

Faculté de santé publique

**Quels sont les obstacles et les leviers
perçues par les jeunes femmes
bruxelloises et du brabant wallon de 18
à 26 ans concernant la vaccination
contre le papillomavirus, et comment
ces perceptions varient-elles selon le
statut vaccinal ?**

Mémoire réalisé par

BAHJA Sarah

Promoteur

Professeur William D'Hoore

Année académique 2025-2026

Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

[Tapez ici]

**Quels sont les obstacles et les leviers
perçues par les jeunes femmes
bruxelloises et du brabant wallon de 18
à 26 ans concernant la vaccination
contre le papillomavirus, et comment ces
perceptions varient-elles selon le statut
vaccinal ?**

Mémoire réalisé par

Sarah Bahja

Promoteur

Professeur William D’Hoore

Année académique 2025-2026

Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisé

[Tapez ici]

Remerciements :

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude à toutes les personnes ayant contribué, de près ou de loin, à la réalisation de ce mémoire.

Je remercie tout particulièrement le Professeur William D’Hoore, mon promoteur, pour son accompagnement tout au long de ce travail, pour la qualité de ses conseils, sa disponibilité et la pertinence de ses remarques.

Je remercie également les membres du jury pour le temps qu’ils consacreront à la lecture et à l’évaluation de ce mémoire, ainsi que pour l’intérêt qu’ils y porteront.

Je souhaite adresser mes sincères remerciements à l’ensemble de l’équipe enseignante du Master en santé publique de l’Université catholique de Louvain, pour la qualité de leur enseignement, le partage de leurs connaissances et leur engagement tout au long de ce cursus.

Je remercie Madame Hélène Garin ainsi que toute l’équipe pédagogique pour leur accompagnement, leurs conseils et leur soutien dans le cadre de la réalisation de ce mémoire.

Un remerciement tout particulier à Aya, ma meilleure amie, pour son aide précieuse dans le recrutement des participantes, pour son audace lorsque la mienne me faisait défaut, mais aussi pour son soutien constant, ses encouragements et sa relecture attentive.

Enfin, je souhaite remercier ma maman, pour m’avoir sensibilisée dès le plus jeune âge au papillomavirus à travers son propre parcours, et pour m’avoir transmis l’importance de la prévention et de la vaccination. C’est en grande partie grâce à elle que ce sujet a pris tout son sens et s’est imposé comme une évidence dans le cadre de ce mémoire.

Je tiens également à adresser mes sincères remerciements à toutes les femmes ayant accepté de participer à cette étude en répondant au questionnaire. Leur temps, leur confiance et le partage de leurs perceptions et expériences ont été essentiels à la réalisation de ce mémoire. Sans leur participation, ce travail n’aurait pas pu voir le jour.

Je souhaite aussi adresser une pensée particulière à toutes les personnes qui ont accompagné mon parcours durant ces années de Master, et qui ont été d’un soutien infaillible. Je pense notamment à Charlotte, Emmanuel, Julie, Leatitia, Hugo et Diellza, pour leur présence, leur aide et leurs encouragements tout au long de ce chemin.

[Tapez ici]

Le 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 étudiante•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.

Je déclare sur l'honneur avoir eu recours à des outils d'intelligence artificielle, notamment OpenAI ChatGPT, uniquement dans le cadre d'une aide à la correction de la syntaxe, de l'orthographe et de la grammaire. Le contenu scientifique, l'analyse des données, l'interprétation des résultats ainsi que la rédaction du mémoire relèvent exclusivement de mon travail personnel.

Table de matières :

INTRODUCTION	7
I. Le Papillomavirus	8
II. La vaccination contre le HPV	9
III. L'hésitation vaccinale	11
IV. La pandémie de COVID-19 et la vaccination contre le HPV.	15
METHODES	18
1. Question de recherche	18
2. Type d'étude	18
3. Population cible	18
4. Critères d'inclusion et d'exclusion	18
5. Méthode d'échantillonnage	19
6. Taille de l'échantillon	19
7. Outil de collecte : questionnaire	19
8. Procédure de collecte des données	20
9. Analyse statistique	21
10. Questionnaire : variables et justifications théoriques	22
RESULTATS	24
1) Description de l'échantillon	24
2) Caractéristiques des personnes vaccinées	27
3) Motivations et freins à la vaccination	27
4) Échelle de Likert : perceptions et attitudes	31
5) Connaissances sur le HPV et la vaccination	34
6) Obstacles et perspectives de la vaccination	35
7) Régression binaire logistique	37
DISCUSSION	40
PESPECTIVES D'AMELIORATION	52
CONCLUSION	54
REFERENCES	56
ANNEXE	60

INTRODUCTION :

Se faire vacciner ou ne pas se faire vacciner : une simple question de santé publique... ou une décision personnelle influencée par des perceptions, des croyances ou des facteurs sociaux ?

Apparu en 2007, le vaccin contre le papillomavirus humain représente aujourd'hui un outil majeur de prévention des cancers liés à ce virus, en particulier le cancer du col de l'utérus, mais aussi d'autres cancers HPV induits tels que les cancers de l'anus, de l'oropharynx, de la vulve et du vagin. (OMS,2019). En 2021, 164 décès ont eu lieu en Belgique suite à ce cancer (Fondation contre le cancer). Mais malgré la gratuité de la vaccination jusqu'à l'âge de 19 ans et les campagnes de sensibilisation, la couverture vaccinale reste insuffisante et présente d'importantes disparités régionales (Sciensano, 2023). Ces écarts questionnent la manière dont les jeunes femmes perçoivent ce vaccin et les facteurs qui influencent leur choix d'adhérer ou non au programme vaccinal.

Selon le KCE, en 2024, seulement 50,2 % des jeunes filles de la Fédération Wallonie-Bruxelles ont été vaccinées, alors que l'OMS a fixé comme objectif d'atteindre une couverture de 90 % à l'âge de 15 ans (OMS, 2024). L'efficacité du vaccin est pourtant largement démontrée : les filles et jeunes femmes non infectées par le HPV au moment de la vaccination sont très bien protégées contre les types du virus contenus dans le vaccin et contre les pré-stades de cancer du col de l'utérus qui y sont associés. (Fondation contre le cancer)

Actuellement, la vaccination gratuite contre le HPV est proposée en 2e année de l'enseignement secondaire, avec une couverture vaccinale de 30 %, récemment élargie aussi aux garçons (SPF Santé publique, 2022). À côté de cela, une vaccination « opportuniste » est accessible dans tout le pays pour les jeunes filles de 12 à 18 ans n'ayant pas encore été vaccinées. Cette initiative émane généralement de la jeune fille elle-même, de ses parents ou du médecin traitant, et elle est partiellement remboursée par l'INAMI (SPF Santé publique, 2022). En Fédération Wallonie-Bruxelles, comparée à la Flandre, il n'existe pas encore de programme officiel de dépistage organisé, mais des campagnes de sensibilisation sont régulièrement menées. (Sciensano, 2023). Par ailleurs, le dépistage par frottis triennal reste recommandé pour détecter précocement le cancer du col de l'utérus (KCE, 2024).

Le cancer du col de l'utérus est une maladie évitable grâce à la vaccination contre le HPV (prévention primaire). Lorsqu'elle est associée au dépistage par frottis triennal, la vaccination offre une protection encore plus élevée contre les lésions précancéreuses, comme le souligne le rapport du KCE. L'OMS souligne que la vaccination est particulièrement efficace lorsqu'elle

[Tapez ici]

est réalisée avant 26 ans et avant le début de la vie sexuelle. Elle réduit de manière significative la survenue des infections persistantes, des lésions précancéreuses et d'une part importante des cancers de l'anus, de la vulve, du vagin et de l'oropharynx. Les études scientifiques, notamment la revue Cochrane, confirment par ailleurs que les effets secondaires liés au vaccin sont généralement bénins (douleur locale, rougeur, fièvre légère) et disparaissent rapidement, sans qu'aucune association significative n'ait été établie avec des effets graves.

Ainsi, la vaccination contre le HPV constitue aujourd'hui un enjeu crucial de santé publique, mais son efficacité réelle dépend fortement de l'adhésion de la population cible. Comprendre les perceptions, les obstacles et les leviers qui influencent la décision vaccinale des jeunes femmes apparaît dès lors indispensable pour améliorer la couverture vaccinale et réduire les inégalités face au cancer du col de l'utérus.

C'est à partir de ces constats, mêlant enjeux de santé publique, disparités régionales, facteurs socioculturels et perceptions individuelles face à la vaccination, que s'est construite ma réflexion. Les différences observées dans les taux de couverture vaccinale entre régions, ainsi que les inégalités d'accès à la vaccination contre le papillomavirus, soulèvent la question des facteurs pouvant influencer l'adhésion au programme vaccinal. Dans ce contexte, la présente recherche vise à identifier et à analyser ces déterminants à travers la question d'étude suivante : **Quels sont les obstacles et les leviers perçus par les jeunes femmes bruxelloises et du brabant wallon de 18 à 26 ans concernant la vaccination contre le papillomavirus, et comment ces perceptions varient-elles selon le statut vaccinal ?**

THEORIE :

I. Le Papillomavirus

Les *Papillomavirus* appartiennent à la famille des **Papillomaviridae** qui renferme un seul genre, *Human Papillomavirus (HPV)*. Leur classification, basée sur le génotype et l'analyse phylogénétique, permet de les différencier en fonction de leur tropisme (cutanés ou muqueux), de leur propriété biologique et de leur potentiel oncogénique (bas risque et haut risque).

Les HPV sont très contagieux, résistants, mais le plus souvent sans danger pour la santé. Ils touchent les femmes comme les hommes, dans toutes les régions du monde. Il existe plus de 200 types de HPV qui infectent la peau ou les muqueuses. Ils peuvent toucher les organes génitaux internes et externes, la région anale, certaines parties de la peau ou encore la sphère oro-pharyngée. Les risques liés varient selon le papillomavirus. Certains HPV n'entraînent

[Tapez ici]

aucune maladie ni symptôme. Ils peuvent rester dans l'organisme de manière dormante, ou disparaître spontanément. D'autres génèrent des symptômes bénins, comme des verrues sur la peau ou des condylomes (verrues génitales). Une quinzaine de ces virus comporte davantage de risques. On parle des HPV oncogènes, car ils peuvent entraîner des lésions précancéreuses, voire des cancers dont le plus fréquent est le cancer du col de l'utérus. Très souvent, les virus HPV sont vaincus par les défenses immunitaires et l'infection disparaît d'elle-même, sans que l'on ait remarqué sa présence. Certains virus peuvent en effet rester de manière dormante dans l'organisme sans provoquer de symptômes. La personne peut dans ce cas transmettre l'infection.

Lorsqu'une infection persistante par un HPV oncogène se développe, des lésions précancéreuses peuvent apparaître au niveau du col de l'utérus. Elles sont classées selon leur gravité en CIN 1, CIN 2, CIN 3. Elles sont généralement détectées lors du dépistage par frottis cervico-utérin. Quand le patient a dépassé le CIN 3, il est en cancer et c'est à ce moment-là que l'équipe médicale va lui attribuer un stade au cancer, selon la taille de la tumeur et l'étendue des cellules cancéreuses ailleurs dans le corps. Ceci détermine les traitements possibles.

Les papillomavirus qui se nichent dans la région génitale se transmettent uniquement par contacts sexuels. C'est l'infection sexuellement transmissible la plus répandue au monde. La transmission peut avoir lieu par voie cutanée (caresses), par des supports souillés (linge de toilette), mais aussi lors du contact entre une muqueuse infectée et une muqueuse saine (rapport sexuel vaginal, oral ou anal). Le virus est absent du sperme, de la salive ou du sang. Le papillomavirus se transmet souvent au début de la vie sexuelle. Les jeunes femmes sexuellement actives sont les plus exposées au risque d'infection, qui diminue avec l'âge. Ce risque est moindre chez les hommes. On distingue des facteurs de risque chez les femmes : l'âge précoce des premiers rapports sexuels, des multiples partenaires, le tabac et la présence d'une autre infection sexuellement transmissible (IST).

II. La vaccination contre le HPV

La vaccination contre le papillomavirus humain (HPV) a été introduite en Belgique en 2007. Dès son apparition, elle a été recommandée à titre préventif pour les jeunes filles avant le début de leur vie sexuelle, généralement entre 10 et 13 ans (CSS, 2017).

En termes de mise en œuvre, la vaccination est progressivement entrée dans les programmes scolaires. En Communauté flamande, elle a été proposée gratuitement aux jeunes filles de

[Tapez ici]

première année secondaire dès septembre 2010. Dans la Fédération Wallonie-Bruxelles (FWB), cette offre via la médecine scolaire a débuté un an plus tard, le 1er septembre 2011, pour les jeunes filles de deuxième année secondaire (CBIP).

