau & al., 2021), incluant alors les rapports vaginaux, les rapports anaux et les rapports oraux. Contrairement à certaines croyances présentes dans la population, la pénétration n'est pas indispensable à la transmission du virus, qui se « *transmet par contact avec une muqueuse infectée* » (HPV Belgium, 2025). Dès lors, un contact cutanéomuqueux peut être suffisant.

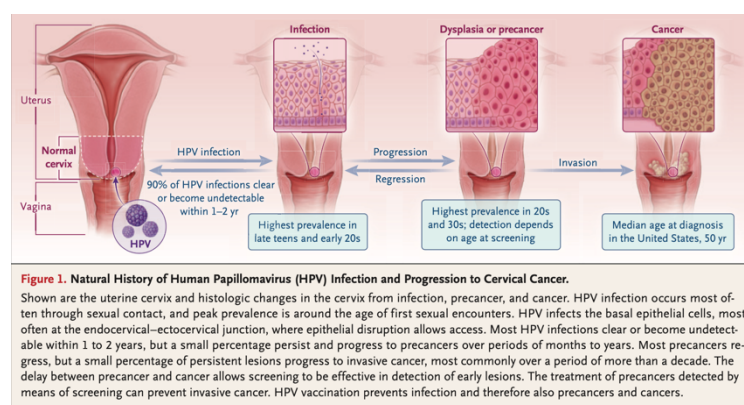
Nous soulignons cette caractéristique qui explique la prévalence de l'infection et son acquisition parfois précoce, fréquemment peu de temps après le début de la vie sexuelle. Des modes de transmission non sexuels, tels que « *la transmission materno-fœtale* » (Medeiros et al., 2005) lors de l'accouchement, restent marginaux.

Notons cependant que seules « *10 à 20 % des infections persistantes par le HPV présentent un potentiel d'évolution vers un cancer du col de l'utérus, la majorité des infections disparaissant spontanément quelques années après l'exposition au virus.* » (Baba et al., 2025) dans la majorité des cas. En ce sens, plus de 90 % des nouvelles infections sont éliminées spontanément par le système immunitaire dans un délai deux ans, sans laisser de séquelles (Barzilay et al., 2025).

Toutefois, chez une minorité de personnes, l'infection persiste, en particulier lorsqu'elle implique un type de HPV à haut risque où cette persistance constitue un facteur dans le processus de carcinogenèse (Markowitz et al., 2022).

En ce sens, elle peut entraîner des modifications cellulaires progressives au niveau des tissus infectés, notamment du col de l'utérus, qui peuvent évoluer vers des « *lésions précancéreuses* » puis, dans certains cas, vers un « *cancer invasif* ».

Figure 1 Natural History of Human Papillomavirus (HPV) Infection and Progression to Cervical Cancer.



Source: Tiré de « Human papillomavirus vaccination », par L. E. Markowitz et E. R. Unger, 2023, *New England Journal of Medicine*, 388(19), p. 1791 (<https://doi.org/10.1056/nejmcp2108502>). Tous droits réservés 2023 par Massachusetts Medical Society.

Les mécanismes conduisant d'une infection par l'HPV à l'apparition de lésions précancéreuses puis à un cancer sont complexes. Afin de comprendre pourquoi la majorité des infections régressent, et une minorité des infections évoluent vers des formes sévères, il est essentiel de comprendre le cycle de l'infection à l'HPV.

L'infection nécessite une micro-lésion (microwound) qui permet au virus d'atteindre les cellules basales de l'épithélium, appelé « réservoir de l'infection ». Le génome viral s'installe sous forme d'épisome (ADN viral non intégré) et peut être maintenu à faible nombre de copies. Cette phase peut rester silencieuse. Quand les cellules infectées se différencient et remontent vers la surface, le virus active certains mécanismes cellulaires pour amplifier son génome, puis produit des protéines de capsides et libère des virions en surface. Cela correspond souvent à des lésions bénignes ou peu visibles. Pour les types « low risk », à des verrues. Dans la majorité des cas, l'organisme déclenche l'infection et conduit à la régression des lésions. A ce stade-là, beaucoup d'infections disparaissent sans conséquence clinique (Doorbar et al., 2012).

Chez certaines personnes, le HPV peut persister, soit comme infection persistante active, soit

sous forme de latence. Cette forme de latence est caractérisée par une expression des gènes qui diminue, mais l'ADN viral peut rester présent dans la couche basale (parfois également dans des cellules souches épithéliales).

Une baisse de l'immunité (immunodépression, variations hormonales, etc.) peut favoriser une réactivation d'une infection latente avec reprise de la production virale ou apparition/récidive des lésions (Doorbar et al., 2012).

Pour les HPV à haut risque, le danger principal est la persistance ainsi qu'une dérégulation de l'expression virale entraînant une prolifération cellulaire excessive ainsi que des défauts de réparation de l'ADN. Cela peut conduire à des lésions précancéreuses. Dans une minorité des cas, après plusieurs années de persistance, il y aura une progression vers un cancer invasif (Doorbar et al., 2012).

2.1.3. Morbidité et cancers

Notons d'emblée que « *l'évolution est lente entre l'infection à HPV, l'apparition de lésions précancéreuses, et celle d'un cancer* » (Haute Autorité de Santé, 2020). Elle dépend en effet du type viral impliqué mais aussi de l'état immunitaire de la personne infectée ainsi que de facteurs comportementaux et environnementaux. Nous soulignons notamment que le tabagisme est associé à une diminution de la clairance du HPV, donc à une persistance accrue (Giuliano et al., 2002). Cette temporalité longue contribue alors à une perception atténuée du risque, tant chez les individus concernés que dans les décisions de prévention.

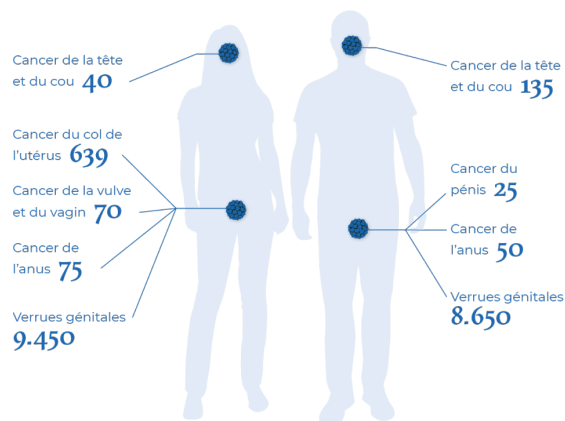
2.1.4. Poids épidémiologique du HPV

Le cancer de l'utérus restant la pathologie la plus emblématique associée au HPV. À l'échelle mondiale, il représente l'un des cancers les plus fréquents chez la femme, bien qu'il soit largement évitable grâce à des stratégies de prévention efficaces combinant dépistage et vaccination.

En Belgique, « *plus de 1 000 nouveaux cas de cancer causés par le papillomavirus humain (HPV) sont diagnostiqués* » (Ophaco, 2025) le dépistage organisé permet alors de réduire l'incidence et la mortalité liées à ce cancer, sans toutefois les éliminer complètement. L'infection par le HPV est également impliquée dans d'autres cancers, touchant aussi bien les femmes que les hommes, ce qui justifie une approche préventive non genrée.

Comme illustré ci-dessous, l'HPV touche provoque le cancer de l'oropharynx, le cancer de la

vessie, le cancer du vagin, le cancer de la vulve, le cancer du pénis, me cancer de l'anus. L'HPV provoque également des verrues génitales.



Source : Tiré de « Le virus », par HPV Belgium FR, 2025, HPVinfo.be (<https://www.hpvinfo.be/le-virus/>). Tous droits réservés 2025 par MSD Belgium.

J'ai trouvé le tableau suivant très intéressant puisque le Belgian Cancer Registry (2018) montre une augmentation attendue des cancers associés au HPV d'ici 2030. Le cancer de l'oropharynx connaîtrait la hausse la plus importante, passant de 783 cas à 1121 cas. Le cancer du pénis et de l'anus augmenterait quand même pas mal. Cependant le cancer du col de l'utérus progresserait plus lentement passant de 634 cas à 671 cas. (Fondation contre le Cancer, 2021)

TABEAU 7

Incidence et projections pour 2030 des cancers pour lesquels il existe un lien avec l'infection par HPV

Type de cancer	Incidence 2018 (N)	Projection Incidence 2030 (N)
Oropharynx	783	1121
Col de l'utérus	634	671
Vulve	246	269
Anus	221	304
Pénis	108	131

Source : Belgian Cancer Registry, 2018

Source : Tiré de *Baromètre belge du cancer : édition 2021*, par Fondation contre le Cancer, 2021, p. X (https://cancer.be/wp-content/uploads/2024/01/fcc_barometre_du_cancer_2021.pdf). Données originales : Belgian Cancer Registry, 2018. Tous droits réservés 2021 par Fondation contre le Cancer.

De ce fait, nous soulignons dans le cadre de notre recherche que le papillomavirus humain met

en évidence un paradoxe en santé publique car une infection extrêmement fréquente, le plus souvent bénigne, est susceptible d'entraîner des conséquences graves à long terme pour une minorité d'individus.

Cette réalité rend alors la prévention primaire, et en particulier la vaccination, d'autant plus importante et pose de ce fait les bases des questionnements abordés dans ce mémoire, notamment en ce qui concerne la perception du risque et la prise de décision parentale face à une infection dont les effets les plus graves sont différés dans le temps.

2.2. La vaccination contre le HPV

Même si « *le monde continue d'être le théâtre de trop nombreuses flambées de maladies à prévention vaccinale* » selon l'Unicef, la vaccination constitue l'un des piliers de la prévention en santé publique (UNICEF, 2023).

En ce sens, elle repose sur le principe « *d'induire une protection contre un agent pathogène en mimant son interaction naturelle avec le système immunitaire humain. Il permet ainsi d'induire une mémoire immunitaire qui nécessite plusieurs acteurs pour être mise en place* » (Canouï & Launay., 2018) le système immunitaire reçoit alors un agent inoffensif imitant le pathogène afin de lui permettre de développer une réponse protectrice durable.

Dans le cas du papillomavirus humain, la vaccination vise à prévenir une infection susceptible d'entraîner des conséquences graves à long terme.

2.2.1. Principes généraux

Sur le plan scientifique, les vaccins contre le HPV sont conçus à partir de particules pseudo-virales, appelées VLP pour « *virus-like particles* » (Okunade, 2019). Ces particules ne contiennent pas de matériel génétique viral et ne peuvent donc pas provoquer d'infection. Elles reproduisent la structure externe du virus, ce qui permet au système immunitaire de les reconnaître efficacement.

Le vaccin provoque alors une réponse immunitaire qui est caractérisée par la production d'anticorps qui neutralisent en quantité largement supérieure à celle observée après une infection naturelle. Cette particularité explique en grande partie l'efficacité élevée et durable des vaccins anti-HPV (Okunade, 2019).

2.2.2. Les vaccins anti-HPV

En Belgique, deux vaccins sont disponibles pour prévenir l'infection à l'HPV. Le premier est le « *vaccin recombinant nonavalent contre le virus du papillome humain* » appelé « *Gardasil 9[®] (MSD)* » (You et al., 2025) qui protège contre neuf types de HPV (16, 18, 6, 11, 31, 33, 45, 52 et 58), dont les principaux types oncogènes responsables de la majorité des cancers liés au virus, ainsi que les types responsables des verrues génitales.

On retrouve également le vaccin bivalent (HPV-2), Cervarix[®] (GSK), qui ciblent spécifiquement les génotypes 16 et 18, responsables d'une part importante des cancers du col de l'utérus (You et al., 2025).

D'après le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE), les vaccins contre le HPV sont efficaces, mais ils ne protègent pas contre tous les types de virus responsables du cancer du col de l'utérus. Leur efficacité dépend aussi de certaines conditions. Par exemple, le vaccin doit être administré avant tout contact avec le virus, car il n'a pas d'effet chez les personnes déjà infectées. De plus, la protection n'est pas forcément permanente, et les données disponibles concernent surtout les premières années après la vaccination. (KCE, 2007)

Chez les femmes vaccinées avant d'avoir été exposées au virus, on observe une diminution d'environ 46 % des lésions précancéreuses nécessitant un traitement. Cela montre que la vaccination ne supprime pas totalement le risque de cancer, mais qu'elle permet quand même de le réduire de manière importante, environ de moitié. (KCE, 2007)

Dans ce contexte, le KCE rappelle que la vaccination ne remplace pas le dépistage. Le frottis reste indispensable, même chez les femmes vaccinées. Si moins de femmes participent au dépistage, les bénéfices de la vaccination pourraient être fortement diminués. Il est donc important de combiner vaccination et dépistage pour prévenir efficacement le cancer du col de l'utérus. (KCE, 2007)

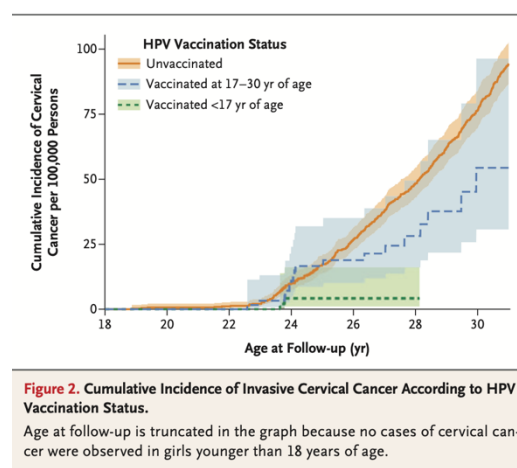
Plusieurs essais cliniques randomisés de grande ampleur ont démontré l'efficacité élevée des vaccins prophylactiques contre le HPV dans la prévention des infections persistantes par les génotypes ciblés ainsi que des lésions cervicales précancéreuses associées. Une méta-analyse Cochrane incluant des dizaines de milliers de participantes âgées de 15 à 26 ans rapporte une réduction significative des lésions intraépithéliales cervicales de haut grade (CIN2+) chez les femmes vaccinées avant exposition au virus (Arbyn et al., 2018).

Ce qui est intéressant, c'est que les études menées en conditions réelles viennent confirmer ces résultats. Dans plusieurs pays où la vaccination a été introduite à grande échelle, on observe concrètement les effets sur le terrain. Une revue systématique internationale, celle de Drolet et

al. en 2019, a notamment mis en évidence une baisse importante des infections à HPV 16 et 18, mais aussi des verrues anogénitales et des lésions précancéreuses chez les personnes vaccinées. Et ce qui ressort aussi de cette analyse, c'est que plus la vaccination est faite tôt, plus les résultats sont probants. (Drolet et al., 2019).

Les effets secondaires qu'on retrouve après la vaccination du papillomavirus humain sont de « *la douleur au point d'injection, l'enflure et de l'érythème* » (Yang & Bracken, 2016)

Plus récemment, des données nationales suédoises ont mis en évidence une réduction significative du risque de cancer invasif du col de l'utérus chez les femmes vaccinées avant l'âge de 17 ans, apportant ainsi une confirmation directe de l'impact du vaccin sur l'incidence du cancer lui-même (Lei et al., 2020).



Source : Tiré de « HPV vaccination and the risk of invasive cervical cancer », par Lei et al., 2020, *New England Journal of Medicine*, 383(14), p. 1340 (<https://doi.org/10.1056/NEJMoa1917338>).
Tous droits réservés 2020 par Massachusetts Medical Society.

La figure ci-dessus illustre l'incidence cumulée du cancer invasif du col de l'utérus en fonction du statut vaccinal contre le HPV et de l'âge au moment du suivi. Trois groupes sont comparés. On retrouve les femmes non vaccinées, celles vaccinées entre 17 et 30 ans, et celles vaccinées avant l'âge de 17 ans.

On observe que l'incidence cumulée du cancer augmente progressivement avec l'âge dans l'ensemble des groupes. Par contre, cette augmentation est nettement plus marquée chez les femmes non vaccinées. À l'inverse, les femmes vaccinées avant l'âge de 17 ans présentent une incidence significativement plus faible tout au long du suivi. (Lei et al., 2020)

La courbe correspondant à la vaccination précoce (<17 ans) reste quasiment stable et très basse comparativement aux deux autres groupes. Les femmes vaccinées plus tardivement (≥ 17 ans)

présentent un risque intermédiaire : leur incidence est réduite par rapport aux non vaccinées, mais reste supérieure à celle observée chez les femmes vaccinées précocement (Lei et al., 2020).

En fait, ce que ces données montrent assez clairement, c'est que le timing compte énormément. Plus on vaccine tôt, idéalement avant toute exposition au virus, plus le vaccin est efficace. C'est d'ailleurs pour cette raison que les recommandations internationales insistent sur une vaccination avant le début de la vie sexuelle (Lei et al., 2020).

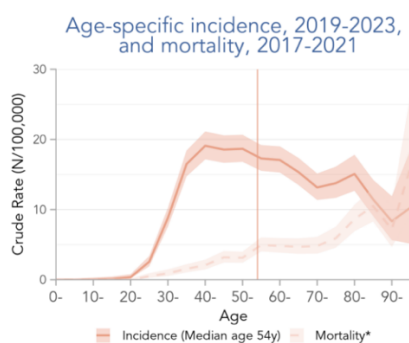
Finalement, l'efficacité optimale du vaccin repose en grande partie sur ce facteur-là.

Les personnes incluses dans ce type d'étude sont encore assez jeunes, ce qui rend difficile l'évaluation de l'effet réel de la vaccination sur le cancer du col de l'utérus. En effet, ce cancer apparaît généralement longtemps après l'infection par le HPV, parfois plusieurs dizaines d'années plus tard. En Belgique, l'âge médian au moment du diagnostic est d'environ 54 ans, ce qui est bien au-delà de l'âge des participantes du graphique.

C'est pourquoi il est encore trop tôt pour observer directement une diminution du nombre de cancers. Les chercheurs utilisent alors les lésions précancéreuses comme indicateur, car elles se développent plus tôt et permettent d'estimer le risque futur. Une baisse de ces lésions chez les personnes vaccinées donne donc une indication indirecte de l'efficacité du vaccin à long terme.

Après un quart de siècle d'utilisation, nous constatons que les données disponibles montrent un profil de tolérance favorable où les effets indésirables sont majoritairement bénins, tels que des douleurs au point d'injection ou encore une fièvre légère. De ce que nous pouvons lire sur le sujet, ces données scientifiques constituent un élément important des recommandations formulées par les autorités sanitaires.

Le graphique ci-dessous met en évidence la dynamique temporelle caractéristique des infections à HPV, marquée par une latence prolongée entre l'exposition au virus et l'apparition des cancers. L'incidence atteint un maximum entre 40 et 50 ans (médiane = 54 ans), tandis que la mortalité augmente progressivement avec l'âge, ce qui traduit à la fois l'évolution lente de la maladie et une dégradation du pronostic chez les populations plus âgées. Ces observations soulignent l'importance du dépistage précoce ainsi que de la vaccination dans la prévention des cancers liés au HPV. (Belgian Cancer Registry [BCR], 2025)



Source: Tiré de *Cancer fact sheets 2023*, par Belgian Cancer Registry (BCR), 2025 (https://kankerregister.org/sites/default/files/2025/2025_BE_CFS_ALL_V2_2.pdf). Tous droits réservés 2025 par Belgian Cancer Registry.

Par ailleurs, même si la mortalité reste globalement faible chez les jeunes adultes, le graphique montre que des décès sont déjà observables dans la tranche d'âge 20–30 ans. Ces cas demeurent toutefois marginaux et ne constituent pas la tendance principale.

Dans le but de mieux visualiser l'évolution du risque de décès selon l'âge, j'ai construit un petit tableau qui illustre la mortalité à 5 ans à partir des données de survie que j'ai pu trouver sur le site du cancer Belgian Registry avec leur « cancer fact sheet » (voir annexe 1). Les taux de mortalité correspondent à la différence entre 100 % et les taux de survie à 5 ans.

Mortalité dans les 5 ans selon l'âge, 2019-2023, % (95%CI)

	15-24 ans	25-49 ans	50-64 ans	65 + ans
Décès dans les 5 ans	25%	15%	28%	51%

Source : Tiré de *Cancer fact sheets 2023*, par Belgian Cancer Registry (BCR), 2025 (https://kankerregister.org/sites/default/files/2025/2025_BE_CFS2023_CERVIX_V2_0.pdf)

Tous droits réservés 2025 par Belgian Cancer Registry.

L'analyse par tranche d'âge montre que la mortalité à 5 ans est de 25 % chez les 15–24 ans. Elle est de 15 % chez les 25–49 ans, le taux le plus bas. Elle s'élève ensuite à 28 % chez les 50–64 ans. Et elle atteint 51 % chez les 65 ans et plus. Dans l'ensemble, ces résultats mettent en évidence une augmentation de la mortalité avec l'avancée en âge.

2.2.3. Objectifs internationaux et nationaux de couverture vaccinale

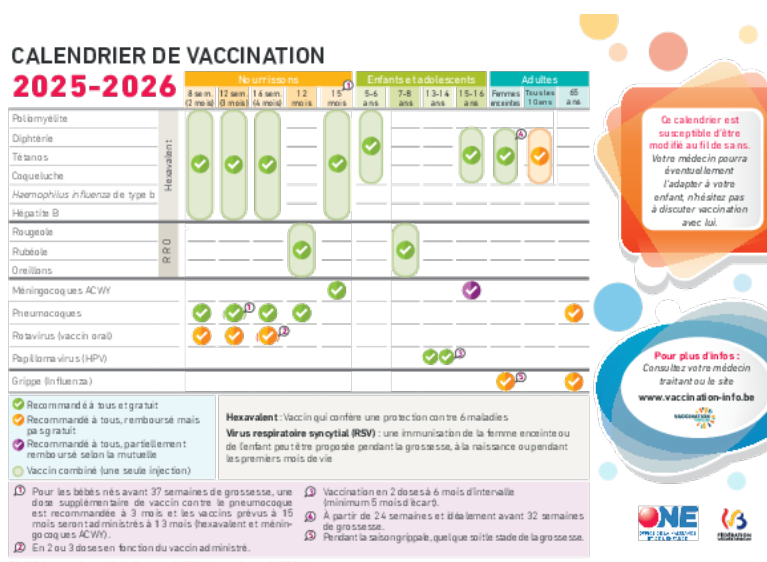
Sur le plan institutionnel, la vaccination contre le HPV s'inscrit dans des stratégies de prévention à long terme, « *pour les filles âgées de 9 à 13 ans* » (Fondation contre le Cancer, 2024) et nous notons d'un point de vue international que l'OMS a fixé des objectifs visant l'élimination du cancer du col de l'utérus « *en tant que problème de santé publique* » (World Health Organization [WHO], 2020).

Ces objectifs reposent sur plusieurs axes complémentaires dont la vaccination des jeunes filles avant l'âge de 15 ans ainsi que le dépistage régulier des femmes adultes et enfin l'accès à des traitements adaptés.

Bien que la vaccination ne soit pas obligatoire en Belgique, la vaccination contre le HPV est proposée gratuitement dans le cadre des programmes de vaccination organisés par les entités fédérées, notamment via la Fédération Wallonie-Bruxelles (Grammens & Cornelissen, 2021).

C'est une vaccination en deux doses avec 6 mois d'intervalle (minimum 5 mois d'écart). (ONE, 2025)

Elle est intégrée au calendrier vaccinal recommandé, ce qui laisse une place importante à la décision individuelle et familiale. Des programmes de rattrapage existent même pour les adolescents plus âgés, offrant un cadre qui repose sur une logique de prévention, visant à réduire la circulation du virus dans la population et ainsi prévenir les cancers associés, indépendamment du genre.



Source : Tiré de *Calendrier de vaccination*, par Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE), 2025 (<https://www.one.be/public/brochures/brochuredetail/brochure/calendrier-de-vaccination/>).

Tous droits réservés 2025 par ONE.

Malgré l'accessibilité financière du vaccin, « *la couverture nationale des filles de moins de 15 ans (69,3 %) était encore loin de la valeur cible de 90 % fixée par l'OMS* » (Grammens & Cornelissen, 2021). Ce constat met alors en évidence un décalage entre le cadre scientifique et institutionnel d'une part, et les pratiques effectives d'autre part.

Nous soulignons également que la vaccination contre le HPV présente des spécificités susceptibles d'influencer la décision parentale. Car si le vaccin est administré avant les premiers rapports sexuels, cela peut entrer en tension avec certaines représentations de la sexualité, de l'enfance et de la parentalité. Notons en ce sens que les bénéfices de la vaccination sont différés dans le temps, alors que les effets secondaires sont immédiats.

De ce fait, nous retenons de ce sous-point que le cadre scientifique et institutionnel de la vaccination anti-HPV est aujourd'hui bien établi mais ne suffit pas à garantir une adhésion unanime des familles. Comprendre ce décalage constitue pour notre recherche un enjeu d'autant que pour la santé publique, ce qui justifie notre intérêt porté, dans ce mémoire, aux déterminants de la réticence vaccinale parentale.

2.3. La vaccination contre le HPV dans l'enseignement secondaire

La vaccination contre le papillomavirus humain en Belgique est proposée en milieu scolaire et confère à la vaccination HPV des caractéristiques distinctes d'autres vaccinations administrées dans l'enfance. L'enseignement secondaire devient ainsi un lieu de prévention, que nous allons développer ci- dessous.

2.3.1. La vaccination scolaire en Fédération Wallonie-Bruxelles

En Fédération Wallonie-Bruxelles, la vaccination scolaire est principalement organisée par les Services de Promotion de la Santé à l'École, sous l'acronyme « SPSE » dont le « *rôle est de suivre la santé des élèves tout au long de leur scolarité* » (Centre Local de Promotion de la Santé en province de Namur [CLPS], s. d.) et les Centres Psycho-Médico- Sociaux, sous l'acronyme « CPMS » qui ont pour objectif « *de favoriser l'épanouissement de l'élève dans sa scolarité, sa vie personnelle et sociale* » (Wallonie-Bruxelles Enseignement [WBE], s. d.)

Ces structures ont pour mission de mettre en œuvre des actions de prévention et de promotion de la santé auprès des élèves, en collaboration avec les établissements scolaires et les familles.

La vaccination contre le HPV est ainsi proposée aux élèves de l'enseignement secondaire, généralement la « *2ème année de l'enseignement secondaire ou la 1ère différenciée* » (Office de la Naissance et de l'Enfance [ONE], 2025) gratuite et organisée au sein même de l'école.

Bien que taux de vaccination contre le HPV restent inférieurs à ceux observés pour d'autres vaccins administrés à des âges moins avancés, ce mode d'organisation permet alors d'atteindre une large proportion d'adolescents, indépendamment de leur accès aux soins ou de leur suivi médical individuel et contribue à réduire certaines inégalités sociales de santé en facilitant l'accès à la vaccination.

2.3.2. La couverture vaccinale actuelle

Une enquête de couverture vaccinale menée en Fédération Wallonie-Bruxelles montre que « *le taux de couverture vaccinale de la 2e dose de vaccin contre les HPV est de 47% pour les élèves de la FWB* » (Plateforme Prévention Sida, 2022) avec une différence entre les filles à 50,2% et les garçons à 45,4%, suggérant qu'un facteur organisationnel ne suffit pas à expliquer ce taux. Il nous invite au contraire à nous intéresser davantage aux dimensions décisionnelles qui entourent la vaccination, en particulier au rôle joué par les parents.