Au départ, seuls certains vaccins étaient utilisés :

- Cervarix®, un vaccin bivalent (contre les types 16 et 18, responsables d'environ 70 % des cancers du col de l'utérus).
- Gardasil®, un vaccin quadrivalent (contre les types 6, 11, 16 et 18, protégeant également contre les condylomes génitaux).

Depuis, le Gardasil 9®, un vaccin nonavalent (ciblant 9 types de HPV et couvrant environ 90 % des cancers liés au virus), est devenu le plus utilisé en Belgique. (*La Vaccination - HPV Belgium FR*, 2025)

La vaccination a d'abord été proposée aux jeunes filles, mais elle est aujourd'hui également recommandée pour les jeunes garçons, afin de réduire la transmission et de prévenir d'autres cancers liés au HPV (anus, pénis, oropharynx). En termes de prise en charge, le vaccin est entièrement gratuit dans le cadre des programmes scolaires en Fédération Wallonie-Bruxelles et en Communauté flamande, pour les jeunes de 11 à 18 ans. Au-delà de 18 ans révolus, la vaccination reste possible mais elle devient payante, le remboursement par l'INAMI n'étant généralement plus prévu (sauf exception médicale).

Cette politique vise à assurer une couverture vaccinale élevée dès l'adolescence, période où la prévention est la plus efficace car l'efficacité du vaccin est optimale lorsqu'il est administré avant toute exposition au virus. Cependant, le coût après 19 ans peut constituer une barrière à la vaccination pour certains jeunes adultes. Le prix d'une dose est d'environ 132,49 € pour le Gardasil 9® et environ 70,78 € pour le Cervarix®. (CBIP)

En ce qui concerne la couverture vaccinale, les taux montrent des disparités régionales et des progrès récents. En Fédération Wallonie-Bruxelles, pour l'année scolaire 2022-2023, environ 63,6 % des filles de 2^e secondaire avaient reçu la première dose et 55,1 % la deuxième (ONE, 2024). En 2020, ces chiffres étaient plus faibles (54 % pour la 1^{re} dose et 47,6 % pour la 2^e) (Guide social, 2024). À Bruxelles, les taux restent en dessous de la moyenne : en 2019-2020, chez les filles de 2^e secondaire, 50,2 % avaient reçu la première dose et 43,9 % la deuxième (FAMGB, 2024). Ces données suggèrent des difficultés spécifiques dans la capitale par rapport au reste de la Fédération.

[Tapez ici]

Concernant les jeunes femmes de 18 à 26 ans, la vaccination est toujours recommandée en rattrapage si elle n'a pas été effectuée plus tôt (vaccination-info.be). Toutefois, il n'existe pas, à ce jour, de statistiques publiques récentes permettant de mesurer avec précision le taux de vaccination complet dans cette tranche d'âge. Ce manque de données constitue une limite pour l'évaluation de l'efficacité des campagnes de rattrapage dans cette population.

III. L'hésitation vaccinale

L'hésitation vaccinale est un phénomène de plus en plus étudié en santé publique en raison de son impact sur les programmes de prévention, notamment en ce qui concerne les maladies évitables par la vaccination. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) la définit comme un "retard dans l'acceptation ou le refus de vaccins malgré la disponibilité des services de vaccination" (OMS, 2019). Ce phénomène est complexe, contextuel et multifactoriel : il varie selon les pays, les groupes sociaux, les types de vaccins, et même selon le moment dans le temps (Dubé et al., 2013).

Plusieurs facteurs contribuent à l'hésitation vaccinale. On peut les regrouper en trois grandes catégories, souvent appelées les "3C" (confiance, complaisance, commodité), selon le modèle proposé par l'OMS (SAGE, 2014) :

- La confiance : méfiance envers les vaccins, les autorités sanitaires ou les professionnels de santé.
- La complaisance : perception faible du risque lié à la maladie, sentiment que la vaccination n'est pas nécessaire.
- La commodité (convenance) : obstacles pratiques à la vaccination, comme l'accès géographique, les horaires ou la complexité du parcours vaccinal.

À ces éléments s'ajoutent d'autres dimensions, comme l'influence des croyances culturelles et religieuses, les rumeurs véhiculées sur les réseaux sociaux (Larson et al., 2018), ou encore le niveau d'éducation et d'information des personnes concernées. En Belgique, et plus particulièrement dans des régions comme Bruxelles ou le Brabant wallon, ces facteurs peuvent se combiner et varier selon les contextes locaux, les groupes socioculturels et les pratiques de soins (Sciensano, 2023).

Parmi les vaccins recommandés chez les adolescents, celui contre le papillomavirus humain (HPV) suscite une hésitation particulièrement marquée. Bien que ce vaccin ait démontré

[Tapez ici]

une efficacité élevée dans la prévention des cancers liés au HPV (notamment le cancer du col de l'utérus, mais aussi des cancers anaux, oropharyngés ou encore du pénis), les taux de couverture vaccinale restent inférieures aux objectifs de santé publique dans plusieurs régions, notamment à Bruxelles et dans le Brabant wallon (AVIQ, 2022 ; ONE, 2023).

Plusieurs **facteurs spécifiques peuvent** expliquer cette réticence :

- A. **Le lien avec la sexualité** : Le HPV étant une infection sexuellement transmissible, certains parents perçoivent le vaccin comme prématuré ou inadapté à l'âge de leur enfant. Il persiste également l'idée fausse selon laquelle le vaccin inciterait à une sexualité plus précoce (Mather et al., 2012).
- B. **La méconnaissance du virus et de ses conséquences** : De nombreuses personnes ignorent que le HPV peut provoquer des cancers, et pas seulement chez les femmes (Drolet et al., 2019). Le manque d'information claire et accessible entretient cette hésitation.
- C. **La peur des effets secondaires** : Bien que les effets secondaires graves soient extrêmement rares, la circulation de rumeurs ou de cas isolés largement médiatisés (notamment sur les réseaux sociaux) contribue à alimenter l'anxiété autour de ce vaccin. (Wilson et al., 2020).
- D. **L'influence du discours anti-vaccin** : Certains groupes ou individus diffusent des informations erronées sur la sécurité et l'efficacité du vaccin contre le HPV, ce qui crée une confusion chez les parents (Larson et al., 2018). Malgré les preuves solides de leur efficacité et de leur sécurité, les vaccins sont souvent la cible de campagnes de désinformation, alimentées notamment par certains médias traditionnels et surtout par l'internet, où de nombreuses fausses informations circulent. Par ailleurs, les politiques de santé publique, telles que l'augmentation du nombre de vaccins disponibles, les disparités entre pays et le caractère obligatoire de certaines vaccinations, contribuent également à renforcer la méfiance et l'hésitation vaccinale dans une partie de la population. (Dubé et al., 2013)
- E. **Un manque d'implication de certains professionnels de santé** : L'attitude et les connaissances des professionnels de santé jouent un rôle crucial dans la décision de se faire vacciner, car ils constituent la source d'information la plus fiable pour les patients. Lorsque le vaccin n'est pas fortement recommandé par les médecins ou les

équipes scolaires, les familles hésitantes ont davantage tendance à refuser ou à retarder la vaccination (Gilkey et al., 2016). Si la majorité des soignants soutient la vaccination, certains peuvent rencontrer des difficultés à communiquer efficacement, notamment face aux avancées rapides de la vaccination, parfois complexes à assimiler. (Dubé et al., 2013)

- F. Des inégalités sociales ou culturelles :** À Bruxelles, par exemple, la diversité culturelle et linguistique complique souvent l'adhésion à la vaccination lorsque les messages de prévention ne sont pas suffisamment adaptés aux spécificités des populations (Sciensano, 2023). Dans le Brabant wallon, la réticence vaccinale peut être davantage liée à un autre profil sociologique, notamment des parents très informés, mais influencés par des discours critiques envers la médecine conventionnelle (AVIQ, 2022). Par ailleurs, un individu est généralement plus enclin à se faire vacciner lorsque son entourage l'a déjà fait, ou lorsqu'il considère la vaccination comme un devoir social essentiel à la protection collective. Le soutien des proches et la perception d'une responsabilité collective renforcent ainsi la confiance envers les vaccins (Dubé et al., 2013). L'infodémie liée à la pandémie de COVID-19, phénomène décrit par Lambert & Malengreaux (2021), a par ailleurs mis en lumière l'importance cruciale de la littératie en santé, c'est-à-dire la capacité des individus à accéder, comprendre, évaluer et utiliser les informations sanitaires. Un faible niveau de littératie en santé constitue un frein majeur à l'adhésion aux recommandations sanitaires, notamment en matière de vaccination. En effet, la complexité des messages transmis, souvent techniques et évolutifs, peut engendrer des incompréhensions, nourrir la méfiance et alimenter la réticence vaccinale. Plusieurs études montrent que les personnes ayant une littératie en santé limitée sont plus susceptibles d'hésiter à se faire vacciner, car elles ont plus de difficulté à interpréter correctement les bénéfices et les risques liés aux vaccins (Paakkari & Okan, 2020). Dans ce contexte, améliorer la littératie en santé de la population apparaît comme un levier essentiel pour réduire la réticence vaccinale et garantir l'efficacité des politiques de santé publique (Ratzan et al., 2011).
- G. Le rôle de la maturité dans la prise de décision des adolescentes :** L'implication des adolescentes dans la décision de se faire vacciner contre le HPV est un processus qui évolue selon leur maturité. D'une part, la maturité intellectuelle renvoie à la capacité à comprendre les informations de santé, à évaluer les bénéfices et les

risques associés à la vaccination et à adopter un raisonnement critique face aux sources d'information. Les adolescentes présentant un niveau plus élevé de maturité cognitive sont davantage en mesure de prendre une décision éclairée et autonome (Steinberg, 2005 ; Reyna & Farley, 2006). D'autre part, la maturité affective concerne la gestion des émotions, notamment la peur des effets secondaires, de la douleur liée à l'injection ou encore l'anxiété face à des informations parfois contradictoires. Chez les adolescents, les décisions sont souvent influencées par des réactions émotionnelles plus marquées que chez les adultes, ce qui peut orienter les comportements de santé (Casey, Getz, & Galvan, 2008). Enfin, l'influençabilité désigne la sensibilité aux opinions de l'entourage, incluant les parents, les pairs ou encore les professionnels de santé. À l'adolescence, cette influençabilité est particulièrement importante, en raison du rôle central du groupe de pairs dans la construction identitaire. Les normes sociales et familiales jouent ainsi un rôle déterminant dans l'acceptation ou le refus de la vaccination (Brechwald & Prinstein, 2011 ; Betsch et al., 2015).

Ainsi, certaines adolescentes adoptent une position plus autonome et réflexive, tandis que d'autres restent fortement dépendantes des normes et discours de leur entourage. Cette progression non linéaire vers la maturité peut expliquer pourquoi certaines adolescentes sont davantage impliquées dans la décision vaccinale, alors que d'autres restent plus passives ou hésitantes.

Certaines prennent des décisions de manière plus réfléchie et autonome, tandis que d'autres sont plus influencées par leurs émotions ou par les opinions de leur entourage. Cette progression non linéaire vers la maturité peut expliquer pourquoi certaines adolescentes sont davantage impliquées dans la décision, alors que d'autres restent plus passives ou hésitantes. Par ailleurs, cette dynamique est souvent renforcée par le rôle des parents et des professionnels de santé, qui peut soit encourager, soit limiter l'autonomie des jeunes filles dans ce choix. Le manque d'information directement adressée à celles-ci et la perception qu'elles sont trop jeunes pour participer activement aux décisions de santé contribuent également à réduire leur rôle dans la vaccination, malgré leur intérêt à être mieux informées et impliquées. Cette exclusion peut avoir des conséquences à long terme sur leur confiance envers la vaccination et leur propre autonomie sanitaire. (Karafillakis et al., 2021)

[Tapez ici]

En résumé, l'hésitation face au vaccin HPV résulte d'un emmêlement de facteurs médicaux, culturels, psychologiques et sociaux, qu'il est essentiel de prendre en compte pour adapter les campagnes de prévention. Une approche ciblée, fondée sur l'écoute, la pédagogie et la proximité, est indispensable pour améliorer la couverture vaccinale dans les régions concernées.

IV. La pandémie de COVID-19 et la vaccination contre le HPV

L'hésitation vaccinale constitue un défi majeur en santé publique, en particulier lorsqu'elle touche des vaccins préventifs comme celui contre le papillomavirus humain (HPV), qui cible les adolescents. Cependant, cette hésitation, déjà présente avant la crise sanitaire, a été exacerbée par un événement mondial majeur : la pandémie de COVID-19. Cette période a non seulement ralenti les campagnes vaccinales classiques, mais elle a aussi renforcé certaines formes de méfiance, tout en perturbant profondément les systèmes de prévention.

Avec l'arrivée du COVID-19 en 2020, la Belgique, comme de nombreux pays, a dû réorganiser en urgence l'ensemble de ses services de santé. Les efforts ont été principalement concentrés sur la lutte contre la propagation du virus, avec la mise en place de campagnes de dépistage et de vaccination massive contre la COVID-19. Cette mobilisation intense a eu des conséquences directes sur les autres services de prévention, notamment la vaccination infantile et adolescente.

Les services de Promotion de la Santé à l'École (PSE), chargés de la vaccination dans les écoles secondaires en Fédération Wallonie-Bruxelles, ont été fortement perturbés. Plusieurs campagnes ont été reportées ou annulées en raison des fermetures scolaires, du confinement ou du redéploiement du personnel vers des tâches liées au COVID (ONE, 2022). Cette désorganisation a conduit à un retard considérable dans l'administration des vaccins de routine, y compris celui contre le HPV.

Le vaccin contre le papillomavirus humain, administré en deux doses aux adolescents dès la 2^e année du secondaire, a été particulièrement touché par cette interruption. Déjà en difficulté avant la pandémie, avec des taux de couverture inférieurs à ceux observés en Flandre, la Fédération Wallonie-Bruxelles a vu ces taux chuter davantage en 2020 et 2021.

Selon les données disponibles, environ 40 % des filles étaient vaccinées contre le HPV avant la pandémie (ONE, 2019). Mais en 2020, ce taux a chuté à moins de 30 %, en particulier à Bruxelles, où les disparités sociales, culturelles et économiques ont freiné la reprise des campagnes de vaccination (Sciensano, 2023). Du côté des garçons, récemment intégrés dans

[Tapez ici]

les recommandations vaccinales, les taux de couverture sont restés encore plus faibles, faute de campagnes bien établies et d'informations suffisantes.

Cette situation est d'autant plus préoccupante que le HPV est responsable de plusieurs cancers, dont le cancer du col de l'utérus, pour lequel la vaccination constitue un outil de prévention essentiel. Le manque de protection vaccinale sur ces cohortes d'adolescents pourrait, à moyen et long terme, entraîner une augmentation des infections à HPV, et donc des lésions précancéreuses ou cancers évitables.

La pandémie a également creusé des écarts entre les différentes régions du pays. Alors que la Flandre, mieux organisée en termes de suivi vaccinal, a pu partiellement maintenir ses campagnes grâce à une meilleure infrastructure, la Wallonie et Bruxelles ont souffert de plus grandes difficultés logistiques et sociales. Sur le plan logistique, les services de Promotion de la Santé à l'École (PSE) ont été confrontés à un manque de personnel, en partie redéployé vers les centres de dépistage et de vaccination contre la COVID-19, ainsi qu'à une accumulation de retards liés aux périodes de confinement et aux fermetures répétées des établissements scolaires (ONE, 2022 ; Sciensano, 2023). La réorganisation des priorités sanitaires pendant la crise a également limité la capacité des services de prévention à assurer la continuité des vaccinations de routine, dont celle contre le papillomavirus humain (OMS, 2022). Et sur le plan social, ces régions se caractérisent par une forte hétérogénéité socio-économique et culturelle. À Bruxelles, les barrières linguistiques, la diversité culturelle et un accès inégal à l'information ont compliqué la diffusion des messages de prévention et la participation aux campagnes de rattrapage vaccinal (Sciensano, 2023). La crise sanitaire a par ailleurs renforcé une méfiance envers les autorités et les recommandations sanitaires chez certaines familles, contribuant à l'augmentation de l'hésitation vaccinale observée après la pandémie (Lambert & Malengreaux, 2021 ; Dubé et al., 2013). En Wallonie, des inégalités sociales et territoriales, notamment entre zones urbaines et rurales, ont également pu limiter l'accès aux services de vaccination et ralentir la reprise des campagnes scolaires (AVIQ, 2022). L'ensemble de ces facteurs explique en partie la reprise plus lente et inégale de la vaccination contre le HPV par rapport à la Flandre.

Pour le Brabant wallon, malgré une population globalement plus aisée, la vaccination HPV reste également inégale. Certains parents, bien informés, mais critiques vis-à-vis de la médecine institutionnelle, ont préféré retarder ou refuser la vaccination, renforçant ainsi la tendance à l'hésitation. Cela constitue une hypothèse possible, mais d'autres facteurs peuvent également expliquer ces comportements.

[Tapez ici]

Conscientes de cette situation, les autorités sanitaires ont mis en place des campagnes de rattrapage dans les écoles, dès la rentrée 2022. L'objectif est de vacciner les adolescents qui ont manqué leur dose pendant les confinements. Toutefois, ces efforts se heurtent encore à plusieurs obstacles :

- la persistance de l'hésitation vaccinale, nourrie par la méfiance généralisée autour des vaccins depuis la crise COVID ;
- le manque de ressources humaines dans les équipes de médecine scolaire (services de promotion de la santé à l'école – PSE) ;
- et un manque de communication ciblée pour convaincre les familles les plus hésitantes.

Par ailleurs, l'implémentation d'une stratégie à dose unique, recommandée par l'OMS pour faciliter l'accès au vaccin HPV, pourrait permettre d'augmenter la couverture vaccinale, notamment dans les milieux scolaires à ressources limitées. Cette approche, si elle est bien mise en œuvre, pourrait représenter une opportunité post-COVID pour relancer la dynamique de prévention (OMS, 2022).

La pandémie de COVID-19 a donc agi comme un révélateur et un amplificateur des fragilités existantes dans les campagnes de vaccination, en particulier pour le HPV. En Belgique, et plus précisément en Wallonie et à Bruxelles, les conséquences se font encore sentir aujourd'hui. Il est essentiel de tirer les leçons de cette crise pour renforcer les systèmes de prévention, améliorer l'accessibilité à la vaccination, et lutter contre l'hésitation vaccinale, qui reste un obstacle majeur à la protection des jeunes générations contre les maladies évitables comme le cancer du col de l'utérus.

METHODES :

1. Question de recherche : Quels sont les obstacles et les leviers perçus par les jeunes femmes bruxelloises et du brabant wallon de 18 à 26 ans concernant la vaccination contre le papillomavirus, et comment ces perceptions varient-elles selon le statut vaccinal ?
2. Type d'étude :

Cette recherche est une étude quantitative, descriptive et analytique. Elle vise à examiner les facteurs associés à la vaccination contre le papillomavirus (HPV) chez les jeunes femmes âgées de 18 à 26 ans, résidant à Bruxelles ou dans le Brabant wallon, et ayant effectué leurs études secondaires dans l'une de ces deux régions. Ce choix méthodologique permet de mesurer de manière standardisée les comportements, connaissances et perceptions concernant la vaccination HPV.

3. Population cible :

La population cible comprend des femmes âgées de 18 à 26 ans, pouvant avoir 27 ans en âge révolu. Elles peuvent avoir été vaccinées ou ne pas l'être. Les participantes doivent résider en Région de Bruxelles-Capitale ou en Brabant wallon et doivent également avoir effectué leurs études secondaires dans l'une de ces deux régions ou dans les deux.

4. Critères d'inclusion et d'exclusion :

Critères d'inclusions	Critères d'exclusions
-être une femme -habiter Bruxelles ou Brabant wallon -avoir fait toutes ses études secondaires à Bruxelles et/ou Brabant Wallon -avoir entre 18 ans et 26 ans en âge révolu -avoir été vacciné ou ne pas avoir été vacciné contre le papillomavirus -consentement éclairé -questionnaire complet	-être un homme -habiter en dehors de Bruxelles ou du Brabant wallon -ne pas avoir fait toutes ses études secondaires à Bruxelles et/ou Brabant wallon -hors de la tranche d'âge -questionnaire où très peu de questions sont répondues

[Tapez ici]

5. Méthode d'échantillonnage :

Un échantillonnage non probabiliste par convenance est utilisé. Le recrutement des participantes a été réalisée à l'aide de plusieurs stratégies afin d'atteindre la population cible. Le questionnaire a été diffusé en ligne via différents réseaux sociaux et groupes d'étudiant.es, notamment sur Facebook. Le lien vers le questionnaire a également été partagé avec le secrétariat du master en santé publique de l'UCLouvain, afin d'en faciliter la diffusion auprès des étudiant.es.

En complément de la diffusion en ligne, un recrutement direct a également été effectué dans certains lieux fréquentés par des étudiantes. Notamment à deux reprises sur le campus de l'UCLouvain, ainsi que sur le campus de l'Université libre de Bruxelles (ULB), afin de proposer aux étudiantes de participer à l'étude via un lien ou un QR code menant au questionnaire.

Une démarche similaire a également été réalisée dans des lieux publics fréquentés par des jeunes femmes, notamment dans le centre-ville de Bruxelles (rue Neuve), afin d'élargir la diffusion du questionnaire et d'atteindre des participantes correspondant aux critères d'inclusion de l'étude

Cette stratégie de diffusion mixte (en ligne et en présentiel) visait à augmenter la diversité des participantes et à maximiser le nombre de réponses obtenues.

6. Taille de l'échantillon :

L'objectif étant d'obtenir un minimum de 150 questionnaires le plus complets possible, afin de disposer d'un échantillon suffisant pour décrire les variables d'intérêt et réaliser des analyses bivariées simple. La taille visée est basée sur la faisabilité et les contraintes de temps.

Au total, 314 réponses ont été enregistrées sur la plateforme LimeSurvey durant la période de collecte des données. Parmi celles-ci, 161 questionnaires ont été enregistrés comme complets par la plateforme. Les 153 questionnaires restants étaient incomplets et n'ont pas été inclus dans les analyses finales. Dans LimeSurvey, un questionnaire est considéré comme complet lorsque le participant atteint la dernière page et valide l'envoi du questionnaire. Les autres réponses sont automatiquement classées comme « incomplètes » par la plateforme, ce qui peut correspondre à des participantes ayant quitté le questionnaire avant la fin ou ayant simplement ouvert le questionnaire sans le compléter. (LimeSurvey, 2021)

7. Outil de collecte : questionnaire

[Tapez ici]

Les données sont recueillies via un questionnaire en ligne élaboré spécialement pour cette étude, et diffusé via la plateforme LimeSurvey.

Le questionnaire est composé de 38 questions, avec des questions fermées, à choix multiples, et d'échelles de types Likert. Les items du questionnaire ont été élaborés à partir de la littérature scientifique existante sur l'hésitation vaccinale, notamment le modèle des 3C de l'OMS (SAGE, 2014), ainsi que d'études antérieures portant sur la vaccination contre le HPV (Dubé et al., 2013 ; Larson et al., 2018 ; Karafillakis et al., 2021). Certains items ont été adaptés au contexte belge et à la population cible de l'étude.

Un pré-test du questionnaire a été réalisé auprès de trois personnes correspondant au profil de la population cible, afin de vérifier la compréhension des questions, la pertinence des items et la durée de complétion du questionnaire. Suite à ce pré-test, un item supplémentaire a été ajouté dans l'échelle de Likert afin de servir de question de contrôle de l'attention. Cette question avait pour objectif de vérifier que les participantes lisaient attentivement les affirmations proposées avant de répondre. Le questionnaire complet est présenté en annexe 1.

8. Procédure de collecte des données :

Une page d'introduction présente : l'objectif de l'étude, la durée estimée, les droits de la participante, le caractère anonyme et volontaire de la participation.

La participation à l'étude était volontaire et anonyme. Les participantes devaient donner leur consentement éclairé à la première question du questionnaire. Elles ont toutes répondu positivement celle-ci, ce qui a permis de confirmer leur accord à participer à l'étude.

La collecte des données s'est déroulée du 2 février 2026 au 24 février 2026 à l'aide d'un questionnaire en ligne diffusé via la plateforme LimeSurvey.

Une première réponse a été enregistrée le 1er février 2026 dans le cadre d'un test préalable visant à vérifier le bon fonctionnement technique du questionnaire et du système de collecte des réponses.

Après les premières réponses enregistrées, certaines fonctionnalités du questionnaire ont été ajustées. En effet, des conditions logiques avaient initialement été paramétrées dans le questionnaire et ont été modifiées afin d'améliorer la navigation et la cohérence des réponses.

En raison de ces ajustements techniques, trois questionnaires présentent quelques réponses manquantes, liées à ces modifications dans la logique de certaines questions. Ces questionnaires

[Tapez ici]

ont néanmoins été conservés dans l'analyse lorsque les variables principales étaient renseignées.

Toutes les données sont enregistrées automatiquement dans LimeSurvey et exportées au format Excel, garantissant l'anonymat.

9. Analyse statistique :

Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel IBM SPSS Statistics. Les variables qualitatives ont été décrites sous forme de fréquences et de pourcentages. Les associations entre ces variables et le statut vaccinal ont été analysées à l'aide du test du chi carré.