À l'adolescence, la décision vaccinale relève d'un « *consentement éclairé pour le rappel vaccinal pour un jeune de 12 à 17 ans* » (Agentschap Zorg en Gezondheid, 2022), qui constitue un élément central du processus. Les parents sont alors amenés à se positionner sur cette vaccination avec une position qui rend la décision plus complexe que pour les vaccinations administrées dans la petite enfance, telle une « *démarche évidente* » (Ryelandt, 2025)

La vaccination est associée à des « *représentations sociales du vaccin HPV* » (Pariset, 2024) en tant qu'infection sexuellement transmissible, ce qui peut la confondre avec des représentations sociales et culturelles de la sexualité adolescente. Nous mettons alors que proposer cette vaccination peut être perçu comme une reconnaissance implicite de l'entrée future de leur enfant dans une vie sexuelle, voire comme une anticipation jugée prématurée.

Le cadre scolaire peut également être perçu de manière ambivalente par les familles car si certains parents voient un environnement sûr et sécurisé notamment pour des actions de prévention, d'autres peuvent éprouver une forme de méfiance face à une décision de santé proposée en dehors du cabinet médical traditionnel mettant en évidence « *la tension entre des principes normatifs de nature distincte dans la sphère familiale et dans la sphère de la santé* » (Cardia-Vonèche & Bastard, 1996).

2.3.3. Rôle des acteurs impliqués dans la vaccination scolaire

Pour aborder le rôle des acteurs impliqués dans la vaccination scolaire, nous mettons tout d’abord en évidence que ces acteurs de la vaccination scolaire sont importants dans la transmission de l’information et dans la relation avec les parents.

En ce sens, les documents explicatifs ou les documents d'autorisation de vaccination qui sont « *transmis aux parents afin que ceux-ci marquent leur accord* » (Vaccination info, 2024) les formulaires de consentement et les éventuels échanges avec les professionnels de santé sont les seuls supports sur lesquels les parents basent leur décision de vacciner ou non leurs enfants.

En ce sens, la manière dont l’information est présentée et la capacité de celle-ci à répondre aux préoccupations parentales peuvent influencer l’adhésion ou la réticence de la vaccination des adolescents.

Nous relevons également les « *enjeux éthiques liés à la vaccination obligatoire de la population adulte* » (Unia, 2021) et les enjeux éthiques propres à la vaccination des enfants. Les parents doivent alors décider entre leur responsabilité de protection de leur enfant et les recommandations de santé publique. Notons toutefois que dans certains cas, les adolescents peuvent exprimer des réticences ou, au contraire, un souhait de se faire vacciner.

Ces dynamiques familiales, bien que peu visibles dans les statistiques belges de couverture vaccinale, constituent pour nous une base essentielle de la décision à aborder dans le cadre de notre mémoire.

Notons également que la « *temporalité des vaccination* » est « *diversement perçue par les parents* » (Grenier, 2018), ce qui contribue à complexifier ce processus décisionnel. En ce sens, étant donné que les bénéfices attendus sont lointains et incertains, les risques perçus, aussi faibles sont-ils sur le plan scientifique, sont immédiats pour les parents. Cette dissymétrie temporelle est alors marquée dans le contexte scolaire, où la vaccination est proposée à un âge où l’enfant est souvent en bonne santé et asymptomatique (Papin, 2020).

La vaccination contre le HPV dans l’enseignement secondaire reste un acte médical qui s’inscrit alors en considération des normes institutionnelles mais aussi des représentations sociales ou encore des relations familiales. Dès lors, comprendre ce contexte nous permettra d’analyser les déterminants de la réticence vaccinale parentale et nous permettre d’en savoir davantage sur les mécanismes dans les décisions de non-vaccination malgré le cadre actuel de prévention.

2.4. Hésitation et réticence vaccinale

Les comportements vaccinaux font l'objet d'une attention croissante en santé publique « *dans un contexte caractérisé par une montée en puissance des préoccupations autour de la sécurité sanitaire* » et où « *la diffusion d'informations anxiogènes et surprenantes sur les vaccins est une stratégie qui permet de retenir largement l'attention des médias sociaux* » (Raude, 2023), en particulier dans les contextes où les recommandations institutionnelles ne suffisent pas à une adhésion totale de la population belge.

Pour comprendre ces comportements, nous abordons plusieurs concepts, parmi lesquels l'hésitation vaccinale.

Même si ce concept nous permet de mieux appréhender certaines formes de non-recours à la vaccination, celui-ci montre des limites, notamment lorsqu'il s'agit d'analyser des décisions parentales, comme c'est souvent le cas pour la vaccination contre le HPV.

2.4.1. Définition

Pour aborder l'hésitation vaccinale, nous nous référons à l'ONE qui définit l'hésitation vaccinale comme « *le refus de se faire vacciner ou le fait de postposer une vaccination, sans que cette décision soit liée à l'accessibilité aux vaccins* » (Programme de vaccination de la Fédération Wallonie-Bruxelles, 2020) et ajoute que ce phénomène complexe, inclut certains facteurs « *comme la sous-estimation du danger, la commodité et la confiance* » (Programme de vaccination de la Fédération Wallonie-Bruxelles, 2020).

Nous considérons alors l'hésitation vaccinale comme étant un retard dans l'acceptation de la vaccination bien que la disponibilité des services existe.

Cela met notre attention sur le caractère contextuel du phénomène d'hésitation vaccinale, en soulignant qu'il varie selon le vaccin, le moment et le lieu. En ce sens, l'hésitation vaccinale est envisagée comme étant un état de positions, de l'individu, qui varie entre acceptation et refus.

Cette approche nous permet alors de ne pas considérer une vision binaire avec les gens plutôt pour et d'autre plutôt contre la vaccination mais de reconnaître la diversité des attitudes des personnes qui doivent décider la vaccination ou pas, pour eux comme pour leurs enfants.

Nous avons trouvé dans la littérature plusieurs modèles explicatifs qui ont été développés pour analyser cette hésitation vaccinale. Nous relevons notamment le modèle des « 3C » (Dong et al., 2025), qui identifie trois dimensions principales.

D'une part la confiance, la complaisance et la commodité.

La confiance a trait aux vaccins ou bien les professionnels de santé et les institutions qui font les vaccins. La complaisance quant à elle concerne la perception faible du risque de la maladie et enfin la commodité porte sur l'accessibilité des services.

Nous pouvons aussi lire dans la littérature que ce modèle a ensuite été développé davantage pour intégrer notamment les contraintes sociales ainsi que les normes culturelles et l'influence des médias par exemple, mais nous n'allons pas nous étendre sur ce point.

Quoi qu'il en soit, ces cadres ont contribué à structurer de recherche en médecine et donc orienter les interventions de santé publique.

2.4.2. Les limites du concept d'hésitation

Dans le contexte spécifique de la vaccination contre le HPV, nous mettons en évidence que l'hésitation vaccinale, dont nous venons de faire référence, nous paraît insuffisante comme raison de vacciner ou pas son enfant.

En effet, bien que de nombreux parents se situent dans une indécision temporaire ou dans un report lié à des contraintes pratiques, force est de constater que leur décision de ne pas faire vacciner leur enfant repose sur un ensemble de considérations qui sont issues d'informations ou encore de valeurs et « *d'expériences passées* » (Groupe d'Étude sur le Risque d'Exposition des Soignants [GERES], 2025)

Parler d'hésitation peut selon nous minimiser la cohérence interne de ces décisions et donc donner l'impression d'un état que nous jugeons de « *transitoire* », alors que certaines positions sont relativement stables dans le temps, notamment auprès des parents qui sont contre la vaccination. Et c'est justement dans ce contexte que la notion de « *réticence vaccinale* » (Ketterer et al., 2013), comme l'évoque Ketterer, prend tout son sens. En effet, selon lui, la réticence vaccinale ne se réduit pas à une absence de décision ou à un simple doute passager, celle-ci renvoie directement à une position caractérisée par une distance critique envers la vaccination.

Cette réticence vaccinale nous permet dès lors de désigner des attitudes des parents, où la vaccination n'est pas refusée catégoriquement mais plutôt évaluée par eux en fonction du vaccin concerné ou encore de l'âge de l'enfant et du contexte, scolaire dans le cas qui nous occupe.

2.4.3. L'ambivalence de la réticence vaccinale

En ce qui concerne la réticence vaccinale vue plus haut, celle-ci se construit alors selon des connaissances partielles ou contradictoires ou bien encore selon des expériences personnelles, et nous notons également des valeurs liées à la protection de l'enfant.

Contrairement à l'opposition vaccinale, la réticence vaccinale est alors marquée par l'ambivalence où, « *les dispensateurs de soins rencontrent aussi des parents réticents à accepter la totalité ou une partie des vaccins recommandés ou qui les refusent carrément* » (MacDonald et al., 2018), les parents peuvent alors reconnaître l'utilité des vaccins tout en exprimant des réserves spécifiques à propos du vaccin contre le HPV.

Dans le cas du HPV, cette réticence est renforcée par plusieurs caractéristiques propres au vaccin et notamment « *une réticence unique au monde vis-à-vis des vaccins en général et l'absence de connaissance précise des déterminants sociaux conduisant les parents (dans l'immense majorité des cas, les mères) à faire vacciner ou non leurs filles contre le HPV* » (Dib & Menvielle, 2019) En ce sens, il s'agit d'un vaccin administré à des enfants et des adolescents en bonne santé, pour prévenir une maladie dont les conséquences sont lointaines, avec cette distance temporelle entre l'acte vaccinal et le bénéfice attendu.

Ensuite, les termes HPV et sexualité introduit une « *dimension symbolique* » (Miranda-Martin, 2015) qui génère des résistances, surtout si la vaccination est proposée à un âge précoce.

Par ailleurs, la confiance que les parents accordent aux autorités sanitaires ou aux professionnels de santé ainsi qu'aux dispositifs de vaccination joue également un rôle. En effet, lorsque cette confiance est altérée, celle-ci peut alimenter un état chez les parents, de prudence et de méfiance. Dans ce cadre, la réticence nous apparaît comme une manière de reprendre le contrôle sur une décision qui est engageante pour l'avenir de l'enfant.

2.4.4. Le choix du concept de réticence vaccinale parentale

Le choix du concept de réticence vaccinale permet également d'éviter une approche normative ou stigmatisante. En parlant de réticence plutôt que de refus, il devient possible d'analyser les logiques parentales sans les réduire à une opposition irrationnelle ou à une ignorance des données scientifiques. Cette posture est particulièrement importante dans une démarche qualitative, qui vise à comprendre les significations attribuées à la vaccination plutôt qu'à juger les décisions prises.

Dans le cadre de ce mémoire, nous considérons la notion de « *réticence vaccinale parentale* » comme étant un facteur de complexité des décisions et nous considérons alors les parents comme étant des acteurs amenés à arbitrer entre d'une part la protection mais aussi la prudence et d'autre part la confiance.

Selon nous, cette approche nous offre un cadre pertinent pour analyser les propos des parents, dans le cadre de la partie empirique que nous verrons plus loin, et ainsi mettre en évidence certains déterminants qui influencent la décision de ne pas faire vacciner leurs enfants contre le HPV.

2.5. La réticence vaccinale parentale face au vaccin HPV

Comme nous l'avons vu précédemment, la décision de ne pas faire vacciner un enfant contre le papillomavirus humain est le résultat d'un ensemble de déterminants qui relèvent de dimensions cognitives, de dimensions émotionnelles, de dimensions sociales et également de dimensions institutionnelles.

Ainsi, la réticence vaccinale parentale nous semble cohérente du point de vue des parents, et ceci même lorsque ce point de vue est en contradiction avec les recommandations de santé publique.

2.5.1. Les déterminants individuels

Pour aborder les déterminants individuels, nous mentionnons tout d'abord les dimensions cognitives et informationnelles. En ce sens, selon le « *guide pour connaître les interactions entre agents de santé et dispensateurs de soins pendant la vaccination* » (OMS, 2018), nous observons que les parents sont aujourd'hui confrontés à une abondance d'informations au sujet de la vaccination.

Même si certaines proviennent de professionnels de santé, nous observons dans la littérature que

d'autres se développent via les réseaux sociaux ou l'entourage. De cette pluralité de discours, nous constatons que de la confusion peut apparaître.

Dans ce contexte, nous constatons que les parents ne disposent pas forcément des outils nécessaires pour hiérarchiser ces informations qui leur permettraient d'évaluer la fiabilité ou du moins les comprendre. Cette réticence peut alors émerger d'une difficulté à se repérer dans un nuage d'informations perçues.

La compréhension du HPV et de la vaccination est alors importante car le caractère asymptomatique de l'infection, ainsi que la temporalité que nous avons évoquée précédemment entre l'exposition au virus et l'éventuelle apparition d'un cancer, rend cette compréhension difficile.

En ce sens, pour certains parents, la maladie « *apparaît peu probable* » (Geurts & Haelewyck, 2022), surtout en l'absence d'antécédents mais les effets secondaires potentiels du vaccin, rares et bénins, sont eux bien concrets. Nous mettons alors en évidence que cette asymétrie dans la perception et les bénéfices alimente une prudence.

Suite à ces aspects cognitifs, nous mettons en évidence les déterminants émotionnels et psychologiques qui prennent une place dans la réticence vaccinale parentale. En ce sens, la décision vaccinale « *mobilise des émotions* » (Hirsch, 2007), à cause de la responsabilité de protéger l'enfant et la crainte de lui nuire. Dès lors, la peur des effets indésirables peut être difficile à rationaliser.

Notons que cette peur est renforcée par des récits d'expériences négatives, vécus directement ou rapportés par d'autres personnes.

Le « *rôle des émotions* » (Plichon et al., 2020) est alors présent dans le contexte de la vaccination HPV, car celle-ci touche à des dimensions intimes de la parentalité. En effet, faire vacciner son enfant contre une infection sexuellement transmissible peut susciter un malaise à l'idée d'aborder la question de la sexualité à l'adolescence. Nous pensons alors que cette tension émotionnelle perçoit la vaccination comme une difficulté.

2.5.2. Les déterminants sociaux et culturels

Après les déterminants individuels, nous mettons en évidence les déterminants sociaux et culturels qui constituent selon nous un pilier de la réticence vaccinale.

En ce sens, les décisions parentales sont influencées par les normes, émanant d'échanges avec d'autres parents, de discussions familiales ou d'expériences partagées pouvant alors renforcer l'image de la vaccination, favorables ou non. Dans certains milieux, « *douter ou être critique à l'égard des vaccins* » (Taillefer, 2017) est socialement valorisé comme étant une preuve d'esprit

critique. La vaccination peut être interprétée comme une anticipation de « *comportements sexuels futurs* » (Bacque-Dion, 2017). Pour certains parents, la réticence vaccinale peut alors devenir une manière de préserver une vision de l'enfance ou de l'adolescence.

2.5.3. Les déterminants institutionnels

Nous évoquons également ici la confiance que les parents accordent aux politiques de santé publique et aux professionnels de santé, le « *phénomène de l'hésitation vaccinale* » (Lambert & Scheen, 2020). Lorsque cette confiance est bouleversée, les parents peuvent alors adopter une prudence om la vaccination HPV, en tant que vaccination non obligatoire, leur laisse une marge de décision, dans laquelle la confiance est importante.

Dès lors, la relation avec les professionnels de santé est selon nous importante étant donné que les parents qui se sentent accompagnés dans leur réflexion sont plus susceptibles d'envisager la vaccination de manière positive. À l'inverse, nous voyons qu'un discours perçu comme trop technique peut alors renforcer leur réticence, l'absence d'un échange avec un professionnel de santé pouvant également contribuer à un sentiment de distance.

2.5.4. Les spécificités de la vaccination HPV

Enfin, nous évoquons le fait que la vaccination contre le HPV est proposée à un moment charnière du développement de l'enfant. Cette période où les questions d'autonomie se posent de même que les questions d'identité.

Celles-ci s'inscrivent dans un dispositif institutionnel, qui est l'école. « *Aborder la santé à l'école n'est pas une chose aisée* » (Vandermeersch, 2010) car celle-ci n'est pas toujours perçue comme un lieu optimal pour des décisions médicales. Ces éléments font alors du vaccin HPV un sujet sensible, même chez des parents favorables à la vaccination.

Selon nous, appréhender la réticence vaccinale parentale ouvre la voie à une compréhension des logiques parentales et fournit alors un cadre pertinent pour l'analyse des entretiens qualitatifs que nous ferons plus loin dans ce mémoire.

Elle permet également d'envisager des pistes d'action en santé publique centrées sur le dialogue ou encore la confiance ainsi que la prise en compte des expériences vécues par les familles.

Suite à cette partie de contextualisation qui pose les bases théoriques nécessaires à l'analyse empirique, nous allons maintenant passer à la méthodologie et puis aux résultats, où nous développerons ces déterminants à travers les discours parentaux, afin de mieux comprendre la réticence vaccinale face à la vaccination contre le HPV dans l'enseignement secondaire.

3. Méthodologie

3.1. Choix du sujet et évolution de la problématique

J'ai choisi ce sujet de mémoire parce qu'il relève d'un questionnement actuel en santé publique et puisqu'il attise également ma curiosité. Au départ, je pensais orienter mon travail vers les enfants, parce que je trouvais intéressant d'aborder la problématique le plus tôt possible, au moment où beaucoup de choses se construisent. Ça me semblait pertinent d'analyser les choses à la base.

Mais en avançant dans mes lectures et surtout en réfléchissant concrètement à la manière dont j'allais mener mon étude, je me suis rendue compte que ce serait plus compliqué que prévu. Travailler avec des enfants implique beaucoup d'autorisations, des démarches éthiques plus lourdes et un accès au terrain moins simple. Avec le temps dont je disposais pour ce mémoire, cela devenait difficilement réalisable.

J'ai donc choisi de me réorienter vers un public adulte. Ce choix m'a paru plus réaliste et m'a permis d'envisager un cadre d'étude plus concret, tout en restant cohérente avec ma problématique de départ.

Au début, je n'avais pas encore de question de recherche vraiment bien précise en tête. Je savais globalement dans quelle direction je voulais aller, mais ça restait assez flou quand même. J'ai donc commencé par lire plusieurs articles, un peu pour "m'imprégner" du sujet et voir comment il était traité par d'autres chercheurs.

Ces premières lectures m'ont beaucoup aidée parce qu'elles m'ont permises de mieux comprendre le contexte, de repérer les notions clés et surtout de voir quels aspects faisaient débat ou suscitaient encore des interrogations. Petit à petit, ma réflexion est devenue plus claire et ma question de recherche a pris forme plus naturellement.

3.2. Construction du cadre théorique

Pour construire la partie théorique de mon mémoire, j'ai passé pas mal de temps à chercher des articles sur différentes plateformes comme Google Scholar, PubMed ou Cairn. Je voulais m'appuyer sur des sources sérieuses et récentes, pour être sûre de travailler avec des informations fiables. J'ai aussi consulté quelques publications officielles quand c'était nécessaire, surtout pour avoir des données plus concrètes ou des chiffres.

Nos recherches documentaires ont été structurées à l'aide d'opérateurs booléens (AND, OR, NOT), permettant de combiner ou d'exclure certains mots-clés afin d'obtenir des résultats plus ciblés. Pour trouver les bonnes références, j'ai testé différents mots-clés, en français et en anglais. Parfois je devais reformuler ou combiner plusieurs termes pour trouver des articles plus précis. C'était un travail assez progressif : plus j'avancais, plus je savais exactement ce que je cherchais.

En plus des articles scientifiques, je ne me suis pas limitée uniquement aux publications académiques. J'ai aussi consulté des sites institutionnels comme celui de l'ONE, du KCE, du BCR, de Sciensano et d'autres organismes officiels. Ça m'a permis d'avoir accès à des informations plus concrètes, mais surtout plus récentes.

Je me suis rendue compte que certains articles de recherche, même s'ils restent très utiles pour comprendre les bases théoriques, ne sont pas toujours à jour par rapport aux nouvelles recommandations ou aux évolutions récentes. Les sites officiels, eux, publient régulièrement des mises à jour, notamment sur les directives, les chiffres ou les nouvelles mesures.

Je trouvais donc important de croiser ces différentes sources : les articles pour l'analyse et la compréhension en profondeur, et les recommandations officielles pour avoir une vision actuelle et ancrée dans la réalité.

En ce qui concerne la méthodologie, j'ai choisi une approche qualitative parce que c'est celle qui me semblait la plus adaptée à ma question de départ. Elle me permet d'analyser les données de manière claire et organisée, tout en restant cohérente avec l'objectif de mon mémoire.

Au fur et à mesure de mes lectures, j'ai commencé à voir revenir certains thèmes et certaines notions importantes autour de mon sujet. Pour ne pas me perdre dans mes recherches, j'ai essayé de les organiser en plusieurs grandes catégories. Ça m'a aidée à y voir plus clair : au début mes recherches étaient assez larges, puis petit à petit, en comprenant mieux le sujet, j'ai pu les rendre plus ciblées et plus précises.

Axe exploré	Mots clefs en français	Mots clefs en anglais
Vaccination contre le HPV	Vaccination HPV, vaccin contre le papillomavirus, immunisation HPV	HPV vaccination, human papillomavirus vaccine, vaccination, virus
Hésitation et réticence	Réticence vaccinale, hésitation vaccinale, refus vaccinal, méfiance vaccinale	Vaccination hesitancy, vaccination refusal,
Rôle des parents	Décision parentale, perception des parents, attitudes parentales	parental beliefs, social determinants of health,
Contexte scolaire	Médecine scolaire, vaccination en milieu scolaire, enseignement secondaire	Secondary education, school health services
Contexte local	Fédération Wallonie-Bruxelles, Belgique francophone	French

3.3. Approche méthodologique

Avant de définir précisément ma méthode, j'ai pris le temps de réfléchir à la manière la plus pertinente d'aborder mon sujet. Même si les données chiffrées occupent une place importante en santé publique, je me suis rapidement rendu compte qu'elles ne suffiraient pas pour répondre pleinement à mon objectif. Ce qui m'intéresse ici n'est pas seulement de savoir combien de parents hésitent face à la vaccination contre le HPV, mais surtout de comprendre pourquoi et comment cette réticence se construit.

La recherche qualitative s'inscrit dans une visée compréhensive. Elle cherche à explorer les représentations, les expériences et les logiques d'action des individus dans un contexte donné. Comme le souligne Britten, les études qualitatives visent à répondre à des questions portant sur le « what », le « how » ou le « why » d'un phénomène plutôt qu'à des questions de type « how many » ou « how much » (Britten, 2011 cité par Aujoulat I., 2024).

Dans la même perspective, Green et Thorogood rappellent que « la recherche qualitative utilise des données issues du langage (écrit ou parlé) plutôt que des données numériques » et qu'elle

porte sur des questions du type « Quoi ? Comment ? Pourquoi ? » plutôt que sur des questions telles que « Combien ? » ou « Est-ce que... oui ou non ? » (Green & Thorogood, 2004 cité par Aujoulat I., 2024). Cette distinction correspond pleinement à ma démarche. Mon objectif n'est pas de produire un pourcentage, mais d'analyser un processus décisionnel. Pour cela, il est essentiel de bien situer les données en décrivant le qui, quand et où.

Le « **qui** » correspond ici aux parents d'adolescents scolarisés dans l'enseignement secondaire en Fédération Wallonie-Bruxelles. Il s'agit donc de parents qui doivent prendre une décision concernant la vaccination contre le HPV pour leur enfant. On retrouve du coup à la fois des parents qui ont refusé ou hésité à faire vacciner leur enfant, et d'autres qui ont fait le choix d'accepter la vaccination. On s'intéresse donc à leurs points de vue, à leurs expériences et à la manière dont ils construisent leur décision, en mettant aussi en comparaison ces différentes positions.

Le « **quoi** » Le « quoi » concerne les déterminants de la réticence vaccinale face au vaccin contre le HPV, mais aussi les éléments qui peuvent conduire à l'acceptation. L'objectif est de comprendre ce qui influence la décision des parents, notamment leurs connaissances sur le HPV, leurs perceptions du risque, ainsi que les peurs, les doutes ou au contraire les éléments de confiance qu'ils peuvent avoir.

Le « **où** » renvoie au contexte dans lequel se situe l'étude, à savoir l'enseignement secondaire en Fédération Wallonie-Bruxelles. La vaccination HPV y est proposée dans un cadre scolaire, ce qui influence la manière dont l'information est transmise et dont les parents prennent leur décision.

La différence avec la recherche quantitative est d'ailleurs clairement formulée par le National Institutes of Health : « *Typiquement, la recherche quantitative examine des relations entre des variables... la recherche qualitative aide les chercheurs à comprendre des processus* » (US National Institutes of Health, 2011 cité par Aujoulat., 2024). Dans le cadre de mon travail, il s'agit précisément de comprendre le processus par lequel certains parents développent une réticence vaccinale dans un contexte scolaire donné.

La recherche qualitative permet d'analyser les situations sociales du point de vue des personnes concernées, en tenant compte du contexte dans lequel elles évoluent. Elle est particulièrement adaptée lorsque le phénomène étudié est complexe ou sensible. La réticence vaccinale parentale ne peut pas être réduite à une seule variable : elle s'inscrit dans un ensemble de croyances, d'expériences, d'émotions et de rapports aux institutions.

Il me semble également important de préciser que “qualitatif” ne signifie pas “de qualité”. Il s’agit simplement d’un type d’approche méthodologique, avec ses propres outils et exigences scientifiques.

Enfin, mon analyse s’inscrit principalement dans une démarche inductive. Je pars des données recueillies pour faire émerger des thèmes et des catégories, plutôt que de tester une hypothèse strictement formulée à l’avance. Cela me permet de rester attentive aux éléments qui émergent du terrain et de mieux comprendre la complexité du phénomène étudié.

Ainsi, le choix d’une approche qualitative me paraît cohérent avec la nature de mon sujet, qui nécessite une compréhension approfondie des déterminants de la réticence vaccinale parentale dans l’enseignement secondaire en Fédération Wallonie-Bruxelles.

3.4. Stratégie d’échantillonnage

Tout d’abord, définissons ce qu’est un échantillonnage. Nicos Speybroeck, professeur de statistiques en faculté de santé publique, définit un échantillon comme « *un sous-ensemble de la population qui est collecté de manière pratique pour l’analyse* » (Speybroeck, 2024-2025). En recherche qualitative, « on n’étudie pas une population mais un sujet en profondeur » (Aujoulat. I., 2024). De plus « *l’échantillon ne doit pas être statistiquement représentatif de la population* », c’est-à-dire que le phénomène étudié doit être exploré à travers une diversité de situations pertinentes et non pour représenter numériquement un groupe. Cela permet de d’avoir compréhension nuancée du sujet, en veillant à inclure des profils variés afin que les résultats reflètent la pluralité des positionnements existants. Le partenariat mis en place avec le Service de Promotion de la Santé à l’École (PSE) d’Anderlecht et de Schaerbeek visait notamment à toucher des parents issus d’un contexte socio-démographique spécifique, afin d’éviter de limiter le recrutement à un seul type de profil. Cette démarche contribue à une exploration plus complète du phénomène, en intégrant différentes réalités sociales et contextuelles. N’ayant eu aucun retour de la part des parents dans ces deux communes, j’ai décidé de mettre mon annonce dans les groupes Facebook des communes de Bruxelles. J’ai ainsi eu des réponses...