Les variables issues des échelles de Likert ont été traitées comme des variables quantitatives et comparées entre participantes vaccinées et non vaccinées à l'aide d'un test t de Student pour échantillons indépendants.

Pour les questions de connaissance, les réponses ont été recodées en variables binaires distinguant les réponses correctes des réponses incorrectes. Les proportions de réponses correctes ont ensuite été comparées entre les participantes vaccinées et non vaccinées à l'aide du test du chi carré.

Un score global de connaissance a également été construit en additionnant les réponses correctes aux deux questions portant sur les connaissances relatives au HPV et à la vaccination (score allant de 0 à 2). La comparaison de ce score moyen entre les participantes vaccinées et non vaccinées a été réalisée à l'aide d'un test t de Student pour échantillons indépendants.

Afin d'identifier les facteurs indépendamment associés au statut vaccinal, une analyse multivariée a été réalisée à l'aide d'un modèle de régression logistique binaire. La variable dépendante était le statut vaccinal (codé 0 = non vaccinée, 1 = vaccinée). Les variables indépendantes incluses dans le modèle comprenaient les variables ayant montré une association en analyse bivariée (test du chi carré ou test t de Student), notamment les caractéristiques sociodémographiques, le suivi gynécologique, les facteurs liés à l'environnement familial et les perceptions issues des échelles de Likert. Les résultats de la régression sont présentés sous forme d'odds ratios (Exp(B)) avec leurs intervalles de confiance à 95 %. Le seuil de significativité statistique a été fixé à $p < 0,05$.

Pour les questions permettant plusieurs réponses, les réponses ont été recodées en conservant uniquement la première réponse mentionnée, considérée comme la réponse principale de la

[Tapez ici]

participante. Cette approche permet d'éviter la création d'un grand nombre de catégories à faible effectif.

10. Questionnaire : variables et justifications théoriques

Le questionnaire a été structuré autour de plusieurs catégories de variables, choisies en lien avec le cadre théorique sur les déterminants de la vaccination et la littératie en santé :

1. Consentement et critères d'inclusion : questions sur le consentement, le sexe et le lieu de résidence (Q1-Q3). Ces variables permettent de sélectionner les participantes éligibles et de respecter les exigences éthiques.
2. Variables sociodémographiques : âge, langue maternelle, niveau d'études, diplôme parental, lieu des études secondaires (Q4-Q8). Ces variables servent à caractériser l'échantillon et à contrôler d'éventuels facteurs confondants. Le niveau d'étude et la langue maternelle sont également liés à la littératie, puisqu'ils influencent la capacité à comprendre et utiliser l'information en santé.
3. Statut vaccinal et historique : âge de la première dose, complétude des doses, lieu de vaccination, suivi gynécologique, statut vaccinal des frères/sœurs (Q9-Q11, Q18-Q19). Ces variables mesurent le comportement cible (vaccination HPV) et permettent d'étudier ses déterminants dans le cadre théorique.
4. Motivations et freins à la vaccination : raisons de non-vaccination ou de vaccination, discussions avec les professionnels de santé, sources d'information et perception de ces informations (Q12-Q17, Q33-Q37). Ces variables explorent les déterminants psychosociaux et pratiques de la vaccination, et sont directement liées à la littératie en santé : elles évaluent l'accès à l'information, sa compréhension et son utilisation pour prendre une décision éclairée.
5. Perceptions et attitudes : importance du vaccin, confiance dans les vaccins et les professionnels de santé, crainte des effets secondaires, perception des informations disponibles, influence de l'entourage, intentions de vaccination (échelles Likert Q22-Q32). Ces mesures permettent d'évaluer les dimensions de littératie critique et fonctionnelle, ainsi que les croyances et attitudes influençant la décision vaccinale.
6. Connaissances sur le HPV et la vaccination : nouvelles questions évaluant la compréhension du HPV et de la protection conférée par le vaccin. Ces questions

[Tapez ici]

permettent de mesurer la littératie fonctionnelle des participantes, c'est-à-dire leur capacité à comprendre les informations de santé et à les utiliser pour prendre des décisions éclairées. (Q20-Q21).

7. Commentaire libre / expériences : questions ouvertes (Q38) recueillent des informations contextuelles supplémentaires et permettent de compléter l'analyse quantitative.

Chaque catégorie de variables a été choisie pour refléter les dimensions clés du cadre théorique et pour permettre l'analyse des liens entre littératie, perceptions, motivations et comportements de vaccination chez les jeunes femmes.

RESULTATS :

1) Description de l'échantillon :

Au total, 161 questionnaires complets ont été recueillis et inclus dans l'analyse. Bien que certaines participantes n'aient pas répondu à l'ensemble des questions, l'ensemble des questionnaires a été conservé dans les analyses afin de maximiser la taille de l'échantillon. Par conséquent, le nombre de réponses peut varier légèrement selon les questions en raison de données manquantes. Pour les questions permettant plusieurs réponses, les modalités ont été recodées pour l'analyse quantitative en conservant la première réponse sélectionnée, considérée comme la réponse principale de la participante. Ce choix méthodologique a été effectué afin de faciliter le traitement statistique des données.

Tableau 1 : Fréquence du statut vaccinal de l'échantillon (N = 161)

<i>Statut vaccinal</i>	<i>N (%)</i>
<i>Oui</i>	113 (70,2%)
<i>Non</i>	48 (29,8%)
<i>Total</i>	161 (100%)

Dans cet échantillon de 161 participantes, 113 (70,2%) déclarent être vaccinées contre le papillomavirus, tandis que 48 (29,8%) ne le sont pas. Parmi les participantes vaccinées, l'âge de vaccination a été analysé. Les valeurs inférieures à 8 ans ont été considérées comme aberrantes et exclues de l'analyse. Après exclusion de ces données (n = 15), l'âge moyen de vaccination est de 14,05 ans ($\pm 2,42$). Cette moyenne a été calculée sur 97 participantes. Les âges de vaccination observés varient entre 8 et 22 ans.

Tableau 2 : Caractéristiques démographiques et socio-économiques de l'échantillon (N = 161).

Annexe 4

	<i>Vaccinée</i>	<i>Non-vaccinée</i>	<i>Total</i>	<i>P-valeur</i>
<i>Lieu de résidence</i>				p = 0,011
<i>Bruxelles</i>	87 (77,0%)	45 (93,8%)	132 (82,0%)	
<i>Brabant wallon</i>	26 (23,0%)	3 (6,3%)	29 (18,0%)	
<i>Total</i>	113	48	161	
<i>Parcours scolaire en secondaire</i>				p = 0,020

[Tapez ici]

<i>Bruxelles</i>	79 (69,9%)	44 (91,7%)	123 (76,4%)
<i>Brabant wallon</i>	27 (23,9%)	2 (4,2%)	29 (18,0%)
<i>Hors Bruxelles et Brabant wallon</i>	6 (5,3%)	2 (4,2%)	8 (5,0%)
<i>Total</i>	113	48	161
<i>Langue maternelle</i>	p = 0,661		
<i>Français</i>	95 (84,1%)	39 (81,3%)	134 (83,2%)
<i>Autre</i>	18 (15,9%)	9 (18,8%)	27 (16,8%)
<i>Total</i>	113	48	161
<i>Niveau d'étude en cours ou diplômé</i>	p = 0,887		
<i>CESS</i>	18 (15,9%)	6 (12,5%)	24 (14,9%)
<i>Bachelier</i>	57 (50,4%)	26 (54,2%)	83 (51,6%)
<i>Master</i>	35 (31,0%)	14 (29,2%)	49 (30,4%)
<i>Autre</i>	3 (2,7%)	2 (4,2%)	5 (3,1%)
<i>Total</i>	113	48	161
<i>Niveau d'étude du parent</i>	p = 0,276		
<i>Primaire</i>	11 (9,7%)	7 (14,6%)	18 (11,2%)
<i>Secondaire</i>	36 (31,9%)	19 (39,6%)	55 (34,2%)
<i>Bachelier</i>	31 (27,4%)	13 (27,1%)	44 (27,3%)
<i>Master</i>	32 (28,3%)	7 (14,6%)	39 (24,2%)
<i>Doctorat</i>	3 (2,7%)	1 (2,1%)	4 (2,5%)
<i>Total</i>	113	48	161

Les participantes étaient majoritairement **résidentes** de Bruxelles (82,0 %), tant parmi les participantes vaccinées (77,0 %) que non vaccinées (93,8 %). Une proportion plus faible résidait dans le Brabant wallon (18,0 % au total) avec une majorité pour les vaccinées. Le test du chi carré de Pearson montre que **cette différence est statistiquement significative** ($\chi^2 = 6,41$; $p = 0,011$), indiquant une association entre le lieu de résidence et le statut vaccinal.

Concernant le **parcours scolaire en secondaire**, la majorité des participantes ont effectué leurs études à Bruxelles (76,4 %), avec une proportion plus élevée chez les participantes non vaccinées (91,7 %) que chez les participantes vaccinées (69,9 %). Le Brabant wallon

[Tapez ici]

représentait 18,0 % des parcours scolaires avec une majorité pour les vaccinées, tandis que 5,0 % des participantes ont été scolarisées en dehors de ces deux régions mais ont quand même été inclus dans l'analyse. Le test du chi carré de Pearson indique que cette association *est statistiquement significative* ($\chi^2 = 9,88$; $p = 0,020$).

La langue maternelle déclarée était principalement le français (83,2 %), sans différence notable entre les participantes vaccinées (84,1 %) et non vaccinées (81,3 %). Le test du chi carré de Pearson ne montre pas d'association statistiquement significative entre la langue maternelle et le statut vaccinal ($\chi^2 = 0,19$; $p = 0,661$).

En ce qui concerne **le niveau d'étude des participantes**, la majorité disposait d'un diplôme de l'enseignement supérieur. Plus précisément, 51,6 % des participantes avaient un niveau bachelier et 30,4 % un niveau master, tandis que 14,9 % avaient un niveau d'enseignement secondaire (CESS). La répartition entre participantes vaccinées et non vaccinées était globalement similaire, bien qu'une proportion légèrement plus élevée de participantes non vaccinées soit observée au niveau bachelier (54,2 %). Aucun commentaire n'a été enregistré pour les participantes ayant répondu autre (3,1%). Le test du chi carré de Pearson ne montre pas d'association statistiquement significative entre le niveau d'étude des participantes et le statut vaccinal ($\chi^2 = 0,64$; $p = 0,887$).

Enfin, **le niveau d'étude des parents** était également relativement élevé. La majorité des parents avaient un niveau secondaire (34,2 %), bachelier (27,3 %) ou master (24,2 %). Les niveaux primaire (11,2 %) et doctorat (2,5 %) étaient moins représentés. Cette distribution était globalement comparable entre les participantes vaccinées et non vaccinées, malgré une légère différence au niveau du master et du doctorat qui sont plus représentatifs chez les vaccinées. Le test du chi carré de Pearson ne montre pas d'association significative entre ces variables ($\chi^2 = 6,32$; $p = 0,276$).

Tableau 3 : Représentation de l'âge de l'échantillon ($N = 161$)

	Moyenne +/- DS
Age, en années	22,88 +/- 2,748

*1 valeurs manquantes (0,62%)

L'âge moyen des participantes est de 22,88 ans ($\pm 2,748$). Une valeur aberrante (âge = 0), correspondant probablement à une non-réponse ou à une erreur de saisie, a été identifiée et exclue de l'analyse afin de garantir la cohérence des résultats. Bien que les critères d'inclusion

[Tapez ici]

visaient des femmes âgées de 18 à 26 ans, quelques participantes ont déclaré un âge légèrement supérieur (jusqu'à 29 ans). Ces observations ont été maintenues dans l'analyse.

2) Caractéristiques des personnes vaccinées :

Tableau 4 : Fréquence des personnes vaccinées (N = 113)

<i>Variable</i>	<i>N (% du total de l'échantillon)</i>
<i>Nombre de doses reçues</i>	
<i>Toutes les doses recommandées</i>	97 (60,2%)
<i>Pas toutes les doses</i>	23 (14,3%)
<i>Je ne sais pas</i>	23 (14,3%)
<i>Lieu de vaccination</i>	
<i>Médecine scolaire</i>	68 (42,2%)
<i>Médecin traitant</i>	52 (32,3%)
<i>Dans un autre contexte</i>	6 (3,7%)

Les analyses suivantes concernent uniquement les participantes ayant déclaré être vaccinées contre le HPV. Le nombre de réponses peut varier légèrement selon les questions en raison de réponses manquantes ou d'une non-réponse à certains items du questionnaire. Les résultats sont présentés sous forme de fréquences et de pourcentages.