L’échantillon mobilisé dans mon mémoire relève d’un échantillonnage théorique ou raisonné. Il s’agit d’une sélection non aléatoire, qui « *s’appuie sur le jugement du chercheur pour choisir les cas qui sont les plus pertinents ou informatifs pour l’objectif de l’étude. La sélection suivant certains critères d’inclusion prédéfinis en fonction des objectifs de recherche, du cadre théorique, etc.* » (Glaser & Strauss 1967, cité par Aujoulat. I., 2024). Les participants ont été

sélectionnés sur la base de critères définis en fonction de la problématique : être parent d'un élève concerné par la vaccination contre le HPV dans l'enseignement secondaire en Fédération Wallonie-Bruxelles.

J'ai eu quelques difficultés d'accessibilité quant à la recherche de parents dans mes critères, c'est pour cela que j'ai dû intégrer une part d'échantillonnage de convenance. Le recrutement s'est appuyé sur des canaux accessibles, de « confort », dans le cadre temporel du mémoire via les réseaux sociaux et le bouche à oreille.

L'échantillon a été sélectionné sur bases de critères bien définis. J'ai donc utilisé un échantillon raisonné. Elle est définie sélection non aléatoire, qui « *s'appuie sur le jugement du chercheur pour choisir les cas qui sont les plus pertinents ou informatifs pour l'objectif de l'étude. La sélection suivant certains critères d'inclusion prédéfinis en fonction des objectifs de recherche, du cadre théorique, etc.* » (Aujoulat. I., 2024).

Les critères d'inclusion sont les suivants :

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
Parents ayant refusé la vaccination contre le papillomavirus humain (HPV) de leur enfant, que ce soit lors de la convocation par le PSE ou lors d'un passage chez le médecin traitant Parents ayant accepté la vaccination contre le papillomavirus humain (HPV) de leur enfant, que ce soit lors de la convocation par le PSE ou lors d'un passage chez le médecin traitant	/
Parents ayant au moins un enfant scolarisé dans l'enseignement secondaire	Parents n'ayant pas d'enfant scolarisé en école secondaire
Parents âgés entre 30 et 60 ans	Parents âgés de moins de 30 ans ou de plus de 60 ans
Parents résidant en Fédération Wallonie-Bruxelles	Parents ne résidant pas en Fédération Wallonie-Bruxelles
Parents, hommes ou femmes	/

J'ai mobilisé plusieurs modalités de recrutement afin de favoriser d'une part l'accès au terrain et d'une autre part de diversifier les profils. J'ai diffusé des annonces sur les réseaux sociaux afin de toucher directement des parents correspondant aux critères de l'étude. Cette diffusion

a notamment été facilitée par l'aide de Pierre Krajnc, qui a accepté de relayer mon « poster » via Outlook à tous les étudiants au sein de la faculté de santé publique. Dans le cadre donc du recrutement via les réseaux sociaux/Outlook, un visuel informatif a été réalisé afin de présenter clairement l'étude. Ce support que j'ai conçu à l'aide de l'outil Canva, prenait la forme d'un court appel à participation. Il mentionnait de manière synthétique l'objectif du mémoire, le profil recherché, ainsi que mes coordonnées pour me contacter. Ce format a rendu l'information accessible et compréhensible en quelques secondes, tout en permettant aux parents intéressés de me contacter directement. Le bouche-à-oreille m'a également beaucoup aidé à trouver des participants pour mon mémoire.

Par ailleurs, une collaboration a pu être mise en place avec le Service de Promotion de la Santé à l'École (PSE) d'Anderlecht et de Schaerbeek. Lors des visites médicales scolaires, un document présentant l'étude et ses modalités de participation a été remis aux parents. Ce relais institutionnel a permis d'atteindre des parents directement concernés par la vaccination en milieu scolaire, dans un contexte en lien direct avec ma thématique étudiée. Malheureusement, je n'ai pu avoir de réponses suite à ce canal, pourtant mon document avait bien été donné aux parents. Pour atteindre les parents, j'ai mis une annonce sur le groupe Facebook des communes de Bruxelles.

3.5. La collecte des données

Au début, j'ai pas mal réfléchi à comment atteindre les parents de la meilleure façon. Ce n'était pas si simple, surtout que je cherchais des parents d'adolescents dans le secondaire.

J'ai d'abord contacté les services PSE d'Anderlecht et de Schaerbeek. L'idée, c'était qu'ils puissent transmettre une feuille avec les explications de mon mémoire aux parents pendant la visite médicale. Comme ça, les parents pouvaient avoir l'information quand leur enfant revenait avec les documents du PSE après la visite. Mais au final, je n'ai pas eu de réponse avec cette méthode.

Du coup, j'ai essayé autrement. J'ai posté un message dans des groupes Facebook de communes de Bruxelles. Et là, j'ai eu beaucoup plus de retours.

Au total, 17 personnes m'ont répondu. Parmi elles, 12 n'avaient pas fait vacciner leur enfant contre le HPV et 5 avaient fait le choix de le faire vacciner. Ça m'a permis d'avoir des avis différents, ce qui était intéressant pour mon analyse.

Les parents m'ont contactée directement, et les entretiens se sont faits par téléphone. Pour du coup collecter les réponses, j'ai moi-même réalisé un guide d'entretien semi-directif (annexe 2). Ce guide d'entretien semi-directif permet au participant d'avoir une certaine liberté de

parole malgré qu'il y ait quand même un cadre. (Aujoulat., 2024). J'ai enregistré les échanges avec mon téléphone portable, toujours avec leur accord, et de manière anonyme. Les entretiens ont commencé le 01 mars 2026 et se sont terminés le 10 avril 2026.

4. Résultats

4.1. Description de l'échantillon

Parmi les 17 personnes interrogées :

- Toutes étaient des femmes
- 2 d'entre elles étaient dans la tranche d'âge de (30 à 39 ans). 13 d'entre elles étaient dans la tranche d'âge (40-49 ans) et 2 d'entre elles dans la tranche d'âge (49-59ans)
- Toutes avaient un emploi => certaines avec un arrêt maladie
- L'âge des adolescents était tous entre 12 et 18 ans
- Au total 24 adolescents étaient concernés. Ces adolescents étaient bien scolarisés dans le secondaire en Fédération Wallonie-Bruxelles. Les parents étaient bien domiciliés en Fédération Wallonie-Bruxelles

4.2. Présentation des résultats

Pour préserver l'anonymat des participantes, chacune a été désignée par une lettre correspondant à l'initiale de son prénom. On retrouvera donc dans la partie résultat pour les patients qui sont réticents au vaccin du papillomavirus les initiales : G, H1, R, M1, M2, L, A1, A2, B, C, E, P. Pour les parents qui ont réalisé la vaccination du HPV, les initiales sont les suivantes : L2, C2, I, N, H2

Parfois, plusieurs participantes ont la même initiale de prénom. Pour éviter les confusions, on a ajouté un petit chiffre après la lettre, comme A1, A2. Cette approche permet de garantir leur confidentialité tout en facilitant le suivi des résultats.

Les analyses qui suivent s'appuient sur les entretiens menés. Elles nous éclairent sur la façon dont les participantes perçoivent la vaccination contre le HPV, sur leurs expériences et leurs avis à ce sujet, ainsi que sur leur regard vis-à-vis d'acteurs comme l'école ou le service de Promotion de la Santé à l'École (PSE).

4.2.1. Les représentations sur le papillomavirus humain

Les participantes ont parfois une vision partielle du papillomavirus humain (HPV), influencée par certaines idées reçues.

4.2.1.1. Le HPV et les hommes

Six participantes sur douze (G, P, R, H1, L, M2) perçoivent le HPV avant tout comme un virus porté par les hommes, dont les conséquences graves toucheraient surtout les femmes. On sent que leur compréhension du virus est très marquée par le genre :

- (G) : *« Euh.. bon j'espère que je vais pas dire trop de bêtises mais pour moi.. fin c'est surtout les femmes qui ont des problèmes avec ça » ; « Chez les hommes, on en parle moins, je trouve qu'on ne sait pas trop trop enfaite. »*
- (P) explique : *« Les hommes sont porteurs pour moi et les femmes, elles, elles développent. On est tous les deux concernées, mais c'est les femmes qui doivent se faire soigner en général. » ; « J'espère que c'est rare, mais je n'ai pas l'impression. Mais il y en a qui sont porteurs, mais qui ne le développent pas, en fait. » ; « Mais je pense que si on est porteur, il faut voir à un moment de notre vie s'il ne se développe pas. Parce que je ne sais pas si on a le virus en soi et qu'il faut quelque chose pour le déclencher. »*
- (R) : *« Euh, si je me trompe pas, je pense que c'est... voilà, juste les hommes qui sont porteurs, mais eux ne développent rien. Enfin, c'est surtout les filles... en tout cas, c'est ce que j'ai cru comprendre par-ci par-là. »*
- (H1) *« Je sais que... Je vais peut-être dire des bêtises, mais... Je pense que la plupart du temps, l'homme est porteur, l'homme masculin est porteur, mais il ne développe pas. Et donc, c'est la femme qui peut engendrer des difficultés et ça se transforme en cancer. »*
- (L) : *« Ça concerne plus (...) les filles parce qu'on vaccine les filles pour éviter que... qu'elles aient les cancers du col et de l'utérus. » ; « Aussi bah j'ai jamais entendu de dépistage pour les hommes, du coup fin je sais pas je me dis c'est lui qui le donne juste. »*
- (M2), quant à elle, dit simplement : *« mouais j'sais pas trop trop ».*

Ces verbatim sont souvent formulées avec hésitation comme "je pense", "si je me trompe pas", "j'espère ne pas dire de bêtises". On sent bien que ce ne sont pas des certitudes mais surtout le manque d'information qui parle.

À l'inverse, (B), (A2) et (A1) reconnaissent que les deux genres sont concernés. (A1) précise : *« Ouais fin... je me suis un peu renseignée et je crois que les deux peuvent le transmettre, bah les femmes comme les hommes. »* (E) et (M1), qui hésitent mais prévoient de vacciner, partagent cette vision.

Parmi les parents ayant fait vacciner, 4 sur 5 (L2, C2, I, N) ont une compréhension plus globale du virus :

- (L2) : *« nooooo justement c'est pas juste un truc de femme et surtout bah les deux peuvent euh porter le virus et chacun aussi peut aussi être touché et avoir un cancer, fin j'veux dire par la que... euh que ça concerne vraiment tout le monde. »*
- (C2) : *« tout le monde est porteur, après j'avoue que quand j'étais plus jeune on disait tellement col de l'utérus fin on nous bassinait avec ça que j'avais fait un espèce de raccourci en mode bah c'est les femmes mais la non.»*
- (I) dit sans vraiment hésiter : *« ah justement c'est les deux » « fin j'ai un ami qui a eu comme ça des espèces de verrues en bas et il m'avait dit qu'il aurait aussi pu avoir un cancer de ça justement, c'est pour ça que je sais. »*
- (N) : *« Je pense qu'on dit juste que c'est le cancer de l'utérus, parce que là c'est plus féminin, mais moi je pense que ça peut toucher les deux sexes » ; « on attire plus l'attention des gens sur ce cancer de l'utérus, mais on n'en parle pas pour les garçons»*

Seule (H2) maintient que *« l'homme est porteur, fin c'est ce que je pense oui »*. Au final, être mieux informé sur la transmission ne conduit pas systématiquement à la même décision, mais on observe tout de même une tendance : les parents ayant vacciné leur enfant ont globalement une vision moins genrée du HPV.

4.2.1.2. HPV et femmes

Dans les entretiens, le HPV est très majoritairement associé au cancer du col de l'utérus, ce qui donne l'impression que le virus ne concernerait presque que les femmes. Cette représentation traverse la plupart des discours, notamment chez les parents n'ayant pas fait vacciner leur enfant :

- (C) : *« Je connais le cancer du col de l'utérus, c'est ce que je pense que c'est. » ; « Je pense que c'est les filles seulement. Mais je ne suis pas sûre que j'ai raison. »*
- (M2) : *« Dans mon esprit, c'était uniquement pour les filles. » ; « On dit souvent, les filles, on vaccine pour éviter d'avoir le cancer de l'utérus. »*

- (B), qui a elle-même eu un cancer du col : *« C'est un truc sur le col, c'est un précancer de quelque chose, du coup bah pour moi ça a toujours été ça tu vois... le cancer du col de l'utérus. »*
- (H) : *« Long terme, tout ce qui est cancer du col de l'utérus. »*
- (G) : *« Au niveau de la gorge même chez l'homme, ça, je n'étais pas au courant, fin même pour les filles je savais pas quoi. »*
- (R) : *« Il paraît que ça protège contre les cancers du col... » ; « On vient seulement pour dire oui, ton enfant doit être vacciné... pour éviter le cancer du col... »*
- (L) : *« Eh bien, il paraît que ça protège contre les cancers du col de l'utérus. »*
- (H1) : *« C'est les symptômes qui apparaissent, des herpès et tout ça. Mais long terme, non. »*

Un cas particulier mérite d'être souligné. La participante (E), très engagée dans la prévention côté femmes, a cherché des informations en direct pendant l'entretien : *« Je vois ici, cancer du col de l'utérus bon ça on sait bien, y a aussi cancer de l'oropharynx, du pénis... Je me rends compte que j'étais vraiment axée sur les filles fin j'avoue que je m'étais jamais vraiment questionnée à vrai dire. »*

Quelques participantes ont une vision un peu plus large. (P) dit : *« Ça provoque aussi d'autres cancers, style le cancer au niveau du vagin, mais aussi au niveau de l'oropharynx, au niveau de la gorge, et même pour les hommes également. »* (A2) ajoute : *« Après, il n'y a pas que ce cancer, ça peut entraîner d'autres cancers. »* (A1) et (M1) confirment également que les hommes peuvent être touchés.

Chez les parents ayant fait vacciner, la connaissance est globalement plus complète :

- (L2) : *« Pour les garçons, fin c'est mon papa qui est médecin qui m'avait dit ça mais c'était un cancer du pénis et aussi cancer de tout ce qui est la gorge et tout. »*
- (C2) : *« Il y a les hauts risques qui sont plutôt cancer du col, des amygdales, donc tout ce qui est sphère ORL, organes génitaux chez l'homme et la femme. »*
- (I) : *« bah oui comme j'avais dit avant vu que bah mon meilleur pote a chopé le virus bah j'ai su qu'il pouvait avoir des verrues mais aussi beaucoup plus grave bah un cancer. »*

Cependant, (H2) et (N) font exception : *« J'avais juste le col de l'utérus en tête, fin y a que ça que je vois sur les panneaux de prévention et tout, fin souvent en plus je sais pas c'est peut être bête à dire mais c'est toujours des trucs en rose du coup je cherche pas plus loin »* (H2) ; *« Si,*

si, si, j'ai entendu quand même celui-là (en parlant du col de l'utérus). C'est celui-là que j'ai entendu beaucoup plus. Mais les autres, non. » (N)

Ce que je peux clairement ressortir c'est que vacciner son enfant ne signifie pas forcément avoir une connaissance complète du virus. Et inversement aussi du coup, ne pas vacciner ne veut pas dire qu'on ignore forcément tout. Mais on observe tout de même une tendance qui est que plus la connaissance du HPV est large et inclusive, plus l'adhésion à la vaccination semble naturelle.

4.2.1.3. La vaccination perçue comme légitime uniquement si obligatoire

Dans plusieurs entretiens, la légitimité d'un vaccin est fortement liée à son caractère obligatoire. Les vaccins de la petite enfance, intégrés dans un parcours de soins standardisé, sont rarement remis en question. À l'inverse, dès qu'un vaccin est simplement recommandé, il devient sujet à discussion, voire au refus.

- (G) : *« Dans le sens où toutes les vaccinations obligatoires, on les fait. Par contre, toutes celles qui ne le sont pas, là non. »*
- (H) : *« Au niveau des vaccinations primaires, vraiment obligatoires, quand ils étaient bébés, j'étais en règle, je faisais toutes les vaccinations » ; « Toutes ces vaccinations, ils étaient prouvés qu'ils ont fait leur effet » ; « Mais quand c'est plus tard dans la vie, j'essaye de réfléchir... est-ce que c'est nécessaire ? »*
- (R) : *« Les vaccins obligatoires, je les fais. Mais pas les recommandés. »*
- (C) : *« Je ne fais aucun vaccin inutile. Il y en a que je trouve utiles, et d'autres non. »*
- (A2) : *« Je ne me méfie pas de vaccins simples comme le tétanos. Je fais très attention aux autres qui ne sont pas forcément indispensables. »*
- (P) : *« Ceux que l'ONE propose voilà quand on est bébé ça voilà je discuterais pas » ; « Je veux juste savoir si c'est obligatoire ou pas. Et si c'est obligatoire, là, on n'a pas le choix. »*
- (B) : *« Obligatoire, oui, mais pas ceux qui sont... Plus que obligatoire, ils ont tout fait. Comme le questionnaire est venu avec mon premier enfant, où là, j'ai tout fait. Dans les règles, etc., où j'ai vu... J'ai commencé à avoir des choses et me poser des questions. »*
- (C2) : *« Je regarde si ce sont des vaccins qui sont obligatoires ou si ce sont des vaccins recommandés. » ; « Maintenant, je me renseigne pas mal sur d'où viennent ces vaccins, comment ils sont fabriqués. »*
- (E) : *« À priori, j'ai fait les vaccins obligatoires à la crèche et ce genre de choses. »*

Ce qui saute aux yeux c'est le fait qu'il y ait une hiérarchie implicite. Certains vaccins sont perçus comme indiscutables, alors d'autres doivent encore "faire leurs preuves". La question n'est donc pas tant "pour ou contre les vaccins" que "quels vaccins sont jugés suffisamment légitimes et nécessaires ?"

Par contre, quand c'est imposé, le parent n'a plus à porter seul le poids de la décision puisque l'institution l'a déjà validée pour lui.

Cependant, tous les parents ne raisonnent pas de la même façon. Certains de ceux ayant fait vacciner leur enfant ne se sont pas du tout posé la question du caractère obligatoire :

- (I) : « *Franchement j'ai même pas fait attention à si c'était obligatoire ou pas... pour moi c'était un vaccin à faire donc je l'ai fait.* » ; « *Si on me dit qu'il y a un remboursement, si on me dit que statistiquement ça vaut la peine... oui.* »
- (L2) : « *Pour moi bah y a une raison si c'est conseillé et c'est vrai que je fais clairement attention.* »
- (H2) : « *Dans mon cas bah le vaccin m'en a parlé et m'a dit de la faire donc j'ai pas trop hésité. Fin je fais quand même confiance à la médecine quand même.* »
- (N) : « *La vaccination, pour moi, comme je viens d'un pays en voie de développement, qu'on n'a pas cette chance des avancées comme ici en Europe. Pour moi, je me dis que c'est une chance, une opportunité de profiter de cette avancée, de se protéger.* »

À l'opposé, (A1) se situe en dehors de toute logique obligatoire/recommandé : « *Je suis contre tous les vaccins donc... obligatoire ou pas bah je m'en fou vous voyez.* »

4.2.1.4. Valorisation de l'immunité naturelle

Une idée revient régulièrement dans les entretiens : le corps est capable de se défendre seul, et intervenir avec un vaccin peut parfois être perçu comme inutile, voire perturbateur.

- (G) : « *Je pars du principe, comme la grippe par exemple, je parle du principe que le corps doit faire sa défense lui-même.* » ; « *Pour moi ça sert à rien fin autant que le corps fasse lui-même ses anticorps.* » ; « *Chez nous, on a toujours eu une santé de fer* » ; « *les risques d'attraper ce genre de choses sont voilà très faibles.* »
- (B) : « *Je sais pas selon moi il faut habituer le corps à se débrouiller. Si on l'aide tout le temps, à la fin il va finir par plus vouloir fonctionner.* » ; « *le corps il est bien fait, il peut se soigner autrement et aussi la peur qu'on nous met ne fonctionne pas.* »
- (A1) : « *le corps se défend bien lui-même.* »

Cette confiance en l'immunité naturelle s'accompagne souvent d'une ouverture vers les médecines alternatives. (A1) et (B) évoquent toutes deux la naturopathie ou l'homéopathie, jugées « *plus efficaces* » et perçues comme plus respectueuses du corps que la médecine classique.

Du côté des parents ayant fait vacciner, la vision est différente. La vaccination est perçue comme un complément utile, pas comme une intrusion :

- « *Je trouve ça super important, surtout dès les premiers jours de la vie, pour protéger contre certaines maladies qui peuvent avoir des conséquences parfois dramatiques.* »
- « *Quand ils sont petits, on suit l'avis des pédiatres. Donc moi, mon pédiatre, il était plutôt pour les vaccins. Il encourageait pour les vaccins, donc j'ai suivi l'avis du pédiatre.* »
- « *Si on regarde dans l'histoire, il faut quand même un petit peu regarder en arrière. Avant, c'était une catastrophe. Mais aujourd'hui, c'est tellement acquis que les gens ne se rendent pas compte de ce que l'on a gagné grâce à cette vaccination.* »

4.2.1.5. Influence expériences personnelles et de l'entourage

Ce qui ressort très clairement des entretiens, c'est que le vécu personnel pèse souvent bien plus lourd que n'importe quelle information officielle dans la décision de vacciner ou non.

Certaines participantes ont traversé des événements particulièrement marquants qui ont durablement fragilisé leur confiance envers les vaccins :

- (A2) : « *Je suis devenue veuve jeune... mon mari est décédé l'année dernière, justement après une vaccination.* » ; « *Mon beau-père était décédé deux ans avant d'une embolie pulmonaire post-vaccin Covid.* » ; « *Je regarde un peu le papillomavirus et je me dis, non, non, non, c'est bon.* »
- (B) : « *Mon petit garçon a eu beaucoup d'allergies qui se sont déclarées après ses vaccins.* » ; « *Avec les années, j'ai perdu confiance en la médecine classique.* » ; « *Moi, j'ai 45 ans, je ne fais plus aucun vaccin. En plus, le HPV, je l'ai eu.* » ; « *J'ai une amie, elle a 40 ans... On dirait qu'il fallait qu'elle fasse vacciner du HPV. Elle s'est fait vacciner, 9 mois après, elle était au stade 3.* »
- (C1) : « *Dans ce centre y a enfaite un enfant qui est devenu handicapé justement à cause d'un vaccin. Du coup j'avoue ça m'a complètement fait peur, je me dis pas ça à mes enfants quoi. J'étais déjà pas pour mais alors là...* »
- (R) : « *J'ai une amie... elle n'est plus elle-même.* » ; « *Elle a tout le temps des problèmes, vertiges.* »

- (L) : « *Ma méfiance aussi, c'est dans les expériences des autres. » ; « Il y en a qui ont développé d'autres maladies. »*

D'autres s'appuient sur leur propre expérience avec le HPV, mais sans que cela les pousse vers la vaccination :

- (A) : « *Moi, je l'ai eu. » ; « J'ai fait la conisation. » ; « J'aurais peut-être dû me traiter autrement. Avec des éléments naturels. Ça aurait peut-être suffi. »*
- (P) : « *Il m'a opéré et je suis traumatisée. » ; « Il m'a fait une opération hyper violente. » ; « Des fois, on ne sait pas si c'est forcément à cause du vaccin ou non. »*

À l'inverse, certaines participantes se sentent naturellement protégées grâce à leur vécu familial :

- (G) : « *Chez nous, on a une santé de fer. » ; « Les maladies comme ça, on ne les attrape pas chez nous. »*
- (M2) : « *Dans la famille, on n'a pas tendance à avoir des problèmes de cancer. »*

Concernant l'influence de l'entourage, les positions varient :

- (H) : « *Imaginons j'entends une histoire sur un vaccin, eh bah oui ça peut m'influencer, oui. »*
- (L) : « *Oui, la famille, les amis, les gens qui nous entourent. Conviction perso. »*
- (I) : « *Non, pas vraiment, parce que je me suis déjà renseignée moi-même aussi. J'ai déjà fait mon idée. »*
- (L2) : « *Non. Non, non, c'est ça, non. »*
- (P) : « *Non, pour ça, je reste sur mes positions. »*

Chez les parents ayant fait vacciner, l'expérience professionnelle ou l'entourage médical jouent un rôle rassurant :

- (C2) : « *Oui, dans ma profession, j'ai eu pas mal de cancers, de la sphère ORL notamment, et cancers du col. » ; « J'ai un membre de ma famille, justement, qui est aussi professionnel de la santé, qui m'a conseillé de le faire. » ; « La question ne se posait même pas. »*

4.2.1.6. *Influence Covid 19*

La pandémie de Covid-19 apparaît comme un véritable tournant dans les discours. Elle a renforcé des méfiances existantes, en a créé de nouvelles, et a profondément reconfiguré le rapport à la vaccination chez plusieurs participantes.

Pour certaines, le vaccin Covid n'a pas été un choix mais une contrainte :

- (G) : *« Le Covid, on l'a fait. Pourquoi ? Parce que c'était notre passeport pour voyager. Uniquement pour ça, sinon on l'aurait jamais fait. » ; « J'ai l'impression qu'on nous a forcé la main [...] Autrement, à aucun moment on n'aurait accepté ce vaccin. »*
- (P) : *« On a fait le vaccin contre le Covid. Et puis, d'un seul coup, ce n'est plus la peine de le faire. » ; « Donc, non, je ne suis pas pour les vaccins. »*
- (B) : *« Le Covid... ça a vraiment été le déclencheur. » ; « Je ne me suis pas fait vacciner. Aucun de mes enfants non plus. »*

Pour d'autres, la pandémie a semé un doute qui n'existait pas avant :

- (L) : *« Mais le Covid, ça m'a... fait réfléchir, sérieusement. » ; « Après le vaccin, les gens, ils ont eu beaucoup de problèmes de santé à côté. » ; « Depuis, je me méfie quoi. » ; « Ça date du Covid, je suis contre les vaccins. »*
- (R) : *« Moi, j'ai eu deux visions complètement différentes. » ; « Quand j'étais au Cameroun, la vaccination, c'était automatique. » ; « Depuis que je suis en Belgique et avec l'évènement du Covid, je suis un peu contre la vaccination. » ; « Un vaccin, en concret, en deux, trois mois, on n'a pas assez fait les tests. »*
- (M2) : *« Avec le coronavirus... on a entendu tellement de choses... ça nous a rendus genre hyper méfiants. »*
- (A2) : *« Il y a vraiment eu un avant et un après Covid. »*
- (A) : *« Depuis le Covid, point barre. » ; « Certains ont développé des cancers » ; « Nous, on est en pleine forme. »*

La peur des effets secondaires revient aussi comme conséquence directe de la pandémie : *« C'est surtout le COVID, le vaccin du COVID ça m'a beaucoup trotté. » ; « Avec tous ces effets secondaires dont on parlait, c'est angoissant. »*

Chez les parents ayant fait vacciner, le Covid est peu mentionné comme frein. Une participante dit au contraire s'être appuyée sur les données disponibles pendant cette période : *« Oui, moi, bon, durant, par exemple, Covid, j'ai eu accès quand même à des études. Je comprends les études de population. Et le risque, oui, le risque zéro n'existe jamais. Mais enfin, bon, quand on voit les résultats au final, il n'y a pas de discussion à avoir là-dessus. »*

4.2.1.7. Faible perception du risque HPV/faible sentiment urgence

Un constat revient régulièrement dans les entretiens : beaucoup de participantes ne se sentent pas vraiment concernées par le HPV. Le risque leur paraît lointain, maîtrisable, voire inexistant si on adopte une vie qu'elles jugent saine.