Parmi les participantes vaccinées, 97 (60,2 %) déclarent avoir reçu toutes les doses recommandées, tandis que 23 (14,3 %) indiquent ne pas avoir reçu l'ensemble des doses et 23 (14,3 %) déclarent ne pas savoir. Concernant le lieu de vaccination, la médecine scolaire est le contexte le plus fréquemment rapporté (68 participantes, 42,2 %), suivie du médecin traitant (52 participantes, 32,3 %). Un nombre plus limité de participantes (6, soit 3,7 %) indique avoir été vaccinées dans un autre contexte.

3) Motivations et freins à la vaccination :

Tableau 5 : Les raisons de la vaccination des personnes vaccinées (N = 161)

	<i>N (% du total de l'échantillon)</i>
<i>Recommandation d'un médecin/professionnel de santé</i>	71 (44,1%)
<i>Protection personnelle contre le cancer/HPV</i>	11 (6,8%)

[Tapez ici]

<i>Influence de la famille/amis</i>	7 (23,6%)
<i>Vaccination proposée dans le cadre scolaire (PSE/médecine scolaire)</i>	38 (23,6%)
<i>Autre :</i>	2 (1,2%)

Parmi les participantes vaccinées, la recommandation d'un médecin ou d'un professionnel de santé apparaît comme la raison la plus fréquemment rapportée pour la vaccination, mentionnée par 71 participantes (44,1 %). La vaccination proposée dans le cadre scolaire (PSE/médecine scolaire) constitue également un motif important, cité par 38 participantes (23,6 %).

L'influence de la famille ou des amis est rapportée par 7 participantes (4,3 %). La protection personnelle contre le cancer ou le HPV est mentionnée par 11 participantes (6,8 %). Enfin, un nombre très limité de participantes indique d'autres raisons pour expliquer leur vaccination (2 participantes, 1,2 %).

Tableau 6 : Les raisons de la non-vaccination des personnes non-vaccinées (N = 161)

	<i>N (% du total de l'échantillon)</i>
<i>Je ne savais pas que le vaccin existait</i>	11 (6,8%)
<i>Je pensais ne pas en avoir besoin (faible risque)</i>	9 (5,6%)
<i>J'avais des inquiétudes sur la sécurité/effets secondaires</i>	7 (4,3%)
<i>Raisons religieuses/convictions personnelles</i>	1 (0,6%)
<i>Le Covid-19 a eu un impact sur mon choix</i>	3 (1,9%)
<i>Influence de la famille/amis</i>	4 (2,5%)

Parmi les participantes non vaccinées, plusieurs raisons expliquant la non-vaccination ont été rapportées. La raison la plus fréquemment mentionnée est le fait de ne pas savoir que le vaccin existait, rapporté par 11 participantes (6,8 %). Certaines participantes indiquent également penser ne pas en avoir besoin en raison d'un risque perçu comme faible (9 participantes, 5,6 %).

Des inquiétudes concernant la sécurité ou les effets secondaires du vaccin sont mentionnées par 7 participantes (4,3 %). L'influence de la famille ou des amis est rapportée par 4 participantes (2,5 %), tandis que 3 participantes (1,9 %) déclarent que la pandémie de Covid-19 a influencé leur décision. Enfin, les raisons religieuses ou convictions personnelles sont mentionnées par 1 participante (0,6 %).

Tableau 7 : Fréquence du rôle des professionnels de santé et sources d'information perçues concernant la vaccination HPV selon le statut vaccination (N = 161)

[Tapez ici]

	<i>Vaccinée</i>	<i>Non vaccinée</i>	<i>Total</i>	<i>P-valeur</i>
<i>Discussion du vaccin avec un professionnel de santé</i>				p = 0,108
<i>Oui</i>	61 (54,0%)	18 (37,5%)	79 (49,1%)	
<i>Non</i>	43 (38,1%)	27 (56,3%)	70 (43,5%)	
<i>Je ne sais pas</i>	8 (7,1%)	3 (6,3%)	11 (6,8%)	
<i>Total</i>	112	48	160	
<i>Qui doit fournir les informations aux adolescents</i>				p = 0,807
<i>Les professionnels de santé</i>	97 (85,8%)	41 (85,4%)	138 (85,7%)	
<i>L'école (cours EVRAS)</i>	14 (12,4%)	7 (14,6%)	21 (13,0%)	
<i>Les parents</i>	1 (0,9%)	0 (0%)	1 (0,6%)	
<i>Les réseaux sociaux</i>	1 (0,9%)	0 (0%)	1 (0,6%)	
<i>Total</i>	113	48	161	
<i>Informations reçues pendant l'adolescence</i>				p = 0,350
<i>Oui, à l'école</i>	71 (62,8%)	27 (56,3%)	98 (60,9%)	
<i>Oui, par mon médecin</i>	14 (12,4%)	5 (10,4%)	19 (11,8%)	
<i>Oui, par des campagnes de santé publique ou les médias (TV, réseaux sociaux, affiches, ...)</i>	2 (1,8%)	4 (8,3%)	6 (3,7%)	
<i>Non</i>	18 (15,9%)	9 (18,8%)	27 (16,8%)	
<i>Je ne sais pas</i>	8 (7,1%)	3 (6,3%)	11 (6,8%)	
<i>Total</i>	113	48	161	
<i>Informations plutôt favorables ou défavorables</i>				p = 0,030
<i>Favorables à la vaccination</i>	86 (76,1%)	26 (54,2%)	112 (69,6%)	
<i>Défavorables à la vaccination</i>	1 (0,9%)	0 (0%)	1 (0,6%)	
<i>Partagées (avis contradictoires)</i>	10 (8,8%)	10 (20,8%)	20 (12,4%)	
<i>Je n'ai pas reçu d'information</i>	16 (14,2%)	12 (25,0%)	28 (17,4%)	
<i>Total</i>	113	48	161	
<i>Suivi par un(e) gynécologue</i>				p = 0,022

[Tapez ici]

<i>Oui</i>	80 (70,8%)	24 (50,0%)	104 (64,6%)
<i>Non</i>	31 (27,4%)	24 (50,0%)	55 (34,2%)
<i>Je ne suis pas sûre</i>	1 (0,9%)	0 (0%)	1 (0,6%)
<i>Total</i>	112	48	160
<i>Vaccination de la fratrie</i>	p < 0,001		
<i>Oui</i>	53 (46,9%)	8 (16,7%)	61 (37,9%)
<i>Non</i>	27 (23,9%)	26 (54,2%)	53 (32,9%)
<i>Je ne sais pas</i>	21 (18,6%)	12 (25,0%)	33 (20,5%)
<i>Total</i>	101	46	147

Parmi les participantes, une différence apparaît concernant **la discussion du vaccin avec un professionnel de santé**. En effet, 54,0 % des personnes vaccinées déclarent en avoir discuté, contre seulement 37,5 % des non vaccinées. À l'inverse, 56,3 % des non vaccinées rapportent ne pas avoir eu cette discussion, contre 38,1 % chez les vaccinées. La proportion de participantes ayant déjà discuté du vaccin contre le HPV avec un professionnel de santé ne différerait pas significativement selon le statut vaccinal ($\chi^2(2) = 4,45$; $p = 0,108$).

Concernant la question de qui doit **fournir les informations aux adolescentes**, une large majorité des participantes, indépendamment du statut vaccinal, identifie les professionnels de santé comme source principale (85,7 %). L'école (via les cours EVRAS) est citée dans une moindre mesure (13,0 %), tandis que les parents et les réseaux sociaux sont très peu mentionnés. La perception des personnes qui devraient principalement informer les adolescents au sujet du vaccin contre le HPV ne différerait pas significativement selon le statut vaccinal ($\chi^2(3) = 0,98$; $p = 0,807$).

En ce qui concerne **les sources d'information reçues durant l'adolescence**, la majorité des participantes déclarent avoir reçu des informations à l'école (60,9 %), avec une proportion légèrement plus élevée chez les vaccinées (62,8 %) que chez les non vaccinées (56,3 %). L'information transmise par le médecin reste limitée (11,8 %), tout comme celle provenant des campagnes de santé publique ou des médias (3,7 %). En revanche, 16,8 % des participantes déclarent ne pas avoir reçu d'information. Les sources d'information concernant le HPV et la vaccination pendant l'adolescence ne différerait pas significativement selon le statut vaccinal ($\chi^2(4) = 4,44$; $p = 0,350$).

[Tapez ici]

S'agissant **du type d'information reçue**, 69,6 % des participantes rapportent des informations favorables à la vaccination, avec une proportion plus élevée chez les vaccinées (76,1 %) que chez les non vaccinées (54,2 %). À l'inverse, les informations partagées ou contradictoires sont plus fréquentes chez les non vaccinées (20,8 %) que chez les vaccinées (8,8 %). De plus, une proportion non négligeable de participantes indique ne pas avoir reçu d'information (17,4 %), davantage chez les non vaccinées (25,0 %) que chez les vaccinées (14,2 %). Le type d'informations reçues concernant le vaccin contre le HPV *différait significativement selon le statut vaccinal* ($\chi^2(3) = 8,93$; $p = 0,030$).

Enfin, **le suivi par un(e) gynécologue** semble également différer selon le statut vaccinal : 70,8 % des participantes vaccinées déclarent être suivies, contre 50,0 % des non vaccinées. Le suivi par un(e) gynécologue *différait significativement selon le statut vaccinal* ($\chi^2(2) = 7,67$; $p = 0,022$).

Par ailleurs, **la vaccination au sein de la fratrie** apparaît plus fréquente chez les participantes vaccinées (46,9 %) que chez les non vaccinées (16,7 %). À l'inverse, l'absence de vaccination dans la fratrie est davantage rapportée chez les non vaccinées (54,2 %) que chez les vaccinées (23,9 %). La vaccination au sein de la fratrie était *significativement associée au statut vaccinal* des participantes ($\chi^2(2) = 17,55$; $p < 0,001$).

4) Échelle de Likert : perceptions et attitudes :

Une question de contrôle d'attention a été intégrée au questionnaire afin de vérifier la qualité des réponses. Les participantes étaient invitées à sélectionner la réponse « plutôt d'accord ». La grande majorité des participantes (93,2 %) a sélectionné la réponse attendue, ce qui suggère une bonne compréhension du questionnaire et une complétion attentive. Ces résultats indiquent que les participantes ont globalement répondu de manière attentive, ce qui renforce la fiabilité des données recueillies et la validité des analyses réalisées sur les items de l'échelle de Likert.

Tableau 8 : Score moyen de perception de l'importance du vaccin contre le HPV selon le statut vaccinal (N = 161). Annexe 2

	Vaccinée	Non-vaccinée	Total	P-valeur
<i>Je pense que le vaccin contre le HPV est important pour la santé des jeunes femmes :</i>	4,52 ± 0,906	3,54 ± 1,343	4,25	p < 0,001
<i>Total</i>	110	41	151	

[Tapez ici]

<i>Les vaccins en général sont sûrs :</i>	3,71 ± 0,906	3,43 ± 1,037	3,62	p = 0,091
<i>Total</i>	109	47	156	
<i>Je crains les effets secondaires du vaccin HPV :</i>	2,22 ± 1,144	3,16 ± 1,311	2,50	p < 0,001
<i>Total</i>	107	44	151	
<i>Je fais confiance aux recommandations donnés par les professionnels de santé concernant le HPV :</i>	4,17 ± 0,948	3,43 ± 1,229	3,94	p < 0,001
<i>Total</i>	109	47	156	
<i>Je pense que les informations disponibles sur le vaccin HPV sont suffisantes et fiables :</i>	3,42 ± 1,34	2,93 ± 1,033	3,27	p = 0,017
<i>Total</i>	101	43	144	
<i>Je pense que les risques lié au vaccin sont plus important que les bénéfices :</i>	2,13 ± 1,220	2,58 ± 1,138	2,27	p = 0,039
<i>Total</i>	100	45	145	
<i>Les personnes de mon entourage (famille/amis) seraient favorables à ce que je me fasse vacciner :</i>	4,17 ± 1,103	2,62 ± 1,435	3,70	p < 0,001
<i>Total</i>	103	45	148	
<i>Si mon médecin me recommandait fortement le vaccin HPV, il est probable que je me ferais vacciner (ou complétera mes doses) :</i>	4,43 ± 0,886	3,39 ± 1,358	4,11	p < 0,001
<i>Total</i>	105	46	151	
<i>Je pense que les autorités sanitaires (ex. SPF, autorités régionales) fournissent des informations impartiales sur la vaccination HPV :</i>	3,23 ± 0,985	2,84 ± 1,132	3,10	p = 0,043
<i>Total</i>	92	43	135	

[Tapez ici]

<i>Je fais confiance aux nouvelles technologies vaccinales :</i>	3,36 ± 1,128	2,85 ± 1,179	3,21	p = 0,011
<i>Total</i>	107	47	154	
<i>Je préférerais attendre de voir plus d'études/retours avant de me faire vacciner (ou de recommander le vaccin) :</i>	2,80 ± 1,218	3,61 ± 1,291	3,05	p < 0,001
<i>Total</i>	104	46	150	

L'analyse des différentes affirmations évaluées à l'aide d'échelles de Likert met en évidence des différences de perception selon le statut vaccinal.

Au seuil de 5 %, une différence statistiquement significative est observée concernant l'importance du vaccin contre le HPV. En effet, les participantes vaccinées présentent un score moyen plus élevé ($M = 4,52 \pm 0,91$) que les participantes non vaccinées ($M = 3,54 \pm 1,34$), avec une p-valeur inférieure à 0,001. Ce résultat suggère que les participantes vaccinées perçoivent davantage l'importance du vaccin.

De même, une différence significative est observée concernant la confiance envers les recommandations des professionnels de santé ($M = 4,17 \pm 0,95$ vs $3,43 \pm 1,23$; $p < 0,001$), indiquant une confiance plus élevée chez les participantes vaccinées.

À l'inverse, les participantes non vaccinées présentent des scores significativement plus élevés concernant les craintes liées aux effets secondaires du vaccin ($M = 3,16 \pm 1,31$ vs $2,22 \pm 1,14$; $p < 0,001$) ainsi que la perception des risques du vaccin par rapport à ses bénéfices ($M = 2,58 \pm 1,14$ vs $2,13 \pm 1,22$; $p = 0,039$), traduisant une perception plus négative du vaccin.

Concernant la perception de la sécurité des vaccins en général, aucune différence statistiquement significative n'est observée au seuil de 5 % ($p = 0,091$), suggérant que cette perception est globalement similaire entre les deux groupes.

Par ailleurs, une différence significative est observée en ce qui concerne le soutien de l'entourage, les participantes vaccinées rapportant un niveau de soutien plus élevé ($M = 4,17 \pm 1,10$ vs $2,62 \pm 1,44$; $p < 0,001$). De même, elles perçoivent les informations disponibles sur le HPV comme étant plus fiables ($M = 3,42 \pm 1,34$ vs $2,93 \pm 1,03$; $p = 0,017$).

[Tapez ici]

Enfin, les participantes non vaccinées se montrent significativement plus enclines à adopter une attitude attentiste vis-à-vis de la vaccination ($M = 3,61 \pm 1,29$ vs $2,80 \pm 1,22$; $p < 0,001$), traduisant une hésitation plus marquée.

Dans l'ensemble, ces résultats indiquent qu'au seuil de 5 %, plusieurs différences significatives existent entre les participantes vaccinées et non vaccinées, notamment en termes de perception du vaccin, de confiance et d'influence sociale.

5) Connaissances sur le HPV et la vaccination :

Les réponses aux questions de connaissance ont été recodées en une variable binaire distinguant les réponses correctes des réponses incorrectes. Les proportions de réponses correctes ont ensuite été comparées entre participantes vaccinées et non vaccinées à l'aide du test du chi carré.

Tableau 9 : Le HPV est un virus qui peut causer :

-cancer du col du l'utérus (réponse correcte)

-verrues génitales (réponse correcte)

-cancer du sein

-infection bénigne sans conséquence

-je ne sais pas

	<i>Réponse correcte</i>	<i>Réponse incorrecte</i>
<i>Vaccinée</i>	95 (84,1%)	18 (15,9%)
<i>Non-vaccinée</i>	36 (75%)	12 (25%)

Parmi les participantes vaccinées, 84,1 % ont donné une réponse correcte, contre 75 % parmi les participantes non vaccinées. La différence observée entre les deux groupes n'était pas statistiquement significative ($\chi^2 = 1,83$; $p = 0,176$).

Tableau 10 : Le vaccin contre le HPV protège principalement contre :

-les infections à HPV à haut risque liées au cancer (réponse correcte)

-toutes les infections sexuelles

-les IST bactériennes (ex.chlamydia)

[Tapez ici]

-Je ne sais pas

	<i>Réponse correcte</i>	<i>Réponse incorrecte</i>
<i>Vaccinée</i>	88 (77,9%)	25 (22,1%)
<i>Non-vaccinée</i>	31 (64,6%)	17 (35,4%)

Parmi les participantes vaccinées, 77,9 % ont donné une réponse correcte, contre 64,6 % parmi les participantes non vaccinées. La différence observée entre les deux groupes n'était pas statistiquement significative ($\chi^2 = 3,09$; $p = 0,079$).

Un score global de connaissance a été créé en additionnant les réponses correctes aux deux questions de connaissance (score allant de 0 à 2). Ce score a ensuite été comparé entre participantes vaccinées et non vaccinées. La moyenne a ensuite été calculée pour chaque groupe.

Tableau 11 : Score global de connaissance

	<i>N-Moyenne $\pm$ ET</i>
<i>Vaccinée</i>	113-1,65 $\pm$ 0,71
<i>Non-vaccinée</i>	48-1,41 $\pm$ 0,76

Le score moyen était légèrement plus élevé chez les participantes vaccinées (moyenne = 1,65 ; écart-type = 0,71) que chez les participantes non vaccinées (moyenne = 1,41 ; écart-type = 0,76). Cependant, cette différence n'est pas statistiquement significative ($t = -1,89$; $p = 0,061$).

Globalement, les participantes vaccinées semblaient présenter un niveau de connaissance légèrement supérieur à celui des participantes non vaccinées.

6) Obstacles et perspectives de la vaccination :

Tableau 12 : Fréquence des obstacles et perspectives de la vaccination

	<i>N (% du total de l'échantillon)</i>
<i>Difficultés d'accès au vaccin</i>	
<i>Oui</i>	12 (7,5%)
<i>Non</i>	137 (85,1%)
<i>Je ne sais pas</i>	10 (6,2%)
<i>Le coût en frein à la vaccination</i>	

[Tapez ici]

<i>Oui</i>	15 (9,3%)
<i>Non</i>	93 (57,8%)
<i>Le vaccin m'a été proposé gratuitement/remboursé</i>	51 (31,7%)
<i>Favorables à une vaccination de rattrapage dans les enseignements supérieurs</i>	
<i>Oui</i>	88 (54,7%)
<i>Non</i>	31 (19,3%)
<i>Peut-être</i>	36 (22,4%)
<i>Si non-vaccinée, l'intention dans les 12 prochains mois</i>	
<i>Je compte me faire vacciner</i>	13 (8,1%)
<i>Je ne compte pas me faire vacciner</i>	27 (16,8%)
<i>Je ne sais pas/indécise</i>	34 (21,1%)
<i>Motivation à se faire vacciner</i>	
<i>Recommandation d'un médecin</i>	103 (64%)
<i>Preuve d'innocuité/études supplémentaires</i>	19 (11,8%)
<i>Vaccination gratuite/remboursée</i>	13 (8,1%)
<i>Campagnes d'informations ciblées</i>	3 (1,9%)
<i>Témoignages de personnes proches</i>	4 (2,5%)
<i>1 dose unique de vaccination</i>	2 (1,2%)

Concernant **les difficultés d'accès au vaccin contre le HPV**, 12 participantes (7,5 %) déclarent avoir rencontré des difficultés pratiques pour accéder à la vaccination, telles que des contraintes de coût, de disponibilité ou de rendez-vous. La grande majorité des participantes (137 ; 85,1 %) indique ne pas avoir rencontré de difficultés d'accès, tandis que 10 participantes (6,2 %) déclarent ne pas savoir.

En ce qui concerne **le coût du vaccin**, 15 participantes (9,3 %) considèrent qu'il constitue un frein à la vaccination. À l'inverse, 93 participantes (57,8 %) déclarent que le coût ne représente pas un obstacle. Par ailleurs, 51 participantes (31,7 %) indiquent que le vaccin leur a été proposé gratuitement ou remboursé.

Concernant la mise en place d'une **offre de vaccination de rattrapage dans les établissements d'enseignement** supérieur de Bruxelles et du Brabant wallon, 88 participantes (54,7 %) se

[Tapez ici]

déclarent favorables à cette mesure. 31 participantes (19,3 %) s'y opposent, tandis que 36 participantes (22,4 %) se déclarent indécises.

Parmi les **participantes non vaccinées**, 13 (8,1 %) déclarent avoir **l'intention de se faire vacciner dans les 12 prochains mois**. À l'inverse, 27 participantes (16,8 %) indiquent ne pas avoir l'intention de se faire vacciner et 34 participantes (21,1 %) se déclarent indécises.

Enfin, plusieurs **facteurs susceptibles d'encourager la vaccination ont été rapportés**. Le facteur le plus fréquemment mentionné est la recommandation d'un médecin (103 participantes ; 64 %). D'autres éléments sont également évoqués, notamment la preuve supplémentaire de l'innocuité du vaccin (19 ; 11,8 %), la vaccination gratuite ou remboursée (13 ; 8,1 %), les campagnes d'information ciblées (3 ; 1,9 %), les témoignages de personnes proches (4 ; 2,5 %) ou encore la possibilité d'une vaccination en une seule dose (2 ; 1,2 %).

7) Régression binaire logistique multivariée :

Enfin, nous avons voulu exploré un modèle multivariée, afin d'identifier les facteurs indépendamment associées au statut vaccinal et de contrôler les effets de confusions. Cependant, après procédure de sélection des variables, seule la variable liée à l'influence de l'entourage est restée significativement associée au statut vaccinal.

Tableau 13 : Modèle de régression binaire logistique multivariée selon le statut vaccinal. Annexe 3.

Variables de l'équation

	B	E.S	Sig	Exp(B)
<i>Les personnes de mon entourage (famille/amis) seraient favorables à ce que je me fasse vacciner</i>	1,074	0,209	<0,001	2,928

Variables absentes de l'équation	Score	Sig
<i>Quel est votre âge ?</i>	0,214	0,644
<i>Résidez-vous Bruxelles ou Brabant wallon actuellement ?</i>	1,548	0,213
<i>Pourriez-vous détailler votre parcours scolaire en secondaire ?</i>	0,068	0,794

[Tapez ici]

<i>Les informations que vous avez reçues sur le vaccin HPV étaient plutôt</i>	1,184	0,277
<i>Avez-vous déjà été suivi par un(e) gynécologue ?</i>	2,924	0,087
<i>Si vous avez des frères et/ou sœurs sont-ils.elles vacciné(e)s contre le HPV ?</i>	0,001	0,971
<i>Je pense que le vaccin contre le HPV est important pour la santé des jeunes femmes :</i>	1,143	0,285
<i>Je crains les effets secondaires du vaccin HPV</i>	1,912	0,167
<i>Je fais confiance aux recommandations donnés par les professionnels de santé concernant le HPV :</i>	0,670	0,413
<i>Je pense que les informations disponibles sur le vaccin HPV sont suffisantes et fiables :</i>	0,012	0,912
<i>Je pense que les risques lié au vaccin sont plus important que les bénéfices :</i>	0,049	0,824
<i>Si mon médecin me recommandait fortement le vaccin HPV, il est probable que je me ferais vacciner (ou compléterais mes doses) :</i>	0,040	0,841
<i>Je pense que les autorités sanitaires (ex. SPF, autorités régionales) fournissent des informations impartiales sur la vaccination HPV :</i>	0,505	0,477
<i>Je fais confiance aux nouvelles technologies vaccinales :</i>	1,865	0,172
<i>Je préférerais attendre de voir plus d'études/retours avant de me faire vacciner (ou de recommander le vaccin) :</i>	0,116	0,733

Seule une variable est significative, mais nous devons souligner que 61 observations ont été exclues (38% du total) en raison de valeurs manquantes. L'échantillon sur lequel a été effectuée la modélisation multivariée est donc très différent de l'échantillon de départ (N=161). Le résultat obtenu ici confirme l'importance de l'influence de l'entourage mais n'apporte pas d'informations particulièrement utiles.

DISCUSSION :

Rappel de l'objectif de l'étude

L'objectif de cette étude était d'identifier les obstacles et les leviers perçus par les jeunes femmes de 18 à 26 ans concernant la vaccination contre le papillomavirus (HPV), et d'examiner dans quelle mesure ces perceptions varient selon leur statut vaccinal. Les résultats montrent que près de sept participantes sur dix déclarent être vaccinées contre le HPV dans l'échantillon étudié. Ce taux apparaît relativement élevé comparé à certaines estimations disponibles pour la Fédération Wallonie-Bruxelles, bien que les comparaisons directes soient limitées en raison de différences méthodologiques et d'âge des populations étudiées.

Les analyses mettent en évidence que plusieurs attitudes et perceptions sont significativement associées au statut vaccinal. Les participantes vaccinées présentent notamment une perception plus positive de l'importance du vaccin pour la santé, une confiance plus élevée dans les recommandations des professionnels de santé et une moindre crainte des effets secondaires. À l'inverse, les participantes non vaccinées expriment plus fréquemment des inquiétudes concernant les effets secondaires, une position plus neutre vis-à-vis de la vaccination et une plus grande hésitation quant à la nécessité du vaccin.