- (G) : « *Je pense que si on a une vie saine et un peu équilibrée, il y a peu de chances quand même qu'on attrape ce genre d'histoire.* » ; « *Nous, on a une très bonne santé... on est sérieux dans la famille.* » ; « *Des inquiétudes, non, mais je ne vois pas l'intérêt.* » »
- (H) : « *Est-ce que c'est vraiment nécessaire ?* » ; « *Genre, si on parle de tétanos, je vais me blesser, quand j'irai aux urgences, ils vont me vacciner d'office. Est-ce que c'est nécessaire de le faire avant ?* » »
- (L) : « *Pour les garçons, je n'en ai jamais entendu parler... Pour moi, ce n'est pas important de les vacciner.* » ; « *Fin ouais, on dit que 80% des gens l'ont... et on vit avec.* » ; « *À moins qu'ils décident eux-mêmes, une fois majeurs.* » ; « *Parfois, je me dis que ça ne sert à rien... même vacciné, on tombe malade. Donc à quoi bon ?* » »
- (B) : « *Oui, ça pourrait dégénérer, j'en suis consciente... mais ce n'est pas nécessaire, il y a d'autres solutions.* » »
- (A) : « *S'il y a un problème, on va à l'hôpital, il y a des traitements, d'autres moyens.* » ; « *J'aurais peut-être pu me soigner autrement, avec des remèdes naturels, ça aurait peut-être suffi.* » »

Cette faible perception du risque se traduit souvent par une tendance à reporter la décision — pas un refus franc, mais un "on verra plus tard" qui finit par durer.

À l'inverse, chez les parents ayant fait vacciner, c'est précisément la peur du cancer qui a fait pencher la balance :

- (C2) : « *Dans ses patients, pas mal de patients à l'âge adulte développaient des cancers de la sphère ORL, justement dus à ce HPV.* » »
- (L2) : « *J'avoue que le cancer ça m'emballe pas trop trop.* » »
- (I) : « *Je vois pas trop pourquoi je ferais pas si ça permet d'arrêter le cancer.* » »
- (N) : « *C'est mon médecin qui m'a fortement conseillé de le faire et quand j'ai entendu limite le mot cancer je me suis dit bon celui-là on va le faire.* » »

Au final, tant que le HPV est perçu comme un risque faible ou maîtrisable par son mode de vie, la vaccination passe au dernier rang des priorités. C'est assez souvent quand même cette

représentation (plus que le refus du vaccin en lui-même) qui explique l'hésitation, le report, ou le refus.

4.2.1.8. Lien avec la sexualité/âge

Une idée revient souvent dans les entretiens : le vaccin HPV est perçu comme utile uniquement à partir du moment où l'enfant devient sexuellement actif. Cette logique conduit beaucoup de parents à trouver l'âge recommandé trop précoce.

- (G) : *« Je pense que ce cancer-là, il peut s'attraper si la personne a 10 000 rapports. Enfin, 10 000, j'exagère, mais plein de rapports. » ; « 13-14 ans, c'est vachement jeune. » ; « Il n'y a aucune chance qu'elle ait des rapports avec un garçon, donc on est couverts. » ; « Ça changerait dans quelques années... peut-être qu'à ce moment-là, elle aura l'âge de décider si elle a envie de faire ce vaccin ou pas. »*
- (H) : *« À 12 ans, c'est trop jeune. » ; « Dans notre culture, il n'y a pas de rapport sexuel avant le mariage. »*
- (R) : *« Ils ne sont pas sexuellement actifs. » ; « Oui, ça ne sert à rien. » ; « Il n'y a pas cette culture de vaccins contre des maladies sexuellement transmissibles. »*
- (M2) : *« Avant les relations sexuelles [...] ici à 12 ans, je ne vois pas la nécessité. »*
- (B) : *« On parle ouvertement de sexualité. » ; « Je lui dirai de se protéger. » ; « Il y a d'autres choses à mettre en place. » ; « Ça me paraît tôt, mais je comprends la logique. »*
- (P) : *« Du coup, à 13 ans, je trouve que c'est un peu jeune. » ; « Au niveau de ma fille, c'est surtout au niveau de son poids, qui est un peu hyper allégé et que moi, je trouve que la dose n'est peut-être pas adaptée pour elle. » ; « Quand elle aura passé 18 ans, elle sera adulte, donc c'est un peu différent. Tout son corps sera développé. »*

Certaines parents conditionnent même directement la vaccination au comportement de leur enfant : *« Donc, c'est vrai qu'on pourrait se dire, si mon enfant n'a pas de rapport, il n'y a pas de risque. Disons que j'espère simplement qu'elle sera sérieuse. »*

À l'inverse, les parents ayant fait vacciner voient dans cet âge précoce une opportunité plutôt qu'un problème :

- (I) : *« C'est vraiment le moment clé pour faire cette vaccination. » ; « Qu'il n'ait pas eu de rapport sexuel à ce moment-là. »*
- (L2) : *« Vers 12-13 ans ça me choque pas, fin au moins on est sûr que c'est avant les premiers rapports sexuels quoi. »*

- (C2) : *« Oui je trouve tout à fait normal d'avoir ce vaccin avant les premiers rapports parce que fin faut pas non plus chercher de midi à quatre heures mais c'est à ce moment-là qu'on peut chopper ça. »*
- (N) : *« Je préfère plutôt prévenir qu'après devoir guérir. » ; « J'ai remarqué que maintenant les jeunes ont des relations assez tôt et l'enfant va pas non plus toujours dire qu'il a eu des relations donc vaut mieux le faire assez tôt je trouve. »*

4.2.1.9. Manque de confiance lié au “manque de recul”

Le sentiment de manque de recul revient comme un leitmotiv dans les entretiens. Ce n'est pas forcément un refus de principe, mais une exigence de certitude qui, quand elle n'est pas satisfaite, conduit à l'hésitation ou au refus.

- (L) : *« Je trouve qu'on n'a pas assez de recul sur ce vaccin pour l'instant. » ; « Pour moi, il n'y a pas assez de recul sur cette vaccination, et donc sur son efficacité. » ; « Méfiance totale. » ; « C'est quelque chose de nouveau. C'est l'inconnu. »*
- (E) : *« Il n'y avait pas assez de recul. »*
- (M2) : *« Je pense que son efficacité doit être prouvée. »*
- (P) : *« Moi, à la base, je ne suis pas pour les vaccins. » ; « Il y a certains vaccins qui, je pense, sont utiles, nécessaires. Mais on n'a pas assez de recul, je trouve. » ; « Je n'ai pas d'avis, parce que je ne sais pas du tout. » ; « On ne sait pas si la personne ne l'aurait jamais attrapé ou si c'est grâce au vaccin. »*
- (C) : *« À partir du moment où on fait des dépistages réguliers... on n'a pas besoin du vaccin. »*

Ce dernier point est intéressant : pour certaines, le dépistage devient une alternative rassurante au vaccin. Puisqu'on ne fait pas confiance à quelque chose de perçu comme insuffisamment prouvé, on se raccroche à ce qui semble plus concret et maîtrisable.

À l'inverse, chez les parents ayant fait vacciner, cette question du recul ne se pose pas de la même façon :

- (H) : *« Pour moi si ça a été validé par les médecins et que ça a fait ses preuves en quelque sorte je vois pas spécialement ce qui m'arrêterait. »*
- (H2) : *« J'ai vraiment confiance, j'avoue que je ne me pose pas non plus mille et une questions. »*

- (L2) : « *J'en sais rien. [...] J'ai une totale ignorance. » — et pourtant, cela ne l'a pas empêchée de vacciner, ce qui montre que l'ignorance ne conduit pas systématiquement au refus.*

Au final, ce qui différencie les deux groupes, ce n'est pas tant le niveau de connaissance que le rapport à l'incertitude. Certains parents acceptent de vacciner malgré le flou ; d'autres ont besoin de certitudes avant d'agir. Et quand ces certitudes ne viennent pas, le vaccin attend.

4.2.1.10. Aspect financier

Dans plusieurs entretiens, la méfiance envers le vaccin HPV dépasse largement la question médicale. C'est tout un système — pharmaceutique, politique, institutionnel — qui est remis en cause.

- (A) : « *Avant, je faisais confiance à l'État, je croyais les médecins sur parole... J'obéissais bêtement, en fait. » ; « Ce qu'on traitait de complotiste avant, aujourd'hui, c'est sorti au grand jour. » ; « C'est un génocide planétaire. » ; « Ils veulent réduire la population... Bill Gates lui-même a parlé de surpopulation. » ; « On ne vaccine jamais en pleine épidémie, c'est un protocole expérimental, on est toujours en phase trois. » ; « Ma généraliste est complètement lobotomisée. » ; « Elle croit dur comme fer au vaccin... et en plus, elle se fait de l'argent dessus. » ; « Les États-Unis vont quitter l'OMS, et son principal actionnaire, c'est Bill Gates... Ça pose de sérieuses questions éthiques. » ; « Ils ne prennent même pas de vrai placebo, ils comparent un vaccin à un autre... Ces études ne valent rien. »*
- (B) : « *On sent la pression des labos. » ; « C'est une usine à fric. » ; « Le profit passe avant tout. »*
- (P) : « *Je pense que tout ça, c'est financier en général. »*
- (M2) : « *Les parents sont dépossédés de leur responsabilité. » ; « Les politiques ne sont pas crédibles. » ; « La santé, c'est devenu un produit marketing. » ; « Il y a tout un système derrière, avec les firmes pharmaceutiques... On n'a pas une confiance aveugle.»*

4.2.1.11. Introduction de substances dans le corps

Une image revient souvent dans les entretiens : le vaccin comme quelque chose d'étranger qu'on vient introduire dans le corps. Cette perception génère de vraies inquiétudes, notamment sur la composition des vaccins et leurs effets à long terme.

- (H) : « *C'est des corps étrangers à faire entrer au corps d'une ado. » ; « On ne sait pas est-ce que ça va juste rester à protéger le corps ou bien ça va aboutir à autre chose. » ; « Détruire d'autres organes ou le système hormonal ou que sais-je. »*
- (R) : « *C'est comme si on injectait un corps étranger. » ; « C'est le corps étranger qui fait peur. »*
- (L) : « *Je ne sais pas ce qu'on veut introduire dans le corps de mon enfant. »*
- (B) : « *Bourrés d'aluminium. » ; « On enfouit ça dans un gosse quoi. » ; « On dit que l'aluminium n'est pas bon... mais on en met dans les vaccins. »*

Ce qui ressort clairement, c'est que le flou sur la composition des vaccins amplifie la méfiance. Quand on ne sait pas vraiment ce qu'on injecte, ni ce que ça fait une fois dans le corps, la confiance devient difficile à construire. Certaines relèvent aussi ce qu'elles perçoivent comme des contradictions dans les messages de santé — comme le fait qu'on déconseille l'aluminium en général, mais qu'on en retrouve dans les vaccins.

Un témoignage se distingue par sa nuance. (L2) exprime une vision plus équilibrée : « *C'est ça. Après, je suis fondamentalement, je crois qu'introduire effectivement des substances dans le corps d'une manière ou d'une autre, ça participe à un changement et que je pense que le corps a naturellement tout ce qu'il faut normalement pour être en bonne santé, s'il est bien, j'ai envie de dire, entretenu, alimenté, etc. Mais voilà, je sais aussi qu'on vit dans une société où on ne maîtrise pas tout, comme la pollution, comme certains engrais sur notre alimentation, comme plein de choses qui font que ça peut provoquer des maladies. Et donc voilà, dans ce sens-là, si on vivait dans un environnement parfait, avec une alimentation parfaite, etc. Là, je crois que je serais une antivax, mais ce n'est pas le cas. Et à un moment donné, je dirais qu'à 80%, je me soigne naturellement avec des choses naturelles. Mais à 20%, quand il faut utiliser la médecine traditionnelle, il ne faut pas la négliger. Elle est là à la sauver des vies. Il ne faut pas chipoter, quoi. »*

4.2.1.12. Effets secondaires / balance bénéfiques risques

La décision de vacciner ou non ne repose pas sur un refus de principe, mais sur une balance intime où chaque parent pèse le pour et le contre. Et chez beaucoup, la peur des effets secondaires prend le dessus.

- (A1) : « *Le rapport bénéfice est trop mauvais.* » ; « *Je pense que beaucoup de vaccins sont inutiles.* » ; « *Il y a plus d'effets secondaires à les prendre qu'à ne pas les prendre.* » ; « *Moi, c'est plutôt les effets secondaires.* » ; « *Trop de risques.* » ; « *J'étais méfiante parce que je craignais ce vaccin.* »
- (A2) : « *J'ai estimé que le bénéfice-risque n'en valait pas la peine.* »
- (B) : « *Je craignais ses effets secondaires.* » ; « *Le vaccin me donne plus de tracas.* » ; « *Je fais le dépistage.* »
- (P) : « *Il y a beaucoup d'enfants aussi qui sont malades, des bébés.* » ; « *Il y en a, ils font le vaccin, ils sont malades avec le vaccin, et après, ils ne se sentent pas bien.* »
- (L) : « *Ma méfiance, elle vient aussi des histoires des autres.* » ; « *Certains ont développé d'autres maladies après.* »
- (M2) : « *Moi, ce sont les effets secondaires qui m'arrêtent.* » ; « *J'avais été voir sur internet [...] il y a des risques de paralysie.* » ; « *Syndrome de Guillain-Barré.* » ; « *Bien sûr qu'il y a un risque.* » ; « *Sur 100 000 [...] combien pourraient attraper le papillomavirus ?* »
- (M1) : « *Au début... j'étais vraiment méfiante, à 80%.* » ; « *J'étais méfiante parce que je craignais ce vaccin, je craignais ses effets secondaires par manque d'informations.* » ; « *Je ne savais pas trop quels étaient vraiment les effets secondaires, fin j'avais entendu des choses.* » ; « *On entendait beaucoup parler de maladies inflammatoires et de maladies auto-immunes.* » ; « *C'est ça qui me faisait peur.* »

Certaines voient le dépistage comme une alternative suffisante au vaccin :

- (E) : « *Je prône le frottis une fois par an.* » ; « *C'est le seul moyen de voir s'il y a un souci.* » ; « *À partir du moment où on fait du dépistage régulier [...] on n'a pas besoin du vaccin.* »
- (A2) : « *Si on fait des dépistages [...] on peut normalement gérer ce cancer.* »

À l'inverse, chez les parents ayant fait vacciner, la balance penche clairement du côté des bénéfices :

- (L2) : « *Je pense quand même qu'on est mieux de faire le vaccin que de risquer d'avoir ça.* » ; « *À partir du moment où on a la possibilité de prémunir, on doit prémunir.* » ; «

À partir du moment où ça existe et qu'on fait confiance, j'aurais tort de ne pas le faire.
»

- (C2) : *« Je me dis que je préfère éviter des cancers du col ou autre chose. » ; « Non, je n'ai pas d'inquiétudes. » ; « Je suppose que c'est un vaccin qui a été étudié. » ; « C'est plus non plus un si ancien vaccin que ça, maintenant. » ; « Qui a déjà fait ses preuves, exactement. »*
- (I) : *« Le risque zéro n'existe jamais. Mais quand on voit les résultats au final, il n'y a pas de discussion à avoir là-dessus. » ; « Par contre, quand on a un cancer, on veut bien toutes les drogues les plus dures et qui donnent le plus d'effets secondaires. » ; « Il n'y a pas le lien entre se vacciner et les conséquences énormes qu'on peut avoir sans vacciner. » ; « Les gens n'ont pas le bénéfice-risque comme ça. » ; « La vaccination pour le cancer du col de l'utérus, c'est catastrophique, surtout si on l'a jeune. »*
- (H2) : *« Je m'en voudrais toujours si je vois que si elle n'a pas été vaccinée et que après elle a quelque chose, fin ça serait terrible. » ; « Surtout qu'en plus il est gratuit, fin j'ai foncé quoi. »*
- (N) : *« J'ai pas mal de copines qui ont eu justement ce papp... pappilom... et j'ai vu tout ce qu'elles avaient du faire et tout, je me dis moi non, fin pas mes enfants. Même si je sais que là maintenant ça se traite mais le risque est trop grand. »*

4.2.1.13. Manque d'informations

Un constat traverse presque tous les entretiens : le manque d'information sur le vaccin HPV est réel, et il pèse lourd dans la prise de décision.

- (H) : *« Avoir noir sur blanc que le vaccin, c'est pour ça, ça et ça... et ça va protéger de ça, ça, ça. » ; « À part mes cours, où c'était survolé, je n'ai jamais eu de vraies explications. » ; « Seulement pendant mes cours. En dehors de ça, rien. » ; « Il n'est pas assez médiatisé, à mon avis. » ; « Moi, je n'en ai jamais entendu parler. » ; « Il faut juste adapter la façon de communiquer. »*
- (R) : *« Non, je ne suis pas suffisamment informée. » ; « J'en avais entendu parler, mais il y a des années... et je n'étais plus intéressée. » ; « Je n'étais pas consciente que c'était pour les garçons, fin j'avais l'impression qu'on disait c'est pour le cancer de l'utérus que dans ma tête je me disais bon bah c'est que pour les filles. » ; « Les garçons, on ne leur en a même pas parlé. »*

- (M1) : « On ne parle pas de la vaccination. » ; « On parle du papillomavirus, mais pas du vaccin. Ce n'est pas assez mis en avant. » ; « Je pense que c'était des fausses informations. » ; « J'ignorais l'existence de ce vaccin. » ; « Ce n'est pas mon médecin qui m'en a parlé. À aucun moment on ne m'en a parlé, je n'ai même jamais vu d'affiche. Je trouve ça vraiment dommage. »
- (L) : « Baah il paraît que ça protège contre les cancers du col, mais comme c'est un nouveau vaccin, on ne sait pas trop. » ; « On dit simplement que ça protège. » ; « Je crois que j'ai loupé l'information. » ; « On ne nous explique pas, c'est à toi-même de chercher. » ; « Je devrais faire des recherches, mais... je ne l'ai pas fait. Et pourquoi est-ce que ce serait à moi d'aller chercher ? »
- (C) : « J'avais besoin de plus d'informations. » ; « Pas assez d'infos. »
- (M2) : « Je n'ai rien reçu du tout comme info, c'est fou quand même. »
- (A2) : « Si je ne m'étais pas informée moi-même... »
- (B) : « Bien avant ça, je me posais déjà des questions sur les vaccins. » ; « Le nombre de vaccins qu'on donnait aux enfants, tous en même temps. »

Une participante exprime des inquiétudes très concrètes sur ce qu'elle ne sait pas : « Est-ce que ça peut causer des problèmes au niveau des règles ? Est-ce que ça peut causer des problèmes au niveau puberté ? » ; « Est-ce que les filles vont arrêter de grandir ou pas ? » ; « Est-ce que ça rend stérile ? Tout ça, j'en sais rien. » Elle ajoute : « Je pense que c'est à nous de nous renseigner nous-mêmes aussi. » Mais souligne en même temps : « Il n'y a pas d'info par rapport à ça. »

Chez les parents ayant fait vacciner, le manque d'information est aussi présent, mais il ne bloque pas la décision :

- (L2) : « Je ne me sens pas du tout informée. » ; « Je trouve ça dommage le manque d'information. » ; « Il faut des messages courts. [...] de l'information courte. » ; « Ça serait intéressant de faire pour les deux [...] le parent [...] et les ados. » ; « Ça aurait été quand même pas mal [...] d'en savoir un petit peu plus. »
- (C2) : « Maintenant, les vaccins recommandés, je prends des renseignements autour de moi. » ; « Est-ce qu'on a du recul par rapport à ce vaccin ? » ; « Est-ce que c'est nécessaire de le faire ? » ; « Quels sont les effets secondaires, je te dirais, à court et à long terme ? » ; « Y a-t-il du recul sur le vaccin ? » ; « Pourquoi on le fait ? » ; « C'est proposé par qui ? »

4.2.1.14. Convocation PSE

Les participantes s'accordent sur une communication du PSE jugée trop minimaliste, voire absente, laissant les parents sans réels outils pour décider.

- (A) : *« Très mal, très intrusif. Ils posent des questions qu'ils n'ont pas à poser. Ils veulent imposer des vaccins. Mais si les enfants ont des effets secondaires, c'est les parents qui vont s'en charger. Ce n'est pas eux. Si les enfants sont handicapés, ce n'est pas eux qui vont gérer les enfants toute leur vie. Quand on a des gens qui croient mieux savoir tout que tout le monde, mais qui ne sont pas responsables derrière, ça pose question. » ; « Moi, je n'ai toujours envoyé pas recommandé avec accusé de réception à l'école, à la direction de l'école et au PSE, des courriers disant que c'était hors de question qu'ils fassent une vaccination derrière mon dos et qu'auquel cas, ils emporteraient la responsabilité, quelle qu'elle soit. » ; « Il faut savoir qu'en Belgique, il n'y a qu'un vaccin qui est obligatoire. C'est celui de la polio. Les autres ne sont pas obligatoires. »*
- (R) : *« Ils m'ont envoyé une convocation » ; « Je me suis dit, ils se sont trompés. » ; « C'est peut-être pour les filles. »*
- (L) : *« On vous envoie seulement les papiers de l'école » ; « On ne t'explique pas. » ; « Ils m'ont envoyé une convocation. Je me suis dit, ils ont trompé. C'est peut-être pour les filles. Et puis avec toute la paperasse que j'avais déjà j'ai pas trop fait gaffe quoi. J'avais un peu laissé tomber quoi. »*
- (E) : *« C'est très basique. » ; « Pas hyper complet. » ; « Pas hyper documenté. » ; « C'était light. » ; « Comment ça s'attrape même » ; « Que tout le monde est porteur » ; « Quelqu'un qui n'a aucune idée par rapport à la réalité de ce... et des conséquences que peut avoir ce virus, honnêtement, je trouve que c'est... C'était pas hyper complet, hyper documenté. »*
- (B) : *« Le fait d'insister tout le temps sur le fait que c'est gratuit, ce n'est vraiment pas ça le problème pour moi. Quand c'est gratuit, c'est nous le produit. C'est ce qu'on dit en marketing. Ça me fait vraiment sourire. Ce n'est en aucun cas un argument pour moi. C'est pas parce que c'est gratuit que je vais le faire à mes enfants. »*

- (M1) : « *Parce que d'autres vaccinations, on en parle ouvertement et largement, alors que la vaccination, le vaccin HPV, on n'entend pas parler, et je trouve ça assez dommage.* »
- (A2) : « *On nous a suggéré de le faire [...] pas d'informations.* »
- (P) : « *C'est juste un document avec la visite médicale. Est-ce que vous voulez qu'on vaccine en même temps votre enfant ?* » ; « *Ce n'est pas développé.* » ; « *C'est vraiment juste une question comme ça, oui ou non.* » ; « *Moi, je trouve qu'ils devraient bien détailler et passer dans les écoles.* » ; « *Il pourrait aussi parler de la maladie et qu'il faut se protéger et qu'il y a des vaccins. Mais bien détailler.* » ; « *Pas juste dire qu'il y a un vaccin, ça peut vous sauver.* » ; « *Il faut que ce soit bien expliqué et que ce ne soit pas juste, il faut le faire.* » ; « *Ils devraient... enfin, que l'Evras devrait en parler également.* » ; « *Il faut voir comment le sujet est abordé.* » ; « *Il ne faut pas non plus mettre la panique.* » ; « *Le faire de façon plus douce.* »
- (G) : ne se souvient plus du dispositif.
- (L2) : « *Il n'y a pas d'informations. On reçoit juste le formulaire [...] oui, non.* » ; « *On le propose, renseignez-vous et vous dites oui ou non.* » ; « *Ce n'est pas eux qui ont donné l'information.* » ; « *Il y avait une petite feuille annexe avec simplement, on propose le vaccin à Papillomavirus. Et il fallait cocher une signature et c'est tout. C'est très bref.* » ; « *Je ne me souviens même pas avoir reçu une brochure ou quoi.* » ; « *J'ai coché oui sans trop trop d'hésitation parce que bon j'estime qu'à partir du moment où on a la possibilité de prémunir, bah on doit prémunir.* »

Au final, que la convocation ait suscité méfiance, indifférence ou simple incompréhension, le constat est le même : le PSE n'offre pas aux parents les informations nécessaires pour s'approprier la décision vaccinale.

4.2.1.15. Cas particulier

L'entretien avec (D) nous montre que le choix de ne pas vacciner ne vient pas forcément d'un rejet de la vaccination en elle-même, mais plutôt d'une réflexion personnelle et familiale. La maman interrogée se dit d'ailleurs plutôt favorable aux vaccins, qu'elle considère comme « *un moyen de santé publique qui a fait ses preuves* », et précise qu'elle n'est pas « *réfractaire à la vaccination* ».

Son refus de faire vacciner sa fille contre le HPV s'explique surtout par la manière dont elles en ont parlé toutes les deux. Elle insiste sur l'importance du dialogue : « *chez nous voila c'est*

beaucoup dans le dialogue et euh dans la discussion c'est vraiment comme ça qu'on fonctionne nou ». Et face à l'hésitation de sa fille, elle a choisi de ne pas forcer les choses : *« je ne vais pas l'obliger, c'est son choix quoi ».*

De son côté, l'adolescente a pris cette décision en fonction de sa situation actuelle. Elle explique simplement : *« je n'ai pas d'activité sexuelle [...] je n'ai pas spécialement envie de le faire maintenant ».*

Finalement, dans cette famille, ne pas vacciner semble être un choix temporaire, qui correspond à un moment précis de la vie. C'est moins une opposition de principe qu'une décision mûrie en famille, où le respect de l'avis de l'adolescente et l'accompagnement parental priment.

5. Discussion

La discussion va donc répondre à la question centrale de mon mémoire : « Quels sont les déterminants de la réticence vaccinale parentale face à la vaccination contre le HPV dans l'enseignement secondaire en Fédération Wallonie-Bruxelles ? »

5.1. HPV et hommes

En écoutant les témoignages des parents, qui ont fait vacciner leur enfant du HPV ou non, on se rend compte que la perception des hommes dans la transmission du HPV varie quand même beaucoup. Six participants sur douze qui n'ont pas fait vacciner leur enfant scolarisé en école secondaire, parlent du HPV comme d'un virus surtout porté par les hommes, mais dont les conséquences graves touchent surtout les femmes. Dans leur idée, ce sont les hommes qui seraient plutôt vus comme des "porteurs", alors que ce sont les femmes qui risquent de développer la maladie. Une d'elles a développé cette idée en disant que vu que les hommes n'ont pas de dépistage comme chez les filles, que c'est simplement pour cela que l'homme est porteur.

Cette idée revient souvent, même si on ressent bien un doute planer : *"je pense", "si je me trompe pas", "je vais peut-être dire des bêtises"...* Je l'ai bien senti lors des entretiens et en relisant les entretiens mais ce ne sont pas des connaissances solides que les parents détiennent mais plutôt des informations qu'elles auraient entendues ou tout simplement des impressions qui se seraient installées. Le cas d'un des parents qui n'a pas fait vacciner son enfant du papillomavirus avoue ne pas trop savoir. Cela montre bien que pour certaines, la question du rôle des hommes n'est même pas vraiment posée. On ressent plutôt un manque d'information

ou tout simplement un sujet auquel elles n'ont jamais vraiment pris le temps de réfléchir réellement. Les autres parents, qui ont décidé de ne pas faire vacciner leur enfant reconnaissent que le HPV touche aussi bien les hommes que les femmes, pourtant leurs choix en matière de vaccination divergent quand même. Les parents sont conscients que les hommes comme les femmes sont porteurs mais ont tout de même décidé de ne pas faire vacciner leur enfant du HPV. Une autre participante qui est très radicale sur la vaccination et qui se dit « anti-vax », affirme qu'elle a fait des recherches, qu'elle s'est documentée et souligne que les deux peuvent le transmettre.

Les participants qui ont fort hésité mais qui vont quand même vacciner leur enfant lors de la prochaine visite médicale, disaient que la femme comme l'homme pouvait être porteur.

On remarque bien qu'être informé sur la transmission du HPV, ne conduit pas d'office à la même décision.

Chez les parents qui ont fait vacciner leurs enfants, les discours sont nuancés. Certaines disent clairement que ça concerne “tout le monde” et que les hommes peuvent aussi développer des problèmes. Cela concerne 4 participantes sur les 5. On sent quand même qu'il y a une compréhension un peu plus large du virus par rapport aux parents qui n'ont pas fait vacciner même si ce n'est pas le cas de tous puisqu'un des cinq participants affirme que l'homme est surtout porteur et que c'est la femme qui a les conséquences.

Au final, le HPV reste souvent perçu comme un problème plutôt féminin. Même si certains parents commencent à avoir une vision plus globale, notamment ceux qui ont fait vacciner leurs enfants ou qui envisagent de le faire prochainement. Le rôle des hommes est soit réduit à celui de simple porteur, soit carrément flou. Et ça peut clairement jouer sur la manière dont les parents perçoivent l'intérêt de la vaccination, surtout pour les garçons.

5.2. HPV et femmes

Les résultats montrent que la perception du papillomavirus humain (HPV) reste très liée au genre. En effet, huit participants sur douze (pas fait vacciner ou hésitent) associent spontanément le HPV au cancer du col de l'utérus, ce qui laisse penser que c'est avant tout un problème concernant les femmes. Cette tendance est encore plus marquée chez les parents qui n'ont pas fait vacciner leur enfant. Pour eux, le HPV se résume souvent à une seule conséquence qui est le cancer du col. Les autres formes de cancers liées au virus restent largement méconnues. Du coup tout naturellement, les hommes sont perçus comme peu concernés, ou simplement comme des porteurs du virus sans en subir les conséquences directes.

D'eux d'entre eux (pas fait vacciner) considèrent le HPV comme une sorte d'herpès et non comme réellement la cause d'un cancer.

Cette représentation reflète une compréhension partielle du HPV, probablement influencée par des campagnes de santé publique qui, historiquement, se sont surtout adressées aux femmes. Les quatre participants restants ont conscience que le HPV ne provoque pas seulement des cancers du col de l'utérus mais seulement d'eux d'entre eux savent me dire exactement les autres cancers. Alors que les deux autres sont conscients que des cancers peuvent également apparaître chez la femme mais ne savent pas les décrire.

A l'inverse les parents ayant fait le choix de vacciner leur enfant présentent globalement une meilleure compréhension du virus et des cancers associés. Une partie d'entre eux (4 sur 5) identifie que le HPV peut toucher à la fois les femmes et les hommes, et reconnaît l'existence de plusieurs formes de cancers.

La conclusion que je peux en faire, c'est que plus on est informé sur le HPV, plus on a tendance à accepter cette vaccination et être plus ouverts. Les parents qui ont fait vacciner leurs enfants semblent mieux renseignés ou avoir pris le temps de se documenter de leur côté. Ca leur permet d'avoir une vision moins centrée sur les filles concernant le HPV. À l'inverse, les parents qui refusent la vaccination s'appuient souvent sur une information incomplète et qui est focalisée essentiellement sur le cancer du col de l'utérus.

J'ai quand même envie de relever, que vacciner son enfant ne veut pas forcément dire qu'on a une vision complète du virus et c'est le cas pour la participante qui a accepté de faire vacciner son enfant. Elle savait seulement citer le cancer du col de l'utérus.

Je trouve que c'est important de souligner et qui est assez souvent revenu dans les entretiens c'est que les campagnes de santé publique ciblent presque exclusivement les femmes. En associant systématiquement le HPV au cancer du col, on en oublie presque les risques pour les hommes. Une communication clairement plus large, qui inclurait tous les publics concernés, filles comme garçons, et en même temps l'ensemble des risques, pourrait permettre une meilleure compréhension du virus. Idéalement après une plus grande adhésion à la vaccination. Le lien que je peux faire avec ces deux paragraphes c'est qu'ils se lient l'un à l'autre... si le HPV est perçu comme un problème de femmes, alors dans la logique des choses l'homme ne peut qu'être le vecteur. Et donc si il est juste vecteur alors le HPV reste un problème de femmes. Nève (2021) a constaté une chose chez les belges et elle l'écrit dans son article. Enfaite c'est le reflet direct de la manière dont les campagnes ont abordé les choses et construit leurs campagnes autour du virus. Les institutions ont longtemps ciblés exclusivement les femmes et ca a alors installé dans les pensées des gens que le HPV n'était qu'une affaire de filles..

5.3. Caractère non-obligatoire du vaccin

En écoutant quelques entretiens, on se rend compte que la confiance dans un vaccin ne repose pas seulement sur son efficacité ou les risques qu'il permet d'éviter. J'observe que le poids des institutions derrière ce vaccin compte tout autant, si ce n'est même pas plus parfois. Je remarque qu'on ne juge pas seulement le produit en lui-même mais aussi la manière dont il nous est présenté.

Quand c'est obligatoire j'ai remarqué que beaucoup font confiance sans vraiment aller chercher plus loin. Un vaccin obligatoire, c'est comme s'il était plus sérieux et plus nécessaire, et on a beaucoup moins tendance à le remettre en cause. À l'inverse, s'il est juste recommandé, il entre comme dans une zone de doute où chacun se pose des questions et réfléchit de son côté. Ils commencent alors à peser le pour et le contre et à hésiter. Chez six d'entre elles, leur différence avec les vaccins obligatoire et recommandé est assez claire.

Elles racontent qu'elles ont toujours suivi les recommandations pour les vaccins de la petite enfance sans vraiment y réfléchir, simplement parce que ça faisait partie du parcours habituel comme enfaite évidence. Une des participantes dit par exemple que toutes les vaccinations obligatoires ils les font. Par contre, toutes celles qui ne le sont pas, alors ils ne les font pas. Une autre participante partage un sentiment un peu similaire en expliquant qu'avec les vaccins de base, elle se sentait « *en règle* », et que sur ce point elle ne se posait pas plus de questions. Derrière ces paroles, on ressent l'idée que certains vaccins échappent presque au choix personnel. Ils sont comme déjà validés par le système et n'ont plus vraiment personnellement à décider du coup. La légitimité semble ainsi déjà être accordée par les autorités de santé.

À l'opposé, quand un vaccin n'est pas obligatoire, il devient plus facilement l'objet d'un tri, voire après d'une méfiance affirmée. Plusieurs participantes précisent qu'elles ne sont pas contre tous les vaccins, mais qu'elles veulent faire la part des choses entre ceux qu'elles jugent vraiment utiles et les autres. C'est ce qui ressort chez les participants refusant le vaccin HPV. Il ne s'agit pas d'un rejet global de la vaccination, mais plutôt d'une adhésion sélective. Le vaccin n'est accepté que s'il rentre dans une catégorie bien ancrée dans l'esprit des parents. Celle des vaccins fondamentaux et presque incontestables. Des vaccins qui ont ainsi fait leur « preuve » et qui existent depuis des dizaines et des dizaines d'années.

Ce qui est intéressant ici, c'est que pour de nombreux parents l'obligation n'est pas perçue comme une simple contrainte mais comme un repère rassurant. Ça simplifie la décision et ça leur évite de devoir évaluer seuls si le vaccin est vraiment nécessaire. Chez la participante (P), c'est très clair puisqu'elle veut savoir avant tout, c'est si c'est obligatoire. Parce que dans ce cas,

« *on n'a pas le choix* ». Derrière cette phrase, on sent clairement que la responsabilité est en quelque sorte déplacée vers l'institution. Les parents n'ont plus vraiment à porter seul le poids du choix et du coup de peser les bénéfices et les risques. L'obligation devient alors une forme de garantie, une manière de dire voilà si c'est imposé, c'est qu'alors c'est nécessaire.

Ça met aussi en lumière la situation un peu à part du vaccin contre le HPV. Contrairement aux vaccins obligatoires de la petite enfance, il est souvent remis soit à plus tard, soit mis en doute, ou carrément refusé. Le fait qu'il soit seulement recommandé laisse les parents seuls face à la décision. Est-ce du coup vraiment utile ? Mais cette liberté de choix n'est pas toujours associée avec le sentiment d'avoir assez d'informations. D'ailleurs, plusieurs participantes reconnaissent qu'elles cherchent à en savoir plus dès qu'un vaccin n'est pas obligatoire. Comme le dit C2, elle vérifie d'abord s'il est obligatoire ou recommandé, puis elle creuse pour comprendre comment il est fabriqué et d'où il vient. Finalement, le statut du vaccin joue directement sur l'envie ou le besoin qu'on a de se renseigner par soi-même.

A vrai dire, tous les parents ne raisonnent pas de la même manière. Certains, au contraire, ont fait vacciner leur enfant sans vraiment se soucier de savoir si c'était obligatoire ou non. (I) dit par exemple qu'elle n'y a même pas fait attention. Pour elle, c'était simplement un vaccin à faire. H2 va dans le même sens, en expliquant qu'elle a suivi la recommandation de son médecin sans trop hésiter par confiance dans la médecine. Pour ces parents-là, la légitimité du vaccin repose moins sur l'obligation que sur l'avis du professionnel de santé ou sur une logique préventive plus globale. Cela montre qu'il existe plusieurs façons de construire sa confiance dans la vaccination. La participante N se dit que c'est une chance, voire une opportunité d'avoir la vaccination et qu'il faut en profiter pour se protéger.

À l'inverse, le cas de A1 rappelle que l'obligation n'est pas une solution miracle. Elle rejette en bloc tous les vaccins, et le fait qu'ils soient obligatoires ou non ne change rien à ses yeux. Cette position qui est plus radicale, s'écarte de la logique majoritaire observée ailleurs, où ce n'est pas le vaccin en soi qui est rejeté, mais plutôt le manque de preuves flagrantes de sa nécessité.

Finalement, ce que je peux ressortir de ces échanges avec les participants, c'est que la vaccination n'est pas perçue de manière identique pour tout le monde. On remarque bien qu'elle s'organise via une hiérarchie implicite puisque certains vaccins sont légitimes et indiscutables alors que d'autres doivent encore faire leurs preuves aux yeux des parents.

J'ai donc remarqué que ça se fondait sur plusieurs critères: il y a l'ancienneté du vaccin, son intégration dans le parcours de soins habituel, son caractère obligatoire, mais aussi le niveau de confiance accordé aux recommandations médicales.

C'est donc probablement ce qui explique qu'il soit plus souvent soumis à l'évaluation personnelle, et donc plus exposé aux hésitations, voire aux refus.

Ce que j'ai observé rejoint Castroviejo Fernández et al. (2019), qui montrent dans leur étude bruxelloise que l'utilité du vaccin et aussi la méfiance envers les institutions, qu'on verra plus tard, sont des facteurs clefs de la décision vaccinale. En plus de cela, Le Bricquie et Beuneux (2019), rajoutent que l'obligation est souvent perçue positivement par les parents non pas parce qu'ils sont convaincus du vaccin mais parce que ça simplifie tout simplement leur décision. Ça fait donc complètement sens avec ce que j'ai pu observer durant les entretiens..

5.4. Système immunitaire

Pendant les entretiens, plusieurs femmes ont partagé l'idée que la santé dépend avant tout de la capacité naturelle du corps à se défendre seule. Selon elles, le système immunitaire joue le rôle de protection, pour autant que l'on prenne soin de sa santé au jour le jour. Certaines vont même plus loin et estiment que le corps peut, se protéger par lui-même, sans nécessairement avoir besoin d'une aide extérieure comme la vaccination.

On retrouve bien cette idée dans les entretiens de certaines participantes. Comme les participantes G ou B qui parlent du fait de laisser le corps faire ses défenses ou de l'habituer à se débrouiller tout seule. Derrière ça, il y a l'idée que le corps sait se gérer tout seul. Qu'il est alors capable de se défendre tout simplement naturellement. Mais on sent aussi une petite crainte qui est que trop intervenir, ça ne soit pas forcément une très bonne chose. Certaines ont l'impression que si on "aide trop" le corps, il pourrait devenir moins efficace par lui-même. Dans ce contexte, la vaccination peut parfois être vue non pas comme une sorte de protection, mais plutôt comme quelque chose qui vient perturber cet équilibre.

On voit aussi que cette confiance dans le corps va parfois avec une certaine distance par rapport à la médecine. Par exemple, certaines participantes comme A1 ou B disent que le corps peut se soigner autrement, et qu'il existe des solutions plus naturelles. On sent qu'elles accordent de l'importance à des approches comme la naturopathie ou l'homéopathie. Du coup, la médecine plus "classique", et notamment la vaccination, peut être perçue comme quelque chose d'un peu trop intrusif, ou pas forcément indispensable dans tous les cas.

J'ai l'impression que le vécu personnel joue quand même pas mal. Chez certaines, le fait de se sentir en bonne santé, ou de simplement voir que tout va bien dans leur famille, ça suffit un

peu à les rassurer. Du coup, la vaccination ne leur paraît pas forcément indispensable. Le risque est là, mais il est perçu comme assez lointain. Et ça change tout, parce que si on a l'impression que tout va bien, on ne voit pas toujours l'intérêt d'ajouter quelque chose en plus.

Au final, on voit bien que ce n'est pas juste une question d'être pour ou contre la vaccination. C'est plutôt une manière différente de voir la santé. Certaines participantes font vraiment confiance à l'immunité naturelle, au point de se dire que ça suffit, voire que la vaccination n'est pas forcément utile.

Quand on a tendance à faire confiance au corps pour gérer seul, anticiper autant peut donner l'impression d'en faire comme "trop". Du coup, les réticences ne viennent pas forcément d'un refus total de la vaccination, mais plutôt d'une autre façon de penser la santé et la prévention. J'ai remarqué que chez les parents qui ont fait le choix de vacciner leur enfant, la manière de voir l'immunité est assez différente. J'ai l'impression qu'ils ne considèrent pas forcément que le corps peut tout gérer tout seul. Mais au contraire, ils parlent plutôt du fait de l'accompagner, de lui apporter une protection en plus. La vaccination est alors vue comme quelque chose d'important, surtout quand les enfants sont encore petits.

Ce qui revient aussi, c'est l'idée que la vaccination est un "plus" et que c'est une chance de pouvoir se protéger. Et puis, il y a aussi une participante qui prend un peu de recul et qui remet ça dans une perspective plus large.

Au final, même s'il peut y avoir des petites questions ou des hésitations, ça ne remet pas vraiment en cause le fait de vacciner. J'ai plutôt l'impression que ces parents cherchent surtout à faire au mieux pour protéger leurs enfants, en s'appuyant aussi sur ce que permet la médecine aujourd'hui.

Ce que j'ai pu observer dans les entretiens à propos de ce sujet revient avec ce que la littérature dit... Cordonier & Cafiero (2023), établissent un lien entre l'attrait pour les médecines alternatives et la réticence vaccinale justement... L'idée de mettre « de trop » dans le corps qui est identifié comme un frein majeur. (Infovac, 2020)

5.5. Effets secondaires/balance bénéfices risques

De ce que j'ai pu observer dans les entretiens, la décision de vacciner ou non ne se fait pas de manière tranchée. J'ai plutôt l'impression que les participantes font une sorte de balance, mais vraiment à leur niveau avec leurs propres repères. Ce n'est pas un rejet total du vaccin, c'est plus une réflexion où elles essaient de peser le pour et le contre. Et chez certaines, cette balance penche plutôt du côté des doutes.

Chez A1 et A2, ça se voit assez clairement. Elles parlent directement en termes de bénéfices et de risques. Quand A1 dit que « *le rapport bénéfice est trop mauvais* » ou qu'A2 estime que « *ça n'en valait pas la peine* », j'ai l'impression qu'on est face à une décision vraiment réfléchie. Ce n'est pas un refus "par principe", c'est plutôt qu'elles arrivent à la conclusion que, pour elles, ça ne vaut pas le coup. On sent que c'est quelque chose qu'elles ont pesé, presque comment dire, calculé.

Ce qui revient beaucoup aussi, c'est la question des effets secondaires. C'est même là que se concentrent pas mal des inquiétudes. A1 parle qu'il y a trop de risques, B explique qu'elle avait peur des effets secondaires et que finalement, « *le vaccin me donne plus de tracas* ». Et là, j'ai vraiment l'impression que le vaccin devient plus concret que la maladie. La maladie, elle est un peu abstraite et lointaine, alors que les effets secondaires eux sont perçus comme immédiats. Du coup, ce qui est censé protéger devient parfois une source d'inquiétude.

La participante P va dans le même sens. Elle explique qu'on peut quand même tomber malade même en étant vacciné, ou que certaines personnes sont malades avec le vaccin. Derrière ça, j'ai l'impression qu'il y a une attente de protection totale. Et comme ce n'est pas le cas, le doute s'installe.

M2, de son côté, essaie plutôt de s'appuyer sur des chiffres. Elle parle de risques graves qu'elle a vus sur internet, comme la paralysie ou le syndrome de Guillain-Barré. Elle cherche à comprendre, à comparer et à objectiver. Mais justement, j'ai l'impression que le manque d'informations claires joue contre elle. Du coup, elle se base sur des éléments qui marquent, qui font peur, et ça peut peser assez lourd dans sa décision.

Il y a aussi quelque chose que j'ai trouvé intéressant c'est que pour certaines participantes, le fait qu'il existe un dépistage régulier change la donne. Si on peut surveiller avec des frottis, le vaccin paraît moins indispensable. Ce n'est pas qu'elles ne prennent pas la maladie au sérieux, mais elles ont juste l'impression qu'il y a une autre manière de gérer le risque, peut-être plus concrète et plus rassurante pour elles.

À l'inverse, chez les mères qui ont fait vacciner leurs enfants, je n'ai pas du tout ressenti la même balance. Enfin, elle existe mais elle ne se joue pas au même endroit. Les effets secondaires ne sont pas ignorés, mais ils passent clairement après. Ce qui prend le dessus, c'est surtout la peur de la maladie et notamment des cancers. L2 le dit assez simplement qu'on est mieux de faire le vaccin que de risquer d'avoir ça. C2 parle du risque d'un cancer du col « ou autre chose ». Et I reconnaît que le risque zéro n'existe jamais, mais pour elle il n'y a pas de discussion à avoir.

À ce moment-là, j'ai vraiment l'impression que la façon de réfléchir change. Ce qui fait le plus peur, ce n'est plus tellement le vaccin, mais plutôt la maladie en elle-même.

Au final, ce qui m'a marqué c'est que tout le monde fait un peu ce raisonnement de balance, mais pas du tout de la même manière. Certaines vont surtout se focaliser sur les effets secondaires, le manque de recul ou le fait qu'il existe d'autres solutions comme le dépistage. Alors que pour d'autres, c'est vraiment les conséquences de la maladie, notamment les cancers qui prennent clairement le dessus.

Ce n'est pas une question de réflexion ou pas, mais plutôt de ce qui fait le plus peur. Et souvent, j'ai l'impression que ces perceptions se construisent avec des infos partielles, des expériences perso, ou des choses entendues, plus qu'avec une vraie connaissance complète du HPV.

Tron et al. (2021) montrent dans leur étude qualitative (étude menée auprès de médecins français), que la balance bénéfice-risque jugée défavorable par les parents est l'un des principaux freins rapportés par les parents face au vaccin HPV. C'est ce que j'observe chez les participantes. Ce n'est pas un rejet total du vaccin mais plutôt voilà l'impression que les risques liés au vaccin pèsent plus lourd dans la balance que les conséquences liés au HPV en tant que telle.

5.6. Expériences personnelles et entourage/médias

En écoutant les entretiens, j'ai vraiment eu l'impression que les expériences personnelles prennent une place énorme dans la manière dont les participantes parlent de la vaccination. Ce n'est pas juste une question d'informations ou de messages de prévention. Très souvent, elles se basent sur ce qu'elles ont vécu ou sur ce qu'elles ont vu autour d'elles. Et ça change quand même beaucoup de choses, parce que ça vient un peu "filtrer" leur manière de voir les risques ou les bénéfices.

Pour certaines, ça devient très marquant quand il y a eu des événements graves. Par exemple, dans un des entretiens, la participante parle de plusieurs décès dans son entourage qu'elle associe à la vaccination. Même s'il n'y a pas forcément de lien médical prouvé, on sent que ça

a vraiment laissé une trace. Et du coup, ça dépasse largement le HPV. La vaccination, de manière générale, est perçue comme quelque chose de potentiellement dangereux. J'ai l'impression que ce genre d'expérience suffit à changer complètement la manière de voir les choses.

Chez une autre participante, c'est plutôt ce qu'elle a vécu avec ses enfants qui a joué. Elle explique qu'après des problèmes de santé, notamment des réactions qu'elle associe aux vaccins, elle a commencé à se poser beaucoup plus de questions. Et ce qui ressort, ce n'est pas seulement une méfiance envers le vaccin, mais aussi envers la manière dont la médecine gère ce genre de situations. Elle dit aussi qu'elle a souvent eu l'impression qu'on ne cherchait pas forcément plus loin, qu'on restait surtout sur les symptômes. Et ça l'a pas mal marquée quand même. Du coup, petit à petit, elle s'est tournée vers autre chose et du coup à chercher des alternatives. Et pour le HPV, ça ne l'a pas spécialement rassurée. Elle a plutôt l'impression qu'elle connaît déjà la maladie, qu'elle l'a du coup vécue, donc qu'elle peut faire autrement. Et puis il y a aussi ce qu'elle voit autour d'elle... elle parle d'une amie vaccinée qui a quand même eu un cancer, et forcément ça lui reste en tête et ça renforce ce qu'elle pense déjà.

J'ai aussi remarqué que, pour certaines, ce ne sont même pas forcément leurs propres expériences qui comptent, mais celles des autres. Le fait d'avoir entendu des histoires de proches qui auraient eu des effets secondaires, des vertiges ou d'autres problèmes, ça leur suffit à installer un doute. Même quand ce n'est pas très clair ou pas vérifié, ça reste dans leur tête. Et comme ça vient de personnes proches, ça paraît plus concret, plus réel que des informations plus générales.

En écoutant les entretiens, j'ai quand même eu l'impression que l'entourage et les médias jouent un rôle, mais pas du tout de la même manière selon les personnes. Ça dépend vraiment de ce que chacun a vécu, de la confiance qu'il a et de la manière dont il reçoit les infos.

Déjà, ce qui revient beaucoup, c'est le poids de l'entourage proche. Les participantes parlent assez spontanément de leur famille, de leurs amis, de ce qu'elles entendent autour d'elles. Franchement, j'ai l'impression que c'est surtout les discussions du quotidien qui jouent. Ce que les gens se disent entre eux, les petites histoires qu'ils racontent...

Et ce qui m'a vraiment marqué, c'est que dès qu'il y a une histoire un peu négative, ça prend vite de la place. Même si on ne sait pas trop si c'est vrai ou pas, ça suffit à mettre un doute. J'ai senti que ces trucs-là marquent beaucoup plus que des infos générales. C'est plus parlant, plus proche surtout.

Mais en même temps, l'entourage ne va pas toujours dans le même sens. Pour certaines, il peut aussi rassurer, surtout quand il y a des personnes du milieu médical autour. Là, on sent que ça donne un cadre, une forme de confiance. Donc au final, ce n'est pas juste "l'entourage influence", c'est surtout ce qui circule dedans qui change tout.

Par rapport aux médias, c'est encore autre chose. J'ai plutôt ressenti de la méfiance chez pas mal de participantes. Certaines disent clairement qu'elles ne font pas trop confiance, ou qu'elles préfèrent aller chercher l'info ailleurs. Et ça, j'ai l'impression que ça vient aussi de ce qu'elles ont vécu avant, notamment avec le Covid.

Mais à l'inverse, il y en a aussi qui disent que ça reste utile. Que ce n'est pas plus mal que ça fasse du bruit, même si ça peut faire peur ou créer du doute.

Et puis, ce que j'ai trouvé intéressant, c'est que certaines participantes disent ne pas vraiment être influencées parce qu'elle a déjà son idée. Par exemple, une participante explique qu'elle s'est déjà renseignée et que son avis est déjà forgé. Elle insistait sur le fait qu'elle décide par elle-même.

Une autre va dans le même sens, mais de manière encore plus directe. Quand je lui demandais si les médias influencent, elle répond juste : « *Non. Non, non,* » comme si la question ne se posait même pas pour elle. D'autres trouvent qu'on n'en parle pas assez. Une participante m'a dit : « *Non, parce que je serais vraiment hyper contente de voir beaucoup plus de sensibilisation là-dessus.* » Et elle compare avec d'autres campagnes en disant : « *On a une campagne sur aller quoi les scleroses en plaques, sur le cancer de la prostate, le sein, le cancer du sein. Oui, il n'y a pas forcément sur la vaccination en tant que telle quoi.* » Du coup, ce n'est pas une critique des médias, mais plutôt le fait qu'ils ne prennent pas assez de place sur ce sujet.

J'ai aussi eu l'impression que pour certaines, les médias ne jouent pas vraiment, simplement parce qu'elles n'y sont pas exposées. Elles ne voient pas beaucoup d'informations ou en tout cas rien qui les inquiète particulièrement. Donc ça ne vient pas vraiment influencer leur façon de penser.

Au final, ce que je retiens, c'est que même quand les participantes disent décider seules, elles ne sont jamais complètement en dehors de tout ça. Il y a toujours ce qu'elles ont entendu, vu ou vécu qui reste en arrière-plan. Mais chacune fait un peu comme son tri et garde ce qui lui parle le plus. Donc je dirais quand même oui, l'entourage et les médias comptent, mais pas de la même manière pour tout le monde. Certaines vont être très marquées par des expériences négatives, d'autres vont plutôt faire confiance à leur entourage ou aux professionnels, et

d'autres encore vont prendre de la distance et dire qu'elles se fient surtout à leur propre jugement.