Ces résultats suggèrent que la décision de vaccination ne dépend pas uniquement de facteurs individuels ou médicaux, mais s'inscrit dans un ensemble de perceptions, de croyances et d'influences sociales qui peuvent orienter l'adhésion ou la réticence à la vaccination.

Perception de l'importance du vaccin HPV

Les résultats de cette étude montrent que les participantes vaccinées attribuent une importance significativement plus élevée au vaccin contre le HPV que les participantes non vaccinées. En effet, l'analyse des scores moyens issus de l'échelle de Likert indique une moyenne plus élevée chez les participantes vaccinées ($M = 4,52 \pm 0,91$) que chez les participantes non vaccinées ($M = 3,02 \pm 1,34$), traduisant une perception plus favorable de l'utilité du vaccin pour la santé des jeunes femmes.

Cette différence suggère que la perception de l'importance du vaccin constitue un facteur clé dans la décision vaccinale. Les participantes vaccinées semblent davantage convaincues du rôle

[Tapez ici]

protecteur du vaccin, tandis que les participantes non vaccinées présentent une perception plus modérée, voire plus hésitante.

Ce résultat est cohérent avec la littérature scientifique, qui souligne que la perception de la gravité de la maladie et de l'utilité du vaccin influence fortement les comportements de vaccination (Brewer et al., 2007). Dans le modèle des « 3C » de l'OMS, cette dimension renvoie notamment au concept de complaisance, qui correspond à une faible perception du risque de la maladie et de la nécessité de la vaccination (WHO SAGE, 2014). Ainsi, lorsque les individus perçoivent la maladie comme peu menaçante ou considèrent que le vaccin n'est pas essentiel, ils sont moins disposés à adopter un comportement vaccinal.

Crainte des effets secondaires

La crainte des effets secondaires apparaît également comme un facteur associé au statut vaccinal. L'analyse des scores moyens issus de l'échelle de Likert montre que les participantes non vaccinées présentent un niveau d'inquiétude plus élevé concernant les effets secondaires du vaccin contre le HPV que les participantes vaccinées. À l'inverse, les participantes vaccinées expriment globalement un niveau de crainte plus faible.

Cette différence suggère que la perception de la sécurité du vaccin constitue un déterminant important de la décision vaccinale. Les participantes non vaccinées semblent accorder davantage d'importance aux risques potentiels du vaccin, ce qui peut contribuer à leur réticence.

Ce constat est renforcé par les résultats relatifs aux motivations à la vaccination, où 11,8 % des participantes indiquent que la disponibilité de preuves d'innocuité ou d'études scientifiques supplémentaires constituerait un facteur facilitateur de la vaccination. Ce besoin de réassurance souligne que l'hésitation vaccinale ne repose pas nécessairement sur un rejet du vaccin, mais plutôt sur un manque de confiance ou un besoin d'informations jugées suffisantes et fiables concernant sa sécurité.

Ce résultat est cohérent avec la littérature scientifique, qui identifie la sécurité perçue des vaccins comme un déterminant majeur de l'acceptation vaccinale (Dubé et al., 2013). Les inquiétudes liées aux effets secondaires sont particulièrement fréquentes dans le contexte de la vaccination contre le HPV, qui a fait l'objet de controverses médiatiques dans plusieurs pays (Larson et al., 2014).

Cependant, les données scientifiques disponibles montrent que le vaccin contre le HPV présente un excellent profil de sécurité. Les effets secondaires rapportés sont généralement bénins et

[Tapez ici]

transitoires, tels que des douleurs au point d'injection ou une légère fièvre, et les études de pharmacovigilance n'ont pas mis en évidence d'association avec des effets indésirables graves (WHO, 2017).

Malgré ces données rassurantes, la perception du risque peut être influencée par la circulation d'informations erronées, notamment via internet et les réseaux sociaux. La diffusion de témoignages isolés ou de rumeurs peut renforcer la méfiance et contribuer à l'hésitation vaccinale (Wilson et al., 2020). Dans ce contexte, la communication scientifique et l'éducation pour la santé jouent un rôle essentiel pour corriger les idées reçues et améliorer la confiance envers les vaccins.

Rôle des professionnels de santé

Les résultats de cette étude mettent en évidence le rôle central des professionnels de santé dans la décision vaccinale contre le HPV. D'une part, les participantes vaccinées présentent un niveau de confiance plus élevé envers les recommandations des professionnels de santé que les participantes non vaccinées. D'autre part, la recommandation d'un médecin ou d'un professionnel de santé apparaît comme la principale motivation évoquée pour se faire vacciner, 64 % des participantes indiquant qu'une recommandation médicale constituerait un facteur indicatif. De plus, les participantes vaccinées déclarent plus fréquemment avoir discuté du vaccin avec un professionnel de santé que les participantes non vaccinées, ce qui renforce l'hypothèse selon laquelle l'échange avec un soignant constitue un levier important d'adhésion vaccinale.

Cette observation est également cohérente avec les résultats relatifs aux sources d'information. En effet, une large majorité des participantes estime que les professionnels de santé sont les mieux placés pour fournir des informations aux adolescentes concernant la vaccination contre le HPV (85,7 %), loin devant l'école, les parents ou les réseaux sociaux. Pourtant, dans les faits, les informations reçues durant l'adolescence proviennent principalement de l'école, tandis que l'information transmise par le médecin reste relativement limitée. Ce décalage entre la source jugée la plus légitime et la source effectivement mobilisée suggère qu'il existe un potentiel insuffisamment exploité dans la communication médicale autour de la vaccination HPV.

Par ailleurs, les participantes vaccinées rapportent plus souvent avoir reçu des informations favorables à la vaccination, alors que les participantes non vaccinées déclarent davantage avoir reçu des informations contradictoires ou ne pas avoir reçu d'information du tout. Ces résultats suggèrent que la qualité, la clarté et la cohérence des messages reçus jouent un rôle important

[Tapez ici]

dans l'adhésion vaccinale. Le type d'informations reçues semble influencer le statut vaccinal en analyse bivariable, mais cette association disparaît après ajustement. Cela suggère que l'effet de l'information pourrait être influencé par d'autres facteurs, tels que le contact avec les professionnels de santé.

Le suivi gynécologique, plus fréquent chez les participantes vaccinées, pourrait également favoriser davantage d'opportunités d'échange et d'information autour du vaccin. Il apparaît comme le seul facteur significativement associé au statut vaccinal dans l'analyse multivariée. Ce résultat souligne le rôle central du contact avec les professionnels de santé dans la décision vaccinale.

Ces résultats sont cohérents avec la littérature scientifique, qui identifie la recommandation d'un professionnel de santé comme l'un des déterminants les plus influents de l'acceptation vaccinale (Brewer et al., 2017). Les professionnels de santé sont généralement perçus comme des sources d'information fiables et crédibles, particulièrement lorsqu'il s'agit d'un vaccin comme celui contre le HPV, parfois entouré d'incertitudes ou de controverses dans l'espace public. Cependant, certaines études montrent que les soignants peuvent rencontrer des difficultés à aborder la vaccination avec leurs patientes, notamment en raison du manque de temps, de la complexité des données scientifiques ou de la crainte de susciter des réactions négatives (Dubé et al., 2013). Dans ce contexte, renforcer la formation et les outils de communication à destination des professionnels de santé pourrait constituer une piste importante pour améliorer la couverture vaccinale contre le HPV.

Caractéristiques du parcours vaccinal

Les résultats descriptifs concernant les participantes vaccinées permettent également de mieux comprendre les modalités concrètes de la vaccination contre le HPV. Dans cette étude, une majorité des participantes vaccinées déclarent avoir reçu toutes les doses recommandées (60,2 %), bien qu'une proportion non négligeable indique ne pas avoir complété le schéma vaccinal (14,3 %) ou ne pas savoir (14,3 %). Ce résultat suggère que, même parmi les personnes vaccinées, l'adhésion complète au schéma vaccinal n'est pas systématique, ce qui peut avoir un impact sur l'efficacité optimale de la vaccination.

Par ailleurs, la vaccination a été réalisée principalement dans le cadre scolaire (42,2 %) ou via le médecin traitant (32,3 %), ce qui met en évidence le rôle central des structures institutionnelles et des professionnels de santé dans l'accès au vaccin. Le recours relativement fréquent à la médecine scolaire souligne l'importance des programmes de vaccination organisés

[Tapez ici]

à l'école, qui facilitent l'accès à la vaccination chez les adolescentes et contribuent à améliorer la couverture vaccinale.

Ces résultats sont cohérents avec la littérature, qui montre que les stratégies de vaccination en milieu scolaire constituent un levier efficace pour augmenter l'adhésion vaccinale, notamment en réduisant les barrières logistiques et organisationnelles (Conseil Supérieur de la Santé, 2017).

Raison de la vaccination vs la non vaccination

Dans cette étude, les facteurs influençant la décision vaccinale apparaissent contrastés entre les participantes vaccinées et non vaccinées.

D'une part, la recommandation d'un professionnel de santé constitue la principale motivation rapportée chez les participantes vaccinées. Ce résultat est cohérent avec la littérature, qui identifie la recommandation médicale comme l'un des déterminants les plus importants de l'acceptation vaccinale (World Health Organization, 2019). À l'inverse, chez les participantes non vaccinées, un manque d'information concernant l'existence du vaccin a été fréquemment rapporté, suggérant un déficit d'accès ou de transmission de l'information.

Par ailleurs, la vaccination proposée dans le cadre scolaire apparaît comme un levier facilitateur important chez les participantes vaccinées. En contraste, certaines participantes non vaccinées évoquent une perception d'un faible risque personnel, ce qui peut réduire la perception de l'utilité du vaccin. Cette opposition entre accessibilité facilitée et faible perception du risque est également décrite dans la littérature comme un déterminant clé de l'hésitation vaccinale. (Karafillakis et al., 2021)

Les inquiétudes liées à la sécurité et aux effets secondaires du vaccin sont principalement exprimées par les participantes non vaccinées, tandis que ces préoccupations sont peu présentes chez les participantes vaccinées. Ce contraste suggère que la perception du risque vaccinal joue un rôle central dans la décision de vaccination.

Enfin, l'influence de l'entourage apparaît dans les deux groupes, mais de manière différente. Chez les participantes vaccinées, l'entourage semble agir comme un facteur de soutien à la vaccination, tandis que chez les participantes non vaccinées, il peut contribuer à renforcer l'hésitation ou l'indécision. Ces résultats confirment l'importance du contexte social dans les comportements de santé.

Dans une moindre mesure, la pandémie de COVID-19 a été mentionnée comme facteur influençant la non-vaccination. Dans cette étude, les facteurs influençant la décision vaccinale

[Tapez ici]

apparaissent contrastés entre les participantes vaccinées et non vaccinées. Bien que cette proportion soit faible dans notre échantillon, ce résultat rejoint certaines observations de la littérature montrant que la pandémie a contribué à modifier les perceptions de la vaccination et la confiance envers les vaccins dans certains contextes (World Health Organization, 2019). La pandémie de COVID-19 a en effet entraîné une forte médiatisation des questions liées à la vaccination, ce qui a pu renforcer les débats publics autour de la sécurité et de l'efficacité des vaccins. Toutefois, dans notre étude, cet élément semble rester un facteur secondaire dans les raisons évoquées pour expliquer la non-vaccination contre le HPV.

Influence de l'entourage

L'influence de l'entourage apparaît comme un facteur important dans la décision vaccinale contre le HPV. Les participantes vaccinées déclarent plus fréquemment que leur famille ou leurs amis seraient favorables à leur vaccination, tandis que les participantes non vaccinées expriment davantage de désaccord ou d'incertitude. Cette tendance se reflète également dans les scores moyens issus de l'échelle de Likert, qui montrent un niveau d'accord globalement plus élevé chez les participantes vaccinées que chez les non vaccinées, suggérant une perception plus favorable du soutien de l'entourage.

Ces résultats sont renforcés par d'autres observations de l'étude. En effet, la vaccination au sein de la fratrie est plus fréquente chez les participantes vaccinées, alors que l'absence de vaccination dans l'entourage familial est davantage rapportée chez les participantes non vaccinées. Cela suggère que l'exposition à des comportements favorables à la vaccination dans l'environnement proche peut influencer positivement la décision individuelle. L'association observée entre la vaccination au sein de la fratrie et le statut vaccinal met en évidence l'importance des normes sociales et familiales. Toutefois, cette association ne reste pas significative après ajustement, suggérant que cet effet pourrait être indirect.