Il y a aussi des participantes qui s'appuient sur leur expérience pour dire qu'elles ne se sentent pas vraiment concernées. Quand elles expliquent qu'elles sont en bonne santé, ou qu'il n'y a pas de cancer dans leur famille, on sent que ça les rassure. Et du coup, le vaccin peut paraître moins urgent, presque inutile. C'est comme si l'absence de problème devenait une preuve que le risque est faible.

Un point qui m'a marqué aussi, c'est que le fait d'avoir été malade ne pousse pas forcément à se faire vacciner. J'aurais pu penser que ça irait dans ce sens, mais ce n'est pas toujours le cas. Une participante qui a eu le HPV et qui a été opérée ne voit pas forcément le vaccin comme une solution. Elle voit son expérience autrement, en se disant qu'il y aurait peut-être eu d'autres façons de faire. Là, on voit bien que le vécu ne suffit pas en lui-même, il est toujours interprété avec d'autres idées derrière, notamment autour du naturel ou de la médecine.

Il y a aussi une participante qui parle d'une expérience médicale assez difficile, une opération qu'elle a mal vécue. Et ça, ça joue aussi. Le HPV n'est pas juste une question de maladie, ça renvoie aussi à un souvenir, à quelque chose de marquant. On sent que ça peut rendre le sujet plus sensible, plus chargé émotionnellement.

À l'inverse, une autre participante explique que dans son travail, elle a vu beaucoup de cas de cancers liés au HPV. Et là, c'est complètement différent. Le fait d'avoir été confrontée à ça concrètement renforce plutôt l'idée que le vaccin est important. Donc on voit bien que l'expérience peut aller dans les deux sens.

Au final, ce qui ressort vraiment pour moi, c'est que les expériences personnelles pèsent énormément dans la balance. Elles peuvent renforcer la méfiance quand elles sont liées à des choses négatives ou inquiétantes, mais aussi encourager la vaccination quand elles montrent la gravité de la maladie. Et j'ai l'impression que ça prend parfois le dessus sur les informations plus "officielles". La décision ne repose pas seulement sur ce qu'on sait, mais aussi, et peut-être surtout, sur ce qu'on a vécu ou entendu autour de soi.

Le livre de Larson (2020) « stuck » représente bien cette rubrique. En effet, elle dit que l'hésitation vaccinal c'est un soucis de confiance. Un soucis de confiance par exemple au travers des institutions, envers les professionnelles.. et du coup cette confiance se défait dans notre cas à travers les expériences personnelles et les relations sociales aussi. Elle dit bien dans son livre que ce que les gens entendent autour d'eux, pèse souvent bien plus lourd que des messages officiels...

5.7. Covid-19

Quand j'ai écouté les entretiens, j'ai vraiment eu l'impression que le Covid a marqué un tournant. Presque tout le monde en parlait, d'une manière ou d'une autre. Et pas juste comme un souvenir mais comme quelque chose qui a changé leur façon de voir les vaccins.

Pour certaines, ça ne s'est même pas posé comme un choix. Elles disent qu'elles l'ont fait parce qu'il fallait. Pour voyager, pour sortir, pour continuer certaines activités. Et ça, ça revient très souvent. On sent que ça n'a pas été vécu comme un vrai choix. Il y a un côté un peu obligé, en fait. Et j'ai l'impression que ça a marqué quand même, pas juste pour ce vaccin-là, mais plus en général.

Après, c'est pas pareil pour tout le monde non plus. Il y en a pour qui ça n'a pas changé grand-chose. Elles avaient déjà leur idée avant, et elles sont restées là-dessus. Par exemple, celles qui font confiance au corps, à l'immunité, elles continuent de penser pareil. Le Covid, au final, ça a juste renforcé ce qu'elles pensaient déjà.

Mais pour d'autres, ça a plutôt créé des questions. Parfois même pour la première fois. Elles se sont mises à douter, à se demander. Surtout à cause des effets secondaires. Le fait d'entendre des histoires, des gens qui disent avoir eu des problèmes après, ça reste. Même si ce n'est pas toujours clair.

J'ai aussi remarqué que certaines parlent d'un changement avec le temps. Avant, se faire vacciner, c'était complètement normal.

Elles ne se posaient pas trop de questions. Et maintenant, c'est différent. Elles réfléchissent franchement beaucoup plus. Le fait que le vaccin ait été développé rapidement ça revient souvent. Il y a ce manque de recul.

Chez certaines, c'est encore plus marqué. Le Covid a vraiment tout changé dans leur manière de voir les choses. Elles se basent beaucoup sur ce qu'elles voient autour d'elles. Par exemple, des personnes vaccinées qui tombent quand même malades. Ou qui ont eu des soucis après.

Il y a aussi pas mal de peur. Pas forcément une peur très précise, mais quelque chose de plus général. Le Covid, c'était beaucoup d'incertitudes, d'infos dans tous les sens. Et j'ai l'impression que ça a laissé une méfiance. Pas seulement envers les vaccins, mais aussi envers les infos en général.

Plusieurs participantes parlent vraiment d'un avant et d'un après. Comme si ça avait cassé quelque chose. Elles disent qu'elles font moins confiance qu'avant. Qu'elles vérifient plus. Ou qu'elles doutent beaucoup plus facilement.

Au final, j'ai l'impression que le Covid a amplifié ce qui existait déjà. Chez certaines, ça a renforcé leurs doutes. Chez d'autres, ça n'a rien changé. Mais dans tous les cas, ça a marqué. Et ça continue de jouer dans la façon dont elles pensent la vaccination aujourd'hui.

Il y a aussi des participantes pour qui le Covid a plutôt renforcé leur confiance dans la vaccination. Par exemple, une participante dit : *« Oui, moi, bon, durant, par exemple, Covid, j'ai eu accès quand même à des études. Je comprends les études de population. Et le risque, oui, le risque zéro n'existe jamais. Mais enfin, bon, quand on voit les résultats au final, c'est... Il n'y a pas de discussion à avoir là-dessus, quoi. Oui, c'est ça. Les messagers, etc., »* Moi, j'ai surtout l'impression qu'elle s'est appuyée sur ce qu'elle a vu pendant cette période, et que ça l'a plutôt rassurée qu'autre chose.

J'ai aussi une participante qui dit que, malgré tout ce qu'on a pu entendre, ça a quand même sauvé des vies. Ce n'est pas quelque chose qu'elle développe énormément, mais ça reste important dans sa façon de voir les choses.

Et pour une autre, j'ai senti que c'était plus global. Elle ne rentre pas trop dans les détails, mais elle voit surtout que pendant le Covid, il y a eu beaucoup de recherches, beaucoup de choses mises en place. Et au final, elle ne voit pas la vaccination comme quelque chose de mauvais. C'est plus une forme de confiance générale, sans forcément tout analyser. Les parents qui ont fait vacciner n'ont pas beaucoup mentionné le covid-19. Ce n'est donc pas un élément qui a joué contre le vaccination du HPV. Une étude belge de (Lambert et al., 2021), réalisé avec Mme Aujoulat, a été faite et ils concluent que les gens n'ayant pas été satisfaits de la gestion de la crise covid-19 seraient plus hésitants que les autres. Justement les parents qui ont fait vacciner n'ont jamais parlé du covid-19 comme quelque chose qui a été mal géré au contraire. Cependant, j'ai constaté que les parents n'ayant pas fait vacciner leur enfants trouvent que le covid-19 a mal été géré et abordé..

5.8. Sentiment urgence

En lisant les entretiens, j'ai eu l'impression que le HPV n'est pas vu comme quelque chose de très grave. Ou en tout cas pas urgent. Beaucoup de participantes ne se sentent pas vraiment concernées.

J'ai remarqué aussi que certaines pensent que ça dépend surtout de leur manière de vivre. Si elles font attention, si elles ont une vie "saine" elles se disent du coup que ça devrait aller. Du coup, elles ne se sentent pas vraiment à risque. Et forcément, le vaccin paraît moins utile.

Dans ces cas-là, la vaccination passe un peu après. Certaines disent clairement qu'elles ne voient pas trop l'intérêt. Pas parce qu'elles sont contre, mais juste parce qu'elles ne se sentent pas exposées. Et quand on ne se sent pas en danger, on ne se presse pas du coup.

Il y a aussi des comparaisons avec d'autres maladies. J'ai vu que certaines préfèrent attendre qu'il y ait un problème plutôt que prévenir avant. Se protéger pour quelque chose qu'on ne voit pas, qui paraît loin, ce n'est pas évident pour elles.

Du coup, ça se reporte. Ce n'est pas un non définitif. C'est plus "*on verra plus tard*". Ou alors elles disent que leurs enfants décideront eux-mêmes plus tard. Ce n'est pas une priorité.

J'ai aussi senti qu'il y avait un manque d'informations derrière. Certaines ne savent pas que ça concerne aussi les garçons. D'autres disent que c'est très fréquent et souvent pas grave. Donc ça rassure, mais en même temps ça enlève un peu l'intérêt du vaccin.

Même quand certaines ont déjà eu le HPV, ça ne change pas forcément leur avis. Elles se disent qu'elles ont déjà vécu ça, qu'il y a d'autres façons de gérer. Par exemple avec des traitements ou des choses plus naturelles.

Un autre truc qui m'a marqué, c'est le lien avec le cancer. Pour certaines, un vaccin contre un cancer, ça paraît bizarre. On voit aussi que pour certaines, le lien ne se fait pas directement. Elles ne pensent pas forcément à un vaccin quand on parle de cancer. Dans leur tête, ce n'est pas vraiment lié.

Du coup, ça reste un peu flou. Le cancer, c'est perçu comme quelque chose de compliqué, pas forcément lié à un virus. Donc le vaccin, elles ne voient pas trop ce qu'il fait concrètement.

Et puis il y a aussi cette idée qui revient que même vacciné on peut quand même tomber malade.

Ou qu'il y a d'autres solutions. Donc elles ne voient pas forcément l'intérêt.

Même si quelques participantes parlent du risque de cancer, ça ne suffit pas toujours à créer un vrai sentiment d'urgence.

Par contre, j'ai vu une vraie différence avec les parents qui ont fait vacciner. Là, c'est quand même autre chose. Ils parlent beaucoup plus du cancer. C'est vraiment ça qui ressort. Et du coup, ils perçoivent le risque différemment. Pour eux, ce n'est pas quelque chose de lointain ou de vague. C'est un danger réel. Et ça explique pourquoi ils décident de vacciner. On retrouve aussi souvent le terme cancer dans leurs entretiens justement.

Au final, j'ai l'impression que tant que le HPV est vu comme un risque faible ou lointain, le vaccin passe après. Ce n'est pas une priorité. Et ça explique pourquoi certaines attendent, hésitent ou ne le font pas.

Des parents m'ont dit qu'étant donné qu'à leur époque, ils n'avaient pas eu affaire au vaccin du HPV, ce n'était pas quelque chose qui les préoccupait tellement. Ce n'était pas encre dans leur pensées à l'époque puisque ce vaccin n'existait tout simplement pas.

5.9. Sexualité/âge

Quand j'ai lu les entretiens, j'ai tout de suite vu que le HPV est lié à la sexualité dans la tête de beaucoup. Mais pas juste comme une info. Plutôt comme une idée assez forte.

Par exemple, certaines pensent que ça dépend du nombre de rapports. Comme si c'était surtout un risque quand on en a beaucoup. Une participante disait que pour attraper ce cancer, il fallait avoir plus ou moins "10 000 rapports". Du coup, ça donne l'impression que ça ne les concerne pas vraiment.

Et pour les enfants, c'est encore plus clair. J'ai vu que certaines se disent que s'il n'y a pas de rapports, il n'y a pas de risque. Une dit : « *si mon enfant n'a pas de rapport, il n'y a pas de risque* ». Donc forcément, le vaccin ne paraît pas utile tout de suite.

Il y en a même qui parlent d'abstinence comme protection. Une participante dit : « ici, clairement, je sais qu'il n'y a aucune chance qu'elle ait des rapports [...] donc on est couverts ». Là, pour elle, le problème est réglé. Et elle préfère attendre plus tard pour le vaccin.

La culture joue aussi. Une participante dit : « *Dans notre culture, il n'y a pas de rapport sexuel avant le mariage* ». Donc dans sa logique, pas de rapports est égale à pas de risque. Donc pas besoin de vaccin maintenant.

Et ça revient souvent cette idée. Tant qu'ils ne sont pas actifs, ça ne sert à rien. Une participante dit : « *Ils ne sont pas sexuellement actifs* » puis « *ça ne sert à rien* ». Une autre dit qu'à 12 ans, elle ne voit pas l'intérêt. J'ai vraiment l'impression que le côté "préventif" ne passe pas.

Il y en a aussi qui préfèrent parler avec leurs enfants plutôt que vacciner. Une dit : « *On parle ouvertement de sexualité* » et « *Je lui dirai de se protéger* ». Pour elles, c'est ça la prévention. Une participante dit que c'est trop jeune. Elle parle de maturité, de corps pas encore développé... du coup elle préfère attendre.

Au final, j'ai l'impression que tout tourne autour de la sexualité. Si l'enfant n'est pas concerné maintenant, alors le vaccin attend. C'est vraiment comme ça que ça ressort.

Et en même temps, ce n'est pas pareil chez les parents qui ont fait vacciner. Eux, ils parlent moins de sexualité. Ils parlent plus du cancer, du risque en général. Ce n'est pas "ça dépend du comportement". C'est plus "ça peut arriver". Donc ils préfèrent faire le vaccin avant.

J'ai vite remarqué que l'âge pose vraiment problème pour pas mal de parents. C'est quelque chose qui revient souvent. Ils trouvent que c'est trop tôt.

Par exemple, certaines le disent clairement. Une participante dit : « *13-14 ans, c'est vachement jeune* ». Une autre dit : « *À 12 ans, c'est trop jeune.* » Là, on sent que ça ne passe pas trop. Il y a un décalage avec ce qui est recommandé.

J'ai aussi l'impression que pour elles, le vaccin n'a de sens que quand il y a un risque réel. Tant que l'enfant n'a pas de rapports, elles ne voient pas trop l'intérêt. Une dit même qu'il n'y a « *aucune chance* » que sa fille ait des rapports. Donc pour elle ce n'est pas le moment.

Il y a aussi des discours un peu entre les deux. Une participante dit que ça lui paraît tôt, mais qu'elle comprend la logique. Donc elle voit l'idée de prévenir avant mais je ressens qu'elle n'est pas complètement à l'aise avec ça pour son enfant.

Une autre dit aussi que 13 ans, c'est trop jeune mais elle reconnaît que certains ados peuvent déjà avoir des rapports à cet âge là. Donc on sent qu'elle hésite quand même. Et elle parle aussi du corps de sa fille, surtout de son poids. Elle dit que la dose est la même pour tout le monde. Et c'est justement ça qui la dérange un peu. Elle a l'impression que ce n'est pas adapté à son enfant en particulier. Du coup, elle préfère attendre.

Et puis à partir d'autres parents, j'ai vu que c'était différent. Ceux qui ont accepté le vaccin ne voient pas du tout l'âge de la même manière. Pour eux, justement, c'est le bon moment. Une participante dit que c'est un moment cléf pour la vaccination et une autre participante dit que c'est mieux car ils n'ont pas encore eu de relation sexuelle à ce moment-là.

Il y en a aussi qui disent que 12-13 ans, ça ne les choque pas. Au contraire, ça les rassure. Parce qu'on est sûr que c'est fait avant les premiers rapports. Une participante dit que c'est logique, que c'est justement à ce moment-là qu'il faut le faire.

Du coup, j'ai vraiment l'impression qu'il y a deux façons de voir. D'un côté, les parents qui attendent que le risque soit concret. Et de l'autre, ceux qui préfèrent prévenir avant, même si le risque n'est pas encore là.

Au final, l'âge joue beaucoup dans la décision. Si ça paraît trop tôt, ça bloque. Ça fait hésiter, voire repousser. Et j'ai l'impression que ça montre surtout un décalage entre la logique médicale et la façon dont les parents voient les choses au quotidien.

Tron et al. (2021) déjà cité auparavant, ont remarqué que chez beaucoup de parents, tant que la vie sexuelle de l'enfant n'a pas encore démarré, le parents estime que l'enfant n'en a pas besoin. Ils disent que ça dépend vachement des caractéristiques soci-culturelles des familles..

5.10. Manque de recul

En lisant les entretiens, j'ai vraiment vu que le manque de recul revient souvent. C'est un truc qui bloque pas mal de participantes. Certaines le disent très clairement. Une participante explique qu'elle trouve qu'on n'a pas assez de recul sur ce vaccin pour l'instant, et donc sur son efficacité. Là, j'ai l'impression qu'il y a un doute un peu global. Pas juste sur les effets secondaires, mais aussi sur le fait que ça marche vraiment.

Il y en a une autre qui exprime carrément une méfiance totale, en disant que c'est quelque chose de nouveau et que c'est l'inconnu. Dès que c'est perçu comme nouveau, ça fait peur.

Du coup, pour certaines, ça devient une raison de ne pas faire le vaccin. Elles se tournent vers autre chose, notamment le dépistage. Une participante explique qu'à partir du moment où on fait des dépistages réguliers, on n'a pas besoin du vaccin. Donc pour elle, ça suffit.

J'ai aussi vu que le manque de recul revient dans des phrases très simples. Une dit qu'il n'y avait pas assez de recul. Une autre pense que son efficacité doit être prouvée. On sent qu'elles attendent des preuves et du temps avant de faire confiance.

Il y en a aussi une qui dit qu'à la base, elle n'est pas pour les vaccins, puis qu'il y a certains vaccins qui sont pour elle, utiles et nécessaires. Mais elle insiste sur le fait qu'il n'y a pas assez de recul. Elle ajoute même qu'elle n'a pas d'avis, parce qu'elle ne sait pas du tout. Là, j'ai l'impression qu'elle est comme un peu perdue. Elle ne sait pas quoi penser.

Et puis il y a cette idée aussi que c'est difficile de savoir si ça marche vraiment. Elle explique qu'on ne sait pas si la personne ne l'aurait jamais attrapé ou si c'est grâce au vaccin. Du coup, ça entretient le doute.

Même chez celles qui ont accepté, ce n'est pas forcément très clair. Une participante dit qu'elle n'en sait rien et qu'elle est dans une totale ignorance. Donc même là, il y a un manque d'info. Mais en même temps, j'ai vu une différence avec les parents qui ont fait vacciner. Eux ne se posent pas autant de questions, ou en tout cas pas de la même manière. Ils ont plus tendance à se dire que si le vaccin existe et s'il est proposé, c'est qu'il a été testé. Ils partent du principe qu'on ne mettrait pas quelque chose sur le marché si ça faisait du mal. Il y a une forme de confiance, même sans tout comprendre.

Au final, j'ai l'impression que le manque de recul joue vraiment beaucoup. Ce n'est pas forcément un refus total des vaccins. C'est plus un doute. Et quand il y a du doute, certaines préfèrent attendre ou ne pas le faire.

Ce manque de recul je l'ai trouvé dans une étude réalisée par Infovac et écrit par Patte et al. (2023). Cette étude menée auprès de 1000 personnes montre clairement que l'argument que les

parents n'ont pas assez de recul constitue un frein dans l'hésitation vaccinale. La moitié a répondu cela.

5.11. Financier

Quand j'ai relu les entretiens, j'ai surtout eu l'impression qu'il y avait pas mal de méfiance. Pas juste envers le vaccin, mais plus globalement. Les labos, le système.....

Pour certaines, ça va assez loin. Il y en a une qui explique qu'avant, elle faisait confiance à l'État, qu'elle croyait les médecins sur parole et qu'elle obéissait sans vraiment remettre en question. Là, je me suis dit qu'il y a vraiment eu un changement dans sa façon de voir les choses. Elle ne fait plus confiance comme avant.

Et après, elle va encore plus loin dans ce qu'elle dit. On sent que ce n'est plus juste une question de vaccin, mais quelque chose de beaucoup plus large.

Elle parle d'une grande organisation à l'échelle planétaire, évoque des liens avec Epstein et Bill Gates, et explique que ce qui était considéré comme complotiste avant serait aujourd'hui visible au grand jour. Là, on n'est plus du tout juste sur la question du vaccin. C'est une vision globale.

À un moment, elle dit même que cela s'apparente à un génocide planétaire et que certains chercheraient à réduire la population. On sent vraiment une méfiance énorme, comme si derrière les vaccins, il y avait des intentions cachées.

Elle remet aussi en cause la science en expliquant qu'on ne vaccine jamais en pleine d'épidémie et qu'on serait encore en phase trois. Pour elle, le vaccin n'est pas assez testé, donc elle ne fait pas confiance.

Même les médecins sont remis en question. Une participante explique que sa généraliste est complètement influencée et qu'elle en tirerait un intérêt financier. Donc là, il n'y a plus vraiment de confiance non plus dans les soignants.

Il y a aussi des critiques sur les grandes institutions. Une participante parle de l'OMS et de Bill Gates et dit que cela pose question. On sent que même au niveau international, il y a du doute. Et puis il y a cette idée qui revient que tout est financier. Une participante dit qu'elle ressent une pression des laboratoires, que c'est une industrie très lucrative et que le profit passe avant tout. Une autre pense que tout cela est avant tout motivé par des enjeux financiers. Là, c'est assez clair.

Une autre participante parle aussi des politiques. Elle explique que les parents seraient dépossédés de leur responsabilité et que la santé serait devenue un produit marketing. Elle a l'impression qu'il y a tout un système derrière.

Et elle ajoute qu'il existe tout un système impliquant notamment les firmes pharmaceutiques et qu'elle n'accorde pas une confiance aveugle. Là, j'ai l'impression que la méfiance dépasse complètement le vaccin en lui-même.

Au final, ce que je retiens, c'est que pour certaines, le problème ce n'est pas juste le vaccin. C'est tout ce qu'il y a autour : les labos, l'argent, la politique. Et du coup, ça joue beaucoup dans leur décision.

Par contre, j'ai aussi vu que ce n'était pas pareil pour tout le monde. Les parents qui ont fait vacciner ne parlent pas autant de ça. Ils ne remettent pas autant en question les laboratoires. Ils partent plus du principe que si le vaccin existe, c'est qu'il a été vérifié. Donc il y a plus de confiance, même sans tout comprendre.

La méfiance envers les laboratoires, l'idée que tout serait en quelque sorte motivé par le profit etc.. a déjà été démontré par raude (2021). Il montre que des récits de manipulations se sont construits autour de la vaccination en se nourrissant des débats sur les conflits d'intérêts...

5.12. Introduction substances dans le corps

Quand j'ai lu les entretiens, j'ai remarqué qu'il y avait souvent cette idée que le vaccin, c'est quelque chose qu'on "met" dans le corps. Et ça, ça dérange certaines.

Il y en a qui le disent vraiment comme ça. Une participante parle de corps étrangers à faire entrer dans le corps d'une ado. Une autre dit que c'est comme si on injectait un corps étranger et que c'est le corps étranger qui fait peur. C'est comme si le corps devait en quelque sort rester "naturel" et que le vaccin viendrait perturber ça.

Et en fait, j'ai l'impression que ce qui fait peur, c'est aussi qu'on ne sache pas trop trop ce qu'il se passe après. Une participante se demande si ça reste juste pour protéger ou si ça peut faire autre chose. Elle parle même de possibles effets sur d'autres organes ou les hormones. On sent qu'il y a beaucoup de flou autour de ça, parce que ce n'est pas très clair pour elles.

Il y a aussi pas mal de flou sur ce qu'il y a dans le vaccin. Une maman dit clairement qu'elle ne sait pas ce qu'on introduit dans le corps de son enfant. Et du coup, sans surprise ça bloque. J'ai l'impression que quand on ne comprend pas, on a plus de mal à faire confiance.

Certaines parlent aussi de composants comme l'aluminium. Une participante dit que les vaccins sont « bourrés d'aluminium » et que « on enfouit ça dans un gosse ». Même si c'est dit assez cash, on sent quand même que ça les met mal à l'aise. L'idée de faire injecter quelque chose à leur enfant, pour certaines c'est vraiment pas anodin ça les fait réfléchir voire hésiter.

Il y a aussi quelque chose qui revient pas mal, c'est la question de l'aluminium. Certaines disent qu'elles ont entendu que c'était pas bon, mais qu'il y en a quand même dans les vaccins. Et ça, ça les perturbe un peu, parce que c'est contradictoire. Au final j'ai l'impression que pour une partie des participantes, le vaccin c'est quelque chose qui vient s'ajouter et s'introduire dans le corps et ça, ça passe pas forcément bien. Et ça, ce n'est pas toujours évident à accepter. Comme si on venait toucher à l'équilibre du corps. Et quand on ne sait pas exactement ce qu'on met dedans ni ce que ça fait, ça crée encore plus de doutes.

Les parents qui ont fait vacciner ne parlent pas vraiment de ça. Ou en tout cas, ça ne les bloque pas. Ils se posent moins la question de ce qu'il y a dedans. Ils ont plus tendance à faire confiance, à se dire que si c'est autorisé, c'est que c'est contrôlé. J'ai aussi vu que le fait de croire en l'immunité naturelle n'empêchait pas forcément d'accepter la vaccination. Par exemple, un des parents qui a accepté la vaccination HPV pour son enfant avait une position assez nuancée. Elle dit qu'elle n'est pas hyper à l'aise avec l'idée « *d'introduire des substances dans le corps* », tout en pensant que le corps a déjà ce qu'il faut pour fonctionner correctement. Mais à côté de ça, elle reconnaît aussi que notre environnement n'est pas parfait avec tout ce qui concerne la pollution, l'alimentation, etc... et que du coup ça peut justifier d'avoir recours à la médecine. Du coup, elle se place un peu entre les deux : elle privilégie le naturel la plupart du temps, mais elle accepte aussi la médecine quand elle estime que c'est nécessaire.

5.13. Manque d'informations

Ce qui saute aux yeux, c'est surtout le manque d'informations autour du vaccin contre les HPV. Ce n'est pas juste un petit détail, ça semble vraiment influencer la façon dont les participantes comprennent le vaccin et prennent leur décision.

Beaucoup disent qu'elles aimeraient des explications simples, claires, directes. En l'occurrence pas forcément quelque chose de très complexe, mais au minimum comprendre voilà à quoi ça sert ce vaccin, contre quoi il protège et pourquoi au final c'est important de le faire. On sent en tout cas qu'il y a une vraie attente du côté des participantes pour avoir des informations concrètes et accessibles, c'est au final le plus important. Sauf que voilà, beaucoup d'entre elles expliquent n'avoir quasiment jamais reçu d'explications sur le sujet. Pour certaines, ça a été assez vite abordé à l'école et après ça plus rien vraiment. Du coup l'information reste très limitée,

et surtout elle manque de profondeur pour permettre une vraie compréhension des enjeux liés à la vaccination.

Ça donne l'impression que le vaccin est un peu en arrière-plan, pas vraiment mis en avant.

Il y a aussi un vrai problème de visibilité. Certaines disent clairement qu'elles n'en avaient jamais entendu parler. D'autres connaissent le papillomavirus, mais pas du tout le vaccin. On dirait que la maladie est plus connue que le moyen de s'en protéger, ce qui est quand même paradoxal.

Beaucoup reconnaissent aussi qu'elles ne sont pas bien informées. Parfois, elles ont entendu parler du vaccin il y a longtemps, mais sans vraiment s'y intéresser. D'autres avaient une idée fausse, par exemple penser que ça concerne seulement les filles. Du coup, les garçons semblent être complètement oubliés dans la communication. On voit aussi que l'information circule mal et de façon pas très fiable. Certaines évoquent des rumeurs ou des doutes sur les effets secondaires, sans vraiment savoir ce qui est vraiment vrai ou faux. Il y a du coup une forme d'incertitude qui reste et ça peut clairement créer de la méfiance.

Pour d'autres, le problème est encore plus simple. En effet, elles n'ont jamais été exposées à l'information. Ni par un médecin, ni par des affiches, ni par autre chose. Dans ce cas-là, c'est difficile de se sentir concernée ou de prendre une décision.

Il y a aussi cette idée que l'information devrait venir d'elle-même, des institutions ou des professionnels de santé. Certaines disent qu'elles pourraient faire des recherches, mais qu'elles ne l'ont pas fait.

D'autres parents reconnaissent qu'ils ne sont pas très demandeurs non plus pour avoir de l'information. On remarque qu'elles ont comme des questions enfouies mais n'ont pas réponse à cela. Elles restent avec des interrogations... Une étude menée par Dionne et al. (2023) disent dans leur étude qualitative que les informations sur la vaccination HPV fournies au public ne sont pas comprises par les parents. Ceux-ci demandent des outils pour accéder plus facilement à l'information..

5.14. PSE

Quand on prend le temps d'écouter les différents témoignages, ce qui frappe assez vite, ce n'est pas seulement la question du vaccin en elle-même, mais plutôt la relation, parfois compliquée, entre les parents et le dispositif du PSE. Il y a souvent une forme de distance voire une méfiance qui dépasse largement le cadre de la vaccination. On sent que, derrière, c'est la place de l'institution dans la sphère familiale qui pose question. Chez beaucoup de parents, Certains

disent ne pas avoir vraiment compris à qui s'adressait la vaccination, ou en quoi ils étaient directement concernés. On a alors l'impression d'un dispositif qui reste flou, pas totalement lisible pour les familles. La question de l'information en tant que telle revient assez souvent. Énormément de parents évoque que l'information mise à disposition pour les parents n'est pas assez développée. On leur demande de prendre une décision importante sans mais sans leur donner toujours les moyens de la comprendre pleinement. Ils expriment une impression d'être un peu laissée seule face à ce choix. Et ça peut par la suite comme ils disent laisser des doutes face à ce choix. Par exemple, l'insistance sur la gratuité du vaccin, qui pourrait a priori rassurer, est parfois perçue de manière ambiguë. Chez certains, cela suscite même des interrogations, comme si cette gratuité cachait quelque chose. Cela montre bien que les messages ne sont pas reçus de manière uniforme, mais toujours interprétés à partir des représentations et des expériences de chacun.

Certains parents mentionnent à propos d'un discours trop simplifié, un peu brutal. Ce qu'ils attendent n'est pas tellement d'avoir plus d'information, mais plutôt qu'elle soit dite autrement : une transmission plus progressive, plus humaine, un vrai espace d'interaction. Ce qu'il manque au-delà du contenu semble être la conversation.

Les parents qui ont accepté le vaccin semblent avoir une relation différente à propos de la convocation du PSE. Ils questionnent beaucoup moins ce dispositif et sont plus dans une démarche de prévention. Ils remarquent quand même le manque d'information sur le papier fourni par le PSE mais ce n'est pas une chose qui les freine, ils ont juste fait la remarque.

Leur décision finale ne repose pas toujours sur une compréhension complète du sujet, mais plutôt sur un équilibre entre intuitions et éléments de confiance. Cela prouve bien que le flou informationnel ne conduit pas toujours au refus, mais qu'il peut clairement compliquer le processus de décision. Au fond, ce que je comprends à travers les témoignages, ce n'est pas seulement une adhésion ou un rejet du vaccin mais comment dire une question du lien entre les parents et l'institution. La manière dont l'information circule, le sentiment d'être écouté (ou non), et la place laissée au dialogue semblent jouer un rôle essentiel. Et lorsqu'il s'agit de décisions aussi sensibles que celles qui concernent la santé des enfants, cette relation de confiance devient centrale.

6. Perspectives

A travers les entretiens, j'ai pu faire émerger plusieurs pistes concrètes pour améliorer la couverture vaccinale contre le HPV en Fédération Wallonie-Bruxelles. La première piste c'est que l'information donnée aux parents par la médecine scolaire doit vraiment changer. Ils expliquent recevoir un formulaire à signer du jour au lendemain et ça suffit clairement pas. Plusieurs parents ont confié avoir eu besoin de recevoir une information claire, complète et surtout plus tôt, avant que la décision ne leur tombe dessus sans qu'ils s'y attendent vraiment.

Le rôle du médecin traitant est également apparu comme un levier important. C'est lui que les parents écoutent, et en qui ils ont confiance. Pourtant, beaucoup m'ont dit que leur médecin n'abordait pas spontanément le sujet du HPV lors des consultations. Les médecins soignent le motif pour lequel le patient vient et ca en reste là. Renforcer cet aspect-là, comme acteur clé de la promotion vaccinale pourrait faire une vraie différence.

Un aspect qui revenait assez souvent c'était le fait qu'il y ait un manque de visibilité comparé à d'autres sujets de santé publique. Deux fois le sujet d'octobre rose est revenu disant qu'on le voyait de partout... Des campagnes plus visibles et qui met le doigt sur les deux genres permettrait de déconstruire le mythe selon lequel ce vaccin concerne seulement les filles.

Les réseaux sociaux sont une source où beaucoup de personnes viennent prendre des informations... Les parents ont mentionné qu'un lien ou qu'un site fiable aurait pu être mentionné dans le papier donné par le PSE.

Les parents ont aussi mentionné que les enfants pourraient être informé de cette vaccination durant les cours afin qu'ils puissent en parler par eux même à la maison.

7. Conclusion

Je peux en conclure que la réticence vaccinale face au HPV mélange croyances, expériences personnelles, manque d'informations,... c'est justement ça que j'allais chercher à comprendre durant les entretiens. Ce qui est frappant c'est que les représentations autour du HPV restent encore très genrées. Pour beaucoup de parents, le virus concerne avant tout les femmes. Les hommes sont perçus comme des simples porteurs sans vraiment en subir les conséquences. Cette croyance influence la décision de vacciner surtout quand il s'agit des garçons.. J'estime que tant que cette image ne change pas, il sera assez difficile d'atteindre une vraie couverture vaccinale.

J'ai réalisé que le sentiment d'urgence joue beaucoup. Quand les parents ne se sentent pas concernés, et que la maladie paraît lointaine ou peu grave, le vaccin passe malheureusement après. Pour beaucoup, tant que leur enfant n'est pas sexuellement actif, la question ne se pose tout simplement pas. Et la logique de vacciner uniquement si c'est nécessaire constitue comme un nœud dans cette réticence vaccinale.

La crise du covid-19 a laissé par mal de marques. Elle a comme semé un doute général envers les vaccins et a renforcé le manque de recul ressenti par beaucoup. Cela a alors fragilisé la confiance envers les institutions de santé. Ce contexte pèse sur les vaccins qui n'ont pourtant rien à voir avec la pandémie covid-19.

La peur d'introduire des substances dans le corps revenait assez souvent aussi. Plusieurs parents parlaient du vaccin comme l'introduction d'un corps étranger dans le corps sans vraiment savoir exactement ce que celui-ci contient. L'aluminium revient souvent et les effets possibles sur les hormones aussi. Quand on ne comprend pas ce qu'on met dans le corps, une méfiance s'installe.

J'ai été surprise par la place qu'occupait la dimension financière dans certains entretiens. Pour une partie des parents, derrière les vaccins il y a les laboratoires, l'argent, les intérêts industriels.

Il y a aussi tout ce qui tourne autour de l'information. Les parents se retrouvent seuls face à une décision importante avec une feuille à remplir et peu d'explications ils vont alors chercher par eux-mêmes et trouvent des informations peu fiables. D'autres restent clairement avec des questions enfouies sans vraiment avoir réponse à leurs questions.

Je suis convaincue qu'il suffit pas simplement de proposer un vaccin gratuit pour convaincre. Il faut repenser la manière dont communiquer autour de celui-ci avec les parents, les enfants, les médecins traitants,... Il faut donc des campagnes plus lisibles, des messages plus inclusifs qui concerne les deux sexes et surtout des espaces afin que les familles puissent poser leurs questions et être vraiment entendues. C'est avec ces conditions qu'on pourrait espérer atteindre les objectifs de couverture vaccinale fixés par l'OMS d'ici 2030.

Je voudrais terminer par quelques limites que j'ai pu constater durant la réalisation de mon mémoire. L'échantillon est complètement féminin. Le point de vue des pères n'est donc pas représenté alors qu'il pourrait être différent... Une limite que je constate c'est que les parents ne viennent pas toujours de milieux socialement défavorisés. Je n'en ai pas eu... malgré le fait que les parents par le biais du PSE de Schaerbeek et Anderlecht ont reçu mon contact et l'explication de mon mémoire. Je n'ai eu aucun coup de téléphone ou de mail de leur part... Au final, la majorité des enfants n'étant pas vaccinés proviennent peut-être de ces milieux

défavorisés...

8. Références biblio

Agentschap Zorg en Gezondheid. (2022, avril). *Consentement éclairé pour le rappel vaccinal pour un jeune de 12 à 17 ans* [Document].

https://www.laatjevaccineren.be/sites/default/files/2022-04/informed%20consent%20booster%2012-17j%20-%20FRA_0.pdf consulté le 01/03/2026

Arbyn, M., Xu, L., Simoens, C., & Martin-Hirsch, P. P. (2018). Prophylactic vaccination against human papillomaviruses to prevent cervical cancer and its precursors. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5(5), CD009069. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009069.pub3> consulté le 03/11/2025

Aubin, F., & Guerrini, J.-S. (2007). Clinical and benign aspects of human papillomavirus-associated lesions [Article en français]. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 191(3), 585–597. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18072655/> consulté le 09/09/2025

Aujoulat I. (2024). *Introduction aux méthodes qualitatives en santé publique : séance 2 – Séance 2 Définir une stratégie de recrutement pour constituer un échantillon Se préparer à mener un entretien de recherche*. (PDF) Disponible sur <https://moodle.uclouvain.be/course/view.php?id=2093> consulté le 15/02/2026

Baba, S. K., Alblooshi, S. S. E., Yaqoob, R., Behl, S., Al Saleem, M., Rakha, E. A., Malik, F., Singh, M., Macha, M. A., Akhtar, M. K., Houry, W. A., Bhat, A. A., Al Menhali, A., Zheng, Z.-M., & Mirza, S. (2025). Human papilloma virus (HPV) mediated cancers : An insightful update. *Journal of Translational Medicine*, 23(1), 483. <https://doi.org/10.1186/s12967-025-06470-x> consulté le 26/10/2025

- Bacque Dion, C. (2017). *L'émergence des comportements sexuels non normatifs durant l'enfance : une étude prospective longitudinale d'une cohorte d'enfants canadiens* [Mémoire de maîtrise, Université Laval]. CRUJEF.
<https://www.crujef.ca/sites/crujef.ca/files/Documentation/M%C3%A9moire%20C%20laude%20Bacque-Dion.pdf> consulté le 05/01/2026
- Barzilay, J. R., Feldman, S., Burke, A. E., Ling, E., Williams, S., & Solomon, C. G. (2025). Human papillomavirus and cancer. *New England Journal of Medicine*, 393(5), e6.
<https://doi.org/10.1056/NEJMp2414535> consulté le 09/09/2025
- Belgian Cancer Registry (BCR). (2025a). *Cancer fact sheets 2023*.
https://kankerregister.org/sites/default/files/2025/2025_BE_CFS_ALL_V2_2.pdf 8/10/2025
- Belgian Cancer Registry (BCR). (2025). *Cancer fact sheet 2023 : cervical cancer*.
https://kankerregister.org/sites/default/files/2025/2025_BE_CFS2023_CERVIX_V2_0.pdf consulté le 08/10/2025
- Bénard, E. A., Carceller, A. M., Mayrand, M.-H., Lacroix, J., Niyibizi, J., Laporte, L., Comète, E., Coutlée, F., Trottier, H., & The HERITAGE Study Group. (2025). Viral load of human papillomavirus (HPV) during pregnancy and its association with HPV vertical transmission. *Journal of Medical Virology*, 97(2), e70221.
<https://doi.org/10.1002/jmv.70221> consulté le 29/09/2025
- Brasseur, C., & Sarr, K. (2023). *Résumé enquête de couverture vaccinale 2022-2023 : La vaccination contre le papillomavirus humain (HPV) chez les élèves de 2ème secondaire dans l'enseignement de la Fédération Wallonie-Bruxelles*.
https://www.ccref.org/e-vax/pdf/ECV_2022-2023_HP_V_Résumé.pdf. consulté le 10 octobre 2025

Britten N. cité par Aujoulat I., Schmitz O. et al. (2024). La méthode qualitative.[PDF]
Disponible sur <https://moodle.uclouvain.be/course/view.php?id=2093> consulté le 22/02/2026

Canouï, E., & Launay, O. (2019). [History and principles of vaccination]. *Revue Des Maladies Respiratoires*, 36(1), 74-81. <https://doi.org/10.1016/j.rmr.2018.02.015> consulté le 27/10/2025

Cardia-Vonèche, L., & Bastard, B. (1996). *Pratiques éducatives et modes de socialisation en matière de santé : une étude auprès des adolescents et des adultes qui interviennent dans leur éducation*. Centre national de la recherche scientifique, Centre de sociologie des organisations.

<https://www.viepublique.fr/files/rapport/pdf/984000400.pdf> consulté le 04/02/2026

Castroviejo Fernández, I., Jourdain, S., Kacenelenbogen, N., & Smeesters, P. R. (2019). Préoccupations parentales concernant la vaccination pédiatrique : étude en focus groups à Bruxelles. *Revue Médicale de Bruxelles*, 40, 5–17.
<https://doi.org/10.30637/2019.18-018> consulté le 15/05/2026

Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). (2024). *Performance du système de santé belge : rapport 2024* (KCE Report 376B).
https://www.belgiqueenbonnesante.be/metadata/hspa/2024/HSPA2024_Prevention_FR.pdf consulté le 29/09/2025

Centre Local de Promotion de la Santé en province de Namur (CLPS). (s. d.). *CLPS Namur – Centre Local de Promotion de la Santé*. <https://clps-namur.be/> consulté le 15/03/2026

Conseil Supérieur de la Santé. (2017). Vaccination contre les infections causées par le papillomavirus humain (Avis n° 9181).<https://www.hgrcss.be/file/download/6940722e-6f47-48a4-8c40-d17caf52e255/O9eL0UmD2ik7lANChVdBxcbNSElhjPAHJtxB6nGBRGc3d.pdf>
consulté le 02/10/2025

Cordonier, L., & Cafiero, F. (2023). The link between interest in alternative medicine and vaccination coverage. *Revue européenne des sciences sociales*, 61(1), 175–197.

<https://journals.openedition.org/ress/9889> consulté le 02/04/2026

Dib, F., & Menvielle, G. (2019). Tous égaux face aux papillomavirus ? L'infection et la vaccination HPV au prisme des inégalités sociales de santé. *Questions de santé publique*, 38. <https://doi.org/10.1051/qsp/2019038> consulté le 02/04/2026

Dionne, M., Sauvageau, C., Kiely, M., Rathwell, M., Bandara, T., Neudorf, C., & Dubé, E. (2023). "The problem is not lack of information": A qualitative study of parents and school nurses' perceptions of barriers and potential solutions for HPV vaccination in schools. *Vaccine*, 41(45). <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2023.09.054> consulté le 02/04/2026

Doorbar, J., Quint, W., Banks, L., Bravo, I. G., Stoler, M., Broker, T. R., & Stanley, M. A. (2012). The biology and life-cycle of human papillomaviruses. *Vaccine*, 30 Suppl 5, F55-70. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2012.06.083> consulté le 10/02/2026

Dong, B., Xu, H., Qi, Y., & Li, Y. (2025). Understanding vaccine hesitancy through the lens of trust and the 3C model : Evidence from Chinese General Social Survey 2021. *Frontiers in Public Health*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1671457> consulté le 15/03/2026

Drolet, M., Bénard, É., Pérez, N., & Brisson, M. (2019). Population-level impact and herd effects following the introduction of human papillomavirus vaccination programmes : Updated systematic review and meta-analysis. *Lancet (London, England)*, 394(10197), 497-509. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30298-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30298-3) consulté le 17/04/2026

Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). (2007, 17 oktober). *HPV vaccinatie beschermt gedeeltelijk tegen baarmoederhalskanker, maar screening blijft uiterst noodzakelijk* [Persbericht]. <https://kce.fgov.be/nl/over-ons/persberichten/hpv-vaccinatie-beschermt-gedeeltelijk-tegen-baarmoederhalskanker-maar-screening-blijft-uiteerst> consulté le 02/10/2025

Fondation contre le Cancer. (2021). *Baromètre belge du cancer : édition 2021*. https://cancer.be/wp-content/uploads/2024/01/fcc_barometre_du_cancer_2021.pdf consulté le 15/03/2026

Geurts, H., & Haelewyck, M.-C. (2022). « Est-ce que je peux encore dire quelque chose ? » Regards croisés sur l'autodétermination de personnes âgées avec ou sans déficience intellectuelle. *La nouvelle revue - Éducation et société inclusives*, 94(2), 129-145. <https://doi.org/10.3917/nresi.094.0129> consulté le 17/03/2026

Giuliano, A. R., Sedjo, R. L., Roe, D. J., Harris, R., Baldwin, S., Papenfuss, M. R., Abrahamsen, M., & Inserra, P. (2002). *Clearance of oncogenic human papillomavirus (HPV) infection : Effect of smoking (United States)*. (s. d.). Scilit. Consulté 21 avril 2026, à l'adresse <https://www.scilit.com/publications/b14f05227039dfddd6ac421fae6c26fb> consulté le 27/10/2025

Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem. (2020). <https://www.who.int/publications/i/item/9789240014107> consulté le 03/10/2025

Grammens, T., & Cornelissen, L. (2021). *Couverture vaccinale : rapport annuel VPD 2021*. Sciensano. https://www.sciensano.be/sites/default/files/vaccine_coverage_2020-21_fr_final.pdf consulté le 02/10/2025

Green et Thorogood (2004) cité par Aujoulat I. (2024). Introduction aux méthodes qualitatives en santé publique.[PDF] Disponible sur <https://moodle.uclouvain.be/course/view.php?id=2093> consulté le 12/04/2026

- Grenier, B. (2018). *Analyse des motifs de retards vaccinaux évoqués par les parents d'enfants de 2 mois à 6 ans : étude qualitative auprès de familles d'enfants suivis par des médecins de premiers recours en Gironde* [Thèse de doctorat en médecine]. DUMAS. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02025702v1/document> consulté le 12/04/2026
- Groupe CESI. (2026). *Catalogue des formations et des services du groupe CESI : Édition janvier 2026*. <https://online.flippingbook.com/view/796148394/10/>. consulté le 11/10/2025
- Groupe d'Étude sur le Risque d'Exposition des Soignants (GERES). (2025, mars). *Hésitation vaccinale et professionnels de santé*. <https://www.geres.org/vaccinations/hesitation-vaccinale-et-professionnels-de-sante/> consulté le 15/03/2026
- Hirsch, E. (Dir.). (2007, novembre). *Se préparer ensemble à une pandémie grippale : enjeux éthiques, défis démocratiques*. Espace éthique/AP-HP. https://www.espace-ethique.org/sites/default/files/pandemie_2.pdf consulté le 09/04/2026
- HPV Belgium FR. (2025, février). *La protection*. HPVinfo.be. <https://www.hpvinfos.be/la-protection/> consulté le 27/10/2025
- HPV Belgium FR. (2025, février). *Le virus*. HPVinfo.be. <https://www.hpvinfos.be/le-virus/> consulté le 27/10/2025
- Human papillomavirus and cancer*. (2024). <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-papilloma-virus-and-cancer> consulté le 27/09/2025 consulté le 27/10/2025
- InfoVac-France. (2025). *Dialogue avec les parents autour de la vaccination*. <https://www.infovac.fr/l-hesitation-vaccinale/> consulté le 15/03/2026

Ketterer, F., Trefois, P., Miermans, M.-C., Vanmeerbeek, M., & Giet, D. (2013). [Reticence to vaccination : An approach to the phenomenon through a literature review]. *Revue Medicale De Liege*, 68(2), 74-78. consulté le 15/03/2026

Lambert, H., Scheen, B., & Aujoulat, I. (2021). L'hésitation vaccinale : menace ou opportunité ? *Éducation Santé*. <https://educationsante.be/lhesitation-vaccinale-menace-ou-opportunite/> consulté le 29/03/2026

LARSON Heidi, *Stuck: How Vaccine Rumors Start and Why They Don't Go Away*, Baltimore, Johns Hopkins University Press, 2020. Consulté le 15/11/2025

Le Bricquar, A., & Beuneux, F. (2019). Obligation vaccinale : rétablir la confiance ou majorer la défiance ? *Médecine*, 15(6), 265–270. <https://stm.cairn.info/revue-medecine-2019-6-page-265> consulté le 29/03/2026

Lei, J., Ploner, A., Elfström, K. M., Wang, J., Roth, A., Fang, F., Sundström, K., Dillner, J., & Sparén, P. (2020) *HPV Vaccination and the Risk of Invasive Cervical Cancer* | *New England Journal of Medicine*. (s. d.). Consulté 22 avril 2026, à l'adresse <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa1917338> consulté le 02/10/2025

MacDonald, N., Desai, S., Gerstein, B., Société canadienne de pédiatrie, Comité des maladies infectieuses et d'immunisation, Barton, M., Moore, D. L., & Constantinescu, C. (2024, 19 novembre). Les parents réticents à faire vacciner leurs enfants : Une mise à jour. Société canadienne de pédiatrie. <https://cps.ca/fr/documents/position/les-parents-qui-hesitent-a-faire-vacciner-leurs-enfants> consulté le 15/03/2026

Markowitz, L. E., & Unger, E. R. (2023). Human papillomavirus vaccination. *New England Journal Of Medicine*, 388(19), 1790-1798. <https://doi.org/10.1056/nejmcp2108502> consulté le 02/10/2025

- Medeiros, L. R., Ethur, A. B. de M., Hilgert, J. B., Zanini, R. R., Berwanger, O., Bozzetti, M. C., & Mylius, L. C. (2005). Vertical transmission of the human papillomavirus : A systematic quantitative review. *Cadernos De Saude Publica*, 21(4), 1006-1015. <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2005000400003> consulté le 02/10/2025
- Miranda-Martin, É. (2015). *Facteurs décisionnels de la vaccination anti papillomavirus chez les parents de jeunes filles de 9 à 19 ans après l'abaissement de l'âge vaccinal à 11 ans : Une enquête qualitative—DUMAS - Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance*. (s. d.). <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01195925> consulté le 09/11/2025
- Muñoz, N., Bosch, F. X., De Sanjosé, S., Herrero, R., Castellsagué, X., Shah, K. V., Snijders, P. J., & Meijer, C. J. (2003). Epidemiologic Classification of Human Papillomavirus Types Associated with Cervical Cancer. *New England Journal Of Medicine*, 348(6), 518-527. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa021641> consulté le 09/11/2025
- Nève, M. (2021). Un virus mis en scène par son vaccin ? La prise en charge du HPV et des pathologies associées en Belgique. *Sciences sociales et santé*, 39(4), 41–68. <https://doi.org/10.1684/sss.2021.0211> consulté le 11/04/2026
- Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE). (2025, 4 septembre). *Calendrier de vaccination*. <https://www.one.be/public/brochures/brochuredetail/brochure/calendrier-de-vaccination/> consulté le 29/09/2025
- Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE). (2025, juin). *Mémo-rentree vaccination PSE 2025-2026 : Programme de vaccination de la Fédération Wallonie-Bruxelles* [Document]. https://professionnels.vaccination-info.be/wp-content/uploads/2025/06/memorentree_pse_2025-2026_vaccination_20250627.pdf consulté le 29/09/2025

- Okunade, K. S. (2019). Human papillomavirus and cervical cancer. *Journal of Obstetrics and Gynaecology: The Journal of the Institute of Obstetrics and Gynaecology*, 40(5), 602-608. <https://doi.org/10.1080/01443615.2019.1634030> consulté le 29/09/2025
- Ophaco. (2025, 12 mars). *Ensemble pour l'élimination des cancers liés au HPV d'ici 2030 !* <https://www.ophaco.org/ensemble-pour-lelimination-des-cancers-lies-au-hpv-dici-2030/> consulté le 03/10/2025
- Organisation mondiale de la Santé. (2020). *Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem.* <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/336583/9789240014107-eng.pdf>. Consulté le 5/10/ 2025.
- Organisation mondiale de la Santé. (2020). *Projet de stratégie mondiale visant à accélérer l'élimination du cancer du col de l'utérus en tant que problème de santé publique.* <https://www.who.int/docs/default-source/cervical-cancer/cervical-cancer-elimination-strategy-fr.pdf>. Consulté le 5/10/ 2025.
- Papin, F. (2020). *Vaccination obligatoire chez l'enfant : mieux comprendre les craintes parentales afin d'améliorer la communication des médecins* [Thèse de doctorat en médecine]. DUMAS. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03113389> consulté le 16/01/2026
- Pariset, O. (2024). *Perceptions et attitudes vis à vis de la vaccination contre les papillomavirus humains selon les parents de garçons âgés de 11 à 19 ans dans le Finistère : Étude qualitative par entretiens semi-dirigés.* 124. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04785836> consulté le 16/01/2026 Consulté le 05/01/ 2026.
- Patte, M., Levy, C., Béchet, S., & Cohen, R. (2023). La vaccination : l'enquête Infovac. *Médecine & Enfance.* <https://www.infovac.fr/~documents/route:/download/1496/> consulté le 01/04/2026

Plateforme Prévention Sida. (2022, 1er avril). *La vaccination contre le HPV pour toutes et tous !* <https://preventionsida.org/fr/la-vaccination-contre-le-hpv-pour-toutes-et-tous/> consulté le 29/11/2025

Plichon, V., Maubisson, L., & Saurel, H. (2020). Améliorer l'attitude et l'intention de vaccination : le cas du rappel du vaccin Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite (DTP). *Décisions Marketing*, 98(2), 37–63. <https://doi.org/10.7193/DM.098.37.63> consulté le 19/02/2026

Programme de vaccination de la Fédération Wallonie-Bruxelles. (2020). *L'hésitation vaccinale* [Brochure]. https://www.ccref.org/e-vax/Hesitation_vaccinale_2020.pdf consulté le 19/01/2026

Raude, J. (2023). La vaccination à l'épreuve de l'individualisation de la santé. *Regards*, 62(2), 151-162. <https://doi.org/10.3917/regar.062.0151> consulté le 29/11/2025

Raude, J. (2021, juin 16). Vaccination : une hésitation française. *The Conversation*. <https://theconversation.com/vaccination-une-hesitation-francaise-150773> consulté le 29/11/2025

Ryelandt, S. (2025, octobre). *La vaccination, un enjeu éducatif ?* UFAPEC. <https://www.ufapec.be/nos-analyses/1225-vaccins.html> consulté le 15/10/2025

Sauvageau, C., Gilca, V., Ouakki, M., Kiely, M., Coutlée, F., Mathieu-Chartier, S., Defay, F., & Lambert, G. (2021). Sexual behavior, clinical outcomes and attendance of cervical cancer screening by HPV vaccinated and unvaccinated sexually active women. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 17(11), 4393-4396. <https://doi.org/10.1080/21645515.2021.1961470> consulté le 15/01/2026

Speybroeck N. (2024-2025). Introduction à la statistique.[PDF] Disponible sur <https://moodle.uclouvain.be/mod/folder/view.php?id=615691> consulté le 12/04/2026

- Stanley, M. A., Pett, M. R., & Coleman, N. (2007). HPV: From infection to cancer. *Biochemical Society Transactions*, 35(6), 1456–1460.
<https://doi.org/10.1042/BST0351456> consulté le 25/05/2026
- Taillefer, A. (2017). *Vaccination infantile et discours hétérodoxes : étude sur le savoir interdit d'infirmières, de médecins, d'homéopathes et de sages-femmes* [Thèse de doctorat en sociologie, Université du Québec à Montréal]. Archipel.
<https://archipel.uqam.ca/10681/1/D3277.pdf> consulté le 25/05/2026
- Tron, A., Schlegel, V., Gilberg, S., Partouche, H., & Consortium PrevHPV. (2021). Obstacles et facilitateurs du vaccin contre le papillomavirus : une étude qualitative auprès de 26 médecins généralistes français. *Infectious Diseases Now*, 51(6).
<https://doi.org/10.1016/j.idnow.2021.06.047> consulté le 25/05/2026
- Unia. (2021, 21 décembre). *Vaccination obligatoire des groupes définis comme vulnérables & obligation vaccinale professionnelle* [Note d'analyse].
https://www.unia.be/files/2022-297_Vaccination_obligatoire_des_groupes_d%C3%A9finis_comme_vuln%C3%A9rables.pdf consulté le 15/01/2026
- UNICEF. (2023). *La situation des enfants dans le monde 2023 : résumé analytique*.
<https://www.unicef.org/fr/media/138926/file/SOWC%202023,%20Executive%20Summary,%20French.pdf> consulté le 09/11/2025
- Vaccination info. (2024, 20 août). *La vaccination dans le cadre scolaire : uniquement avec l'accord des parents*. <https://www.vaccination-info.be/la-vaccination-dans-le-cadre-scolaire-uniquement-avec-laccord-des-parents/> consulté le 15/03/2026
- Vandermeersch, V. (2010, novembre). La santé à l'école au travers des pratiques éducatives. *Éducation Santé*, 261. <https://educationsante.be/la-sante-a-lecole-au-travers-des-pratiques-educatives/> consulté le 01/03/2026

Wallonie-Bruxelles Enseignement (WBE). (s. d.). *Centres psycho-médico-sociaux (CPMS)*.
<https://www.wbe.be/soutien/centres-psycho-medico-sociaux-cpms/> consulté le
03/03/2026

World Health Organization. (2018). *Human papillomavirus (HPV) knowledge, attitudes and practices – French version* (HW-KAP-2018-FR).
https://cdn.who.int/media/docs/default-source/immunization/demand/hw-kap-2018-fr.pdf?sfvrsn=6683fb31_2 consulté le 27/09/2025

World Health Organization (WHO). (2020). *Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem*.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240014107> consulté le 27/09/2025

Yang, D. Y., & Bracken, K. (2016). Mise à jour sur le nouveau vaccin 9-valent pour la prévention du virus du papillome humain. *Canadian Family Physician*, 62(5), e236–e240. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4865350/> consulté le
03/10/2025

You, X., Reuschenbach, M., Jain, A., Hall, A., Jain, A., Villarejo, M., Chen, Y.-T., & Durand, N. (2025). The human papilloma virus (HPV) vaccination recommendations and funded programs for adults : A targeted literature review. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 21(1), 2550095.
<https://doi.org/10.1080/21645515.2025.2550095> consulté le 03/10/2025

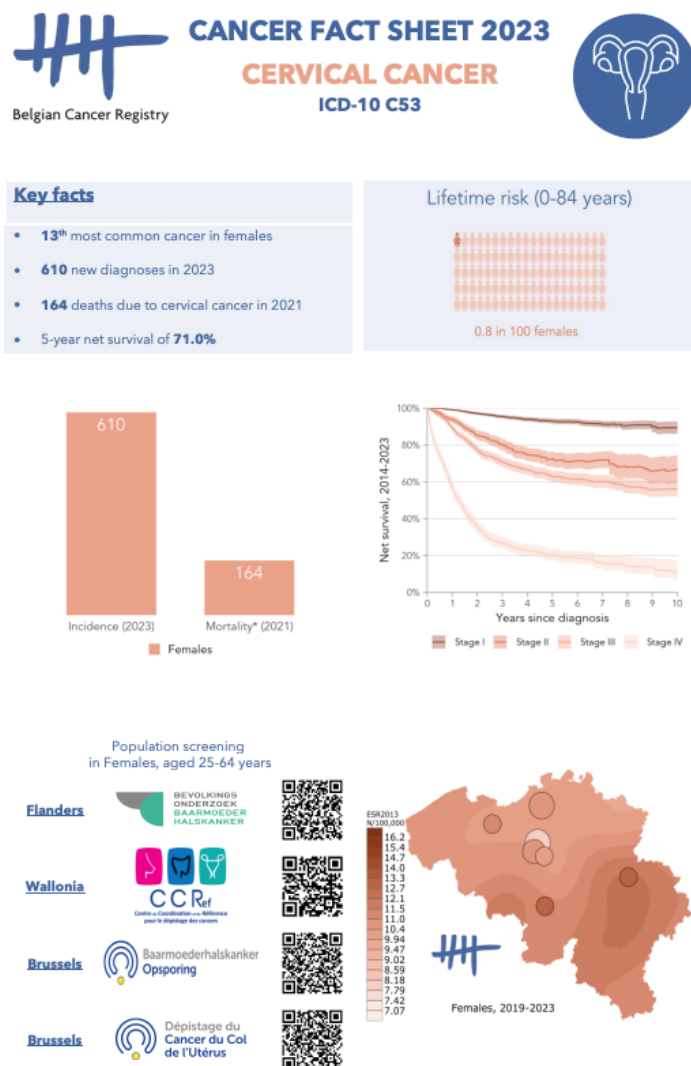
9. Annexes

Annexe 1: Belgian Cancer Registry (BCR). (2025). *Cancer fact sheets 2023*.

https://kankerregister.org/sites/default/files/2025/2025_BE_CFS_ALL_V2_2.pdf

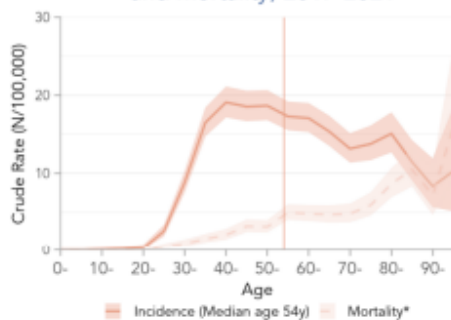
8/10/2025

Voir P.95 => Mortalité dans les 5 ans selon l'âge, 2019-2023, % (95%CI)

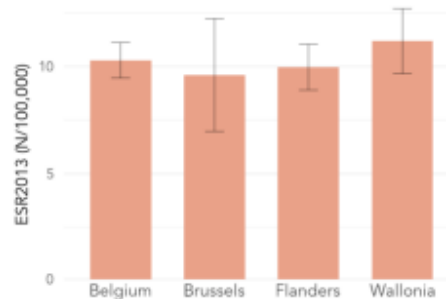




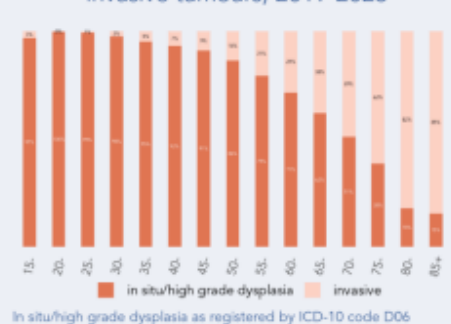
Age-specific incidence, 2019-2023,
and mortality, 2017-2021



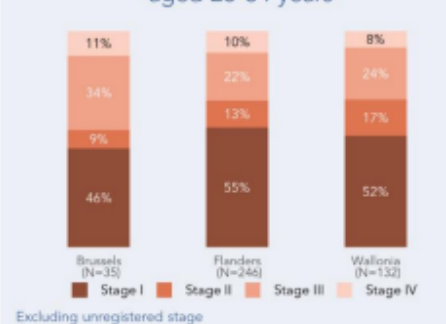
Incidence by region



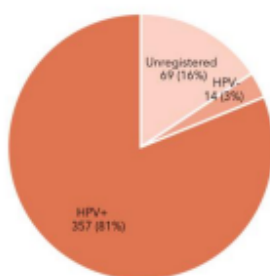
Age-specific proportion of in situ and
invasive tumours, 2019-2023



Stage distribution by region,
aged 25-64 years



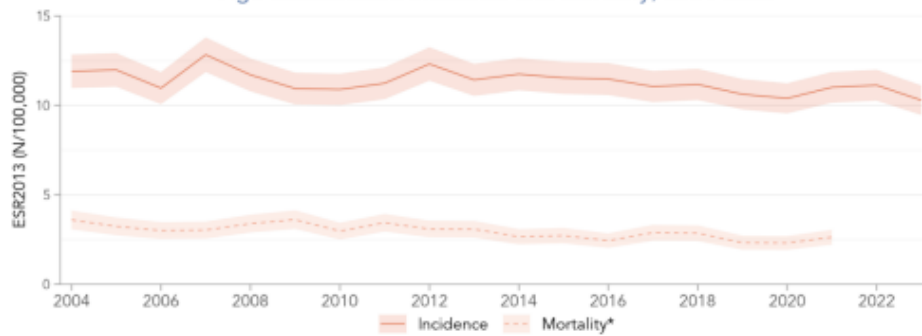
HPV status in squamous cell carcinoma



- Median age at diagnosis for cervical cancer is **54 years**
- **In situ/high grade dysplasia** is more common in **adolescents and young adults**
- The majority of invasive cervical cancers are diagnosed in an **early stage (Stage I and II)**
- **Human papilloma virus (HPV) infection** is a known risk factor for the development of cervical cancer



Age-standardised incidence and mortality, 2004-2023

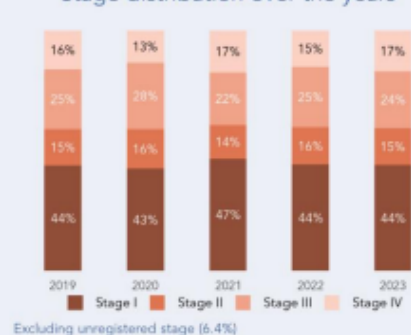


- The average annual percentage change of the risk of a cervical cancer **diagnosis** is **-0.6%**
- Risk of a cervical cancer **mortality** is **decreasing** with an average annual percentage change of **-2.0%**
- Stage distribution remains stable over the years
- A higher percentage of **in situ/high grade dysplasia** has been registered over the years

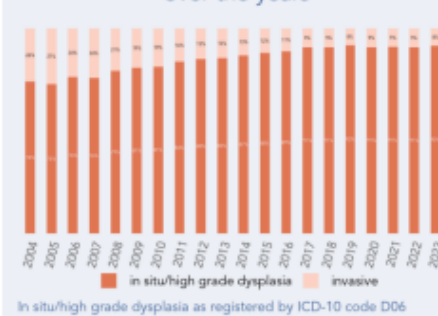
Age-standardised incidence trends

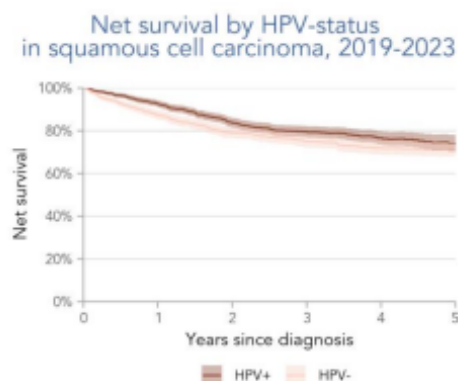
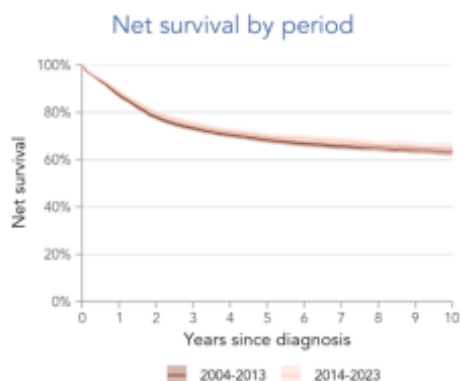


Stage distribution over the years

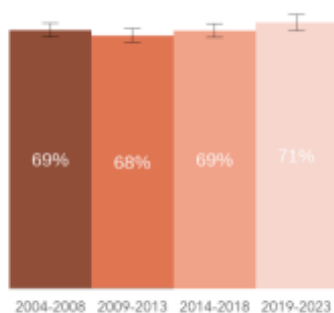


Proportion of in situ and invasive tumours over the years





5-year net survival over time



- **5-year net survival has been improving** in the last 20 years
- Diagnosis in an **early stage** is associated with a **better prognosis**
- More than **7,000 people** are living with the consequences of cervical cancer

Additional detailed information (including prevalence) can be found in the [Appendix of the Cancer Fact Sheet](#) and on the [website of the Belgian Cancer Registry](#).



5-year net survival by age and stage, 2019-2023, % (95% CI)										
Stage	All ages		15-24years		25-49years		50-64years		65+years	
All	71.0%	(68.9%; 73.2%)	75.1%	(51.8%; 108.9%)	85.0%	(82.6%; 87.5%)	72.2%	(68.8%; 75.8%)	49.3%	(44.5%; 54.7%)
I	94.3%	(92.1%; 96.5%)	N<50		96.4%	(94.7%; 98.1%)	96.1%	(92.9%; 99.5%)	81.8%	(71.2%; 94.0%)
II	70.2%	(63.9%; 77.1%)	N<50		72.7%	(62.0%; 85.3%)	81.7%	(74.6%; 89.4%)	54.6%	(42.6%; 69.9%)
III	68.3%	(64.0%; 73.0%)	N<50		74.4%	(68.1%; 81.3%)	69.9%	(63.0%; 77.5%)	59.6%	(50.7%; 69.9%)
IV	19.7%	(15.3%; 25.3%)	N=0		21.0%	(12.9%; 34.2%)	23.3%	(16.3%; 33.3%)	16.7%	(10.7%; 26.2%)
X	50.6%	(43.0%; 59.6%)	66.7%	(34.7%; 128.3%)	89.9%	(81.4%; 99.2%)	52.2%	(37.9%; 72.1%)	26.5%	(17.3%; 40.6%)

Annexe 2: Guide d'entretien (Parents refusé/hésitent vaccination HPV - Parents ayant acceptés vaccination HPV)

Guide d'entretien – Papillomavirus humain- Parents refusé/hésitent vaccination HPV Déterminants de l'hésitation vaccinale des parents ayant des enfants scolarisés dans l'enseignement secondaire à l'égard de la vaccination contre le papillomavirus humain (HPV)

Cet entretien a pour objectif de recueillir votre point de vue et votre expérience concernant la vaccination contre le papillomavirus humain. Il ne s'agit en aucun cas de porter un jugement, mais simplement de comprendre votre perception à l'égard de la vaccination. Vos réponses resteront anonymes et confidentielles en respectant scrupuleusement le RGPD. Vous pouvez interrompre l'entretien quand vous le souhaitez.

Santé globale

- 1) Comment percevez-vous la notion de santé, de manière générale ?
- 2) Quel est votre rapport habituel au système de santé (médecin, professionnels de santé) pour vous et votre enfant ?
- 3) Comment percevez-vous votre rôle en tant que parent dans les décisions de santé concernant votre enfant ?
Relance : Faites-vous participer votre enfants dans les choix médicaux concernant sa propre santé
- 4) De manière générale, avez-vous plutôt tendance à prévenir les problèmes de santé ou à agir lorsqu'un problème survient ? Pourquoi ?
- 5) Parlez-vous facilement des questions de santé avec votre enfant ? Qu'est-ce qui facilite ou freine ces échanges ?
- 6) Face à une recommandation médicale, qu'est-ce que vous faites en général avant de prendre une décision ? confiance immédiate, besoin de réflexion, besoin d'échanger, besoin de consulter un avis médical tiers? Pourquoi ?

Vaccination

- 1) Quelle est votre perception globale de la vaccination aujourd'hui, quelle image avez-vous de la vaccination ?
Relance: Connaissez le principe d'action de la vaccination ?
- 2) Quand on parle de vaccination, quelles émotions ou sentiments cela suscite-t-il chez vous ?
Relance: Craignez-vous de vous faire vacciner ?
- 3) Comment se construit votre confiance – ou votre méfiance – envers les recommandations vaccinales ?
- 4) Y a-t-il des éléments qui peuvent renforcer ou au contraire freiner votre confiance envers un vaccin ?
- 5) Comment réagissez-vous lorsqu'un nouveau vaccin est proposé ?
- 6) Les discussions autour des vaccins (dans les médias, sur les réseaux sociaux, dans votre entourage) influencent-elles votre perception ?

Connaissances et représentations HPV

- 1) Qu'est-ce que vous pensez savoir aujourd'hui du papillomavirus humain ?
Relance: Connaissez-vous les différents sérotypes (souches) ?
- 2) Selon vous, quels sont les risques associés au papillomavirus humain? Risques à long terme et court terme ?
- 3) Avez-vous le sentiment d'être suffisamment informé(e) sur le papillomavirus humain ? Pourquoi ?
- 4) Où avez-vous principalement entendu parler du papillomavirus humain pour la première fois ?
- 5) Avez-vous entendu parler des différents vaccins disponibles contre l'HPV ?
Relance : Seriez-vous attentif à la composition du vaccin dans votre choix de vaccination ?
- 6) Associez-vous le HPV à un âge ou à une période particulière de la vie ? Si oui, laquelle ?
- 7) Selon vous, le papillomavirus humain concerne-t-il autant les filles que les garçons ? Pourquoi ?
- 8) Diriez-vous que le papillomavirus humain est une infection fréquente ou plutôt rare ?
Relance : Sur quoi vous basez-vous pour penser cela ?
Relance : Connaissez-vous le mode de transmission ?
- 9) Avez-vous déjà discuté du HPV avec un professionnel de santé ? Si oui, comment avez-vous vécu cet échange ?
- 10) Quand on évoque la vaccination contre le HPV, quelles questions ou inquiétudes vous viennent à l'esprit ?

Petite synthèse sur la vaccination : Définition, incidence, cancers associés, facteurs de risque, recommandations vaccinales HPV par les autorités de santé publique

Vaccin HPV

- 1) Où en êtes-vous aujourd'hui concernant la vaccination contre le HPV pour votre enfant ?
Relance: Pouvez-vous m'expliquer comment vous en êtes arrivé·e à cette situation?
Relance : Qu'est-ce qui a pesé le plus dans cette décision ou non-décision ?
- 2) Pouvez-vous me raconter comment cette décision s'est construite ?
- 3) Si vaccination reportée => Qu'est-ce qui fait que la vaccination n'ai pas encore été réalisée aujourd'hui ?
Relance : Est-ce que vous envisagez cette vaccination plus tard ? Si oui, à quel moment et pourquoi ?
- 4) L'âge de votre enfant vous a-t-il semblé trop jeune ou mal choisi pour ce vaccin ? Pourquoi?
- 5) L'opinion de votre entourage (famille, amis) a-t-elle pesé dans votre choix ?
- 6) Les éventuels effets secondaires ont-ils joué un rôle dans votre décision ? Lesquels vous inquiètent le plus ?
Relance : Avez-vous des connaissances qui ont subi des effets secondaires liés à la vaccination ? A la vaccination HPV ?
- 7) Avez-vous eu le sentiment de manquer d'informations ou ne pas avoir reçu les bonnes informations au moment de la décision ?
- 8) Avez-vous eu des doutes concernant l'utilité ou l'efficacité du vaccin contre le HPV ?
- 9) Comment comparez-vous les risques liés au vaccin avec les risques liés au HPV lui-même ?
- 10) Connaissez-vous les différents vaccins HPV disponibles sur le marché ?

PSE/Ecole

- 1) Comment avez-vous vécu ou interprété les informations transmises par l'école ou les services de santé scolaire concernant la vaccination contre le HPV ?

Relance : Ces informations vous ont-elles semblé compréhensibles, suffisantes et rassurantes ? Pourquoi ?

- 2) Quelles sont les autres sources d'informations que vous avez consultées ou entendues à propos de la vaccination HPV ?
- 3) Selon vous, quels aspects de la vaccination contre le HPV sont aujourd'hui mal expliqués ou insuffisamment abordés ?
- 4) Le ton employé dans les campagnes ou les documents d'information vous semble-t-il adapté aux parents ?
- 5) Pensez-vous que la communication actuelle prend suffisamment en compte les interrogations ou les doutes des parents ?
- 6) Selon vous, qui est le mieux placé pour informer les parents sur la vaccination contre le HPV (école, médecin, autorités de santé, autres) ?
- 7) Qu'est-ce qui, selon vous, pourrait vous aider à vous sentir plus en confiance par rapport à la vaccination contre le HPV ?

Question finale

- 1) Diriez-vous que votre décision (non-vaccination) est définitive ou susceptible d'évoluer ? Pourquoi ?

Guide d'entretien – Papillomavirus humain- Parents ayant acceptés vaccination HPV

Déterminants de l'hésitation vaccinale des parents ayant des enfants scolarisés dans l'enseignement secondaire à l'égard de la vaccination contre le papillomavirus humain (HPV)

Cet entretien a pour objectif de recueillir votre point de vue et votre expérience concernant la vaccination contre le papillomavirus humain. Il ne s'agit en aucun cas de porter un jugement, mais simplement de comprendre votre perception à l'égard de la vaccination. Vos réponses resteront anonymes et confidentielles en respectant scrupuleusement le RGPD. Vous pouvez interrompre l'entretien quand vous le souhaitez.

Santé globale

1. Comment percevez-vous la notion de santé, de manière générale ?
2. Quel est votre rapport habituel au système de santé (médecin, professionnels de santé) pour vous et votre enfant ?
3. Comment percevez-vous votre rôle en tant que parent dans les décisions de santé concernant votre enfant ?
Relance : Faites-vous participer votre enfant dans les choix médicaux ?
4. De manière générale, avez-vous plutôt tendance à prévenir les problèmes de santé ou à agir lorsqu'un problème survient ? Pourquoi ?
5. Parlez-vous facilement des questions de santé avec votre enfant ? Qu'est-ce qui facilite ces échanges ?
6. Face à une recommandation médicale, comment prenez-vous votre décision ? Pourquoi ?

Vaccination

1. Quelle est votre perception globale de la vaccination aujourd'hui ?^[L1]^[SEP]Relance : Connaissez-vous le principe d'action de la vaccination ?
2. Quand on parle de vaccination, quelles sont vos premières réactions ou sentiments ?
3. Qu'est-ce qui vous donne confiance dans les recommandations vaccinales ?
4. Quels éléments renforcent votre adhésion à un vaccin ?
5. Comment réagissez-vous lorsqu'un nouveau vaccin est proposé ?
6. Les discussions autour des vaccins (médias, réseaux sociaux, entourage) influencent-elles votre perception ? De quelle manière ?

Connaissances et représentations HPV

1. Qu'est-ce que vous savez aujourd'hui du papillomavirus humain ?^[L1]^[SEP]Relance : Connaissez-vous les différents types de HPV ?
2. Selon vous, quels sont les risques associés au HPV ?
3. Vous sentez-vous suffisamment informé(e) sur le sujet ? Pourquoi ?
4. Où avez-vous entendu parler du HPV pour la première fois ?
5. Connaissez-vous les vaccins disponibles contre le HPV ?^[L1]^[SEP]Relance : Certains critères ont-ils influencé votre choix (composition, efficacité, etc.) ?
6. Associez-vous le HPV à une période particulière de la vie ?
7. Selon vous, le HPV concerne-t-il autant les filles que les garçons ?
8. Diriez-vous que le HPV est une infection fréquente ? Sur quoi vous basez-vous ?^[L1]^[SEP]Relance : Connaissez-vous son mode de transmission ?
9. Avez-vous discuté du HPV avec un professionnel de santé ? Comment cela s'est-il passé ?
10. Avant la vaccination, aviez-vous des questions ou des inquiétudes ? Lesquelles ?

Vaccin HPV

1. Votre enfant a-t-il été vacciné contre le HPV ?^[L1]^[SEP]Relance : Pouvez-vous m'expliquer comment vous avez pris cette décision ?
2. Qu'est-ce qui a le plus influencé votre choix de faire vacciner votre enfant ?
3. Comment cette décision s'est-elle construite dans le temps ?
4. L'âge de votre enfant vous a-t-il semblé adapté pour cette vaccination ? Pourquoi ?
5. L'opinion de votre entourage a-t-elle joué un rôle dans votre décision ?
6. Avez-vous eu des inquiétudes concernant les effets secondaires ? Si oui, lesquelles et comment avez-vous été rassuré(e) ?
7. Avez-vous estimé avoir suffisamment d'informations au moment de la décision ?
8. Comment percevez-vous l'efficacité du vaccin contre le HPV ?
9. Comment comparez-vous les bénéfices du vaccin avec les risques liés au HPV ?
10. Aviez-vous connaissance des différents vaccins HPV disponibles ?

PSE / École

1. Comment avez-vous perçu les informations transmises par l'école ou les services de santé scolaire concernant la vaccination HPV ?^[L1]^[SEP]Relance : Ces informations vous ont-elles semblé claires et rassurantes ?
2. Quelles autres sources d'information avez-vous consultées ?
3. Y a-t-il des aspects qui vous ont semblé particulièrement bien expliqués ?
4. Le ton des campagnes d'information vous semble-t-il adapté aux parents ?
5. Pensez-vous que les préoccupations des parents sont suffisamment prises en compte ?
6. Selon vous, qui est le mieux placé pour informer sur la vaccination HPV ?
7. Qu'est-ce qui a renforcé votre confiance dans cette vaccination ?

Question finale

1. Avec le recul, êtes-vous toujours en accord avec votre décision de faire vacciner votre enfant ? Pourquoi ?