Par ailleurs, les participantes vaccinées rapportent plus souvent avoir reçu des informations favorables à la vaccination, tandis que les participantes non vaccinées déclarent davantage avoir été exposées à des informations contradictoires ou à une absence d'information. Ce résultat indique que l'entourage ne se limite pas à un rôle de soutien direct, mais participe également à la diffusion de normes, de croyances et d'informations qui peuvent orienter la perception du vaccin.

Ces observations s'inscrivent dans une perspective sociologique de la santé, selon laquelle les comportements de prévention sont fortement influencés par les normes sociales et les

[Tapez ici]

interactions avec l'entourage. Les décisions liées à la santé ne sont pas uniquement individuelles, mais s'inscrivent dans un contexte social où les opinions des proches jouent un rôle déterminant.

Dans le cas de la vaccination contre le HPV, la littérature a largement montré que les parents, les amis et les partenaires peuvent influencer la décision de se faire vacciner (Katz et al., 2013). Lorsque la vaccination est perçue comme une norme sociale positive au sein de l'entourage, les individus sont plus susceptibles d'y adhérer. À l'inverse, un environnement marqué par l'incertitude ou des discours contradictoires peut favoriser l'hésitation vaccinale.

Niveau de connaissance sur le HPV

Dans cette étude, les participantes vaccinées présentent un niveau de connaissance légèrement supérieur à celui des participantes non vaccinées, bien que cette différence ne soit pas statistiquement significative. Ce résultat suggère que les connaissances sur le HPV et la vaccination ne constituent pas nécessairement le principal déterminant de la décision vaccinale. Bien que l'information et la compréhension des enjeux de santé soient importantes, elles ne suffisent pas toujours à modifier les comportements.

Ce constat peut toutefois être mis en perspective avec les caractéristiques de l'échantillon. En effet, le niveau d'éducation des participantes apparaît globalement élevé, avec une majorité disposant d'un diplôme de l'enseignement supérieur. De même, le niveau d'éducation parental est également relativement élevé. Ce profil pourrait avoir contribué à un niveau de connaissance globalement satisfaisant dans l'ensemble de l'échantillon, limitant ainsi les différences observées entre participantes vaccinées et non vaccinées.

La littérature montre en effet que le niveau d'éducation est généralement associé à une meilleure compréhension des enjeux de santé, à un accès facilité à l'information et à une plus grande capacité à interpréter les messages de prévention (Betsch et al., 2015). Dans ce contexte, le niveau de connaissance relativement homogène observé dans cette étude pourrait refléter cette caractéristique de l'échantillon.

Cependant, malgré ce niveau de connaissance globalement satisfaisant, certaines participantes restent non vaccinées, ce qui suggère que d'autres facteurs, tels que les perceptions, les croyances ou les influences sociales, jouent un rôle plus déterminant dans la décision vaccinale. Ce résultat rejoint les travaux montrant que les attitudes et les émotions peuvent parfois avoir un impact plus important que les connaissances factuelles dans les comportements de santé.

[Tapez ici]

Enfin, cette surreprésentation de participantes ayant un niveau d'éducation élevé constitue une limite à la généralisation des résultats à l'ensemble de la population des jeunes femmes en Belgique. Les déterminants de la vaccination pourraient différer dans des populations présentant un niveau d'éducation plus faible, notamment en raison d'un accès plus limité à l'information ou de différences dans la perception des risques.

La littératie en santé

Les résultats peuvent également être interprétés à travers la notion de littératie en santé. Bien que les participantes vaccinées présentent un score de connaissance légèrement supérieur à celui des non-vaccinées, cette différence n'est pas statistiquement significative. Cela suggère que la connaissance, à elle seule, n'explique pas entièrement la décision vaccinale. En revanche, la manière dont les informations sont reçues, comprises et intégrées semble jouer un rôle plus important. Le fait qu'une majorité des participantes rapporte avoir reçu des informations favorables, mais qu'une proportion non négligeable mentionne des informations contradictoires, met en évidence l'importance non seulement de l'accès à l'information, mais aussi de la capacité à l'évaluer de manière critique. Dans cette perspective, l'amélioration de la littératie en santé pourrait constituer un levier pertinent pour renforcer l'adhésion à la vaccination HPV.

Facteurs sociodémographiques (région, parcours scolaire, langue)

Les résultats de cette étude suggèrent également l'existence de différences selon certains facteurs sociodémographiques, notamment la région de résidence, le parcours scolaire en secondaire et la langue maternelle.

En effet, une proportion plus élevée de participantes non vaccinées réside à Bruxelles (93,8 %) comparativement aux participantes vaccinées (77,0 %), tandis que les participantes originaires du Brabant wallon sont davantage représentées parmi les vaccinées. Des tendances similaires sont observées en ce qui concerne le parcours scolaire en secondaire, avec une proportion plus importante de participantes non vaccinées ayant effectué leur scolarité à Bruxelles. Malgré qu'une association ait été observée en analyse bivariée entre le lieu de résidence et le statut vaccinal, cette association ne persiste pas après ajustement dans le modèle multivarié.

Ces résultats pourraient refléter des inégalités territoriales en matière d'accès à l'information, d'exposition aux campagnes de prévention ou encore d'organisation des programmes de vaccination scolaire. En Belgique, bien que la vaccination soit largement accessible, des

[Tapez ici]

disparités régionales peuvent persister en fonction des contextes socio-économiques, culturels et institutionnels (CSS, 2017 ; Sciensano, 2023).

Par ailleurs, des différences sont également observées selon la langue maternelle, les participantes francophones étant majoritaires dans les deux groupes, mais avec une légère variation entre vaccinées et non vaccinées. Ce résultat pourrait suggérer que les facteurs culturels et linguistiques influencent, dans une certaine mesure, l'accès à l'information et la compréhension des messages de santé. La littérature souligne en effet que les barrières linguistiques peuvent constituer un frein à l'accès à l'information de qualité et influencer les comportements de prévention (Dubé et al., 2013).

Toutefois, ces résultats doivent être interprétés avec prudence, compte tenu de la taille limitée de l'échantillon. Néanmoins, ils mettent en évidence l'importance de prendre en compte les contextes socio-territoriaux et culturels dans les stratégies de promotion de la vaccination contre le HPV.

Accessibilité et facteurs structurels

Les résultats de cette étude indiquent que les difficultés d'accès à la vaccination contre le HPV apparaissent relativement limitées. En effet, seule une minorité de participantes (7,5 %) rapporte avoir rencontré des obstacles pratiques, tandis qu'une large majorité (85,1 %) déclare ne pas avoir rencontré de difficultés d'accès.

Ce constat peut s'expliquer par l'organisation du système de santé en Belgique, notamment par l'existence de programmes de vaccination scolaire qui facilitent l'accès au vaccin dès l'adolescence. Dans ce contexte, la vaccination proposée à l'école constitue un levier important pour réduire les barrières structurelles, comme cela a été mis en évidence dans la littérature (Conseil Supérieur de la Santé, 2017).

Toutefois, certains freins persistent. Le coût du vaccin est ainsi mentionné par 9,3 % des participantes comme un obstacle potentiel, en particulier lorsque la vaccination est réalisée en dehors du cadre scolaire ou après l'âge de 18 ans. Ce résultat met en évidence l'importance de maintenir des politiques de remboursement et des dispositifs favorisant l'accessibilité financière afin de limiter les inégalités d'accès à la vaccination.

Par ailleurs, le fait que 31,7 % des participantes indiquent que le vaccin leur a été proposé gratuitement ou remboursé souligne le rôle central des politiques publiques dans la promotion de la vaccination. Ces résultats suggèrent que, dans un contexte où l'accessibilité structurelle

[Tapez ici]

est globalement assurée, les déterminants de la vaccination reposent davantage sur des facteurs individuels, cognitifs et sociaux que sur des barrières matérielles.

Les participantes de cette étude rapportent relativement peu de difficultés d'accès à la vaccination. La majorité d'entre elles déclare ne pas avoir rencontré d'obstacles pratiques pour se faire vacciner. Ce résultat peut s'expliquer par l'existence du programme de vaccination scolaire en Belgique, qui facilite l'accès au vaccin pour les adolescents. La vaccination proposée dans le cadre scolaire apparaît d'ailleurs comme l'un des motifs fréquemment évoqués pour expliquer la vaccination.

Cependant, certaines participantes mentionnent tout de même le coût du vaccin comme un frein potentiel, notamment lorsque la vaccination est réalisée après l'âge de 18 ans. Ce résultat souligne l'importance de maintenir des politiques de remboursement et des programmes de vaccination accessibles afin de réduire les inégalités d'accès à la prévention.

Implications pour la santé publique

Les résultats de cette étude mettent en évidence plusieurs pistes d'action pour améliorer la couverture vaccinale contre le HPV chez les jeunes femmes.

Tout d'abord, renforcer la communication autour de la sécurité du vaccin pourrait contribuer à réduire les inquiétudes liées aux effets secondaires. Les campagnes d'information devraient s'appuyer sur des données scientifiques claires et accessibles, tout en tenant compte des préoccupations exprimées par la population.

Ensuite, le rôle central des professionnels de santé souligne l'importance de soutenir ces acteurs dans la promotion de la vaccination. Des formations spécifiques et des outils de communication adaptés pourraient aider les professionnels à aborder plus efficacement la question de la vaccination avec leurs patients.

Enfin, l'influence de l'entourage suggère que les stratégies de prévention devraient également cibler les réseaux sociaux et les communautés, afin de promouvoir des normes sociales favorables à la vaccination.

Les résultats de cette étude peuvent aussi être interprétés à travers le modèle des « 3C » de l'hésitation vaccinale proposé par le groupe SAGE de l'Organisation mondiale de la santé, qui identifie trois dimensions principales influençant la vaccination : la confiance (confidence), la complaisance (complacency) et la commodité (convenience).

[Tapez ici]

La dimension de confiance apparaît particulièrement importante dans cette étude. Les participantes vaccinées expriment davantage de confiance dans les recommandations des professionnels de santé, tandis que les participantes non vaccinées manifestent plus fréquemment des inquiétudes concernant les effets secondaires du vaccin. Ces résultats confirment que la confiance envers les institutions de santé et les professionnels constitue un déterminant essentiel de l'adhésion à la vaccination.

La complaisance, qui correspond à une perception faible du risque lié à la maladie, est également observable dans les résultats. Certaines participantes non vaccinées indiquent en effet qu'elles pensaient ne pas avoir besoin du vaccin, estimant leur risque d'infection comme faible. Ce phénomène peut être lié à une méconnaissance du papillomavirus et de ses conséquences potentielles. Bien que le HPV soit l'une des infections sexuellement transmissibles les plus fréquentes, ses risques restent parfois sous-estimés par la population.

Enfin, la dimension de commodité semble moins déterminante dans l'échantillon étudié. La majorité des participantes indique ne pas avoir rencontré de difficultés d'accès à la vaccination, et seules quelques participantes considèrent le coût du vaccin comme un frein. Cela suggère que dans cette population, les barrières à la vaccination relèvent davantage de facteurs perceptifs et informationnels que d'obstacles logistiques.

Ainsi, l'interprétation des résultats à travers le modèle des 3C montre que l'hésitation vaccinale observée dans cette étude semble principalement liée à la confiance et à la perception du risque, plutôt qu'à l'accessibilité du vaccin.

Forces et limites de l'étude

Cette étude présente plusieurs forces. Tout d'abord, elle permet d'explorer les perceptions et attitudes des jeunes femmes concernant la vaccination HPV dans un contexte spécifique, celui de Bruxelles et du Brabant wallon. Le questionnaire utilisé a été élaboré à partir de la littérature scientifique existante et a permis d'examiner différentes dimensions liées à l'hésitation vaccinale. Par ailleurs, l'approche quantitative adoptée a aussi permis une analyse comparative entre participantes vaccinées et non vaccinées, apportant ainsi une meilleure compréhension des facteurs associés à la décision vaccinale.

Cependant, certaines limites doivent être prises en compte dans l'interprétation des résultats. L'échantillon a été constitué par convenance, ce qui peut introduire un biais de sélection et limiter la généralisation des résultats à l'ensemble de la population. Par ailleurs, les données

[Tapez ici]

recueillies reposent sur des déclarations des participantes, ce qui peut entraîner un biais de mémoire ou un biais de désirabilité sociale. Ce biais de mémoire peut être accentué par le fait que la vaccination contre le HPV a souvent été réalisée plusieurs années auparavant (parfois 8 à 10 ans), ce qui peut affecter la précision des souvenirs des participantes concernant les circonstances de la vaccination, les informations reçues ou leurs perceptions à ce moment-là.

La diffusion du questionnaire principalement auprès d'étudiantes peut aussi avoir conduit à une surreprésentation de participantes ayant un niveau d'éducation relativement élevé et une proportion importante de participantes vaccinées, ce qui peut influencer les résultats observés. De plus, la taille de l'échantillon ($N = 161$) reste relativement modeste, ce qui peut limiter la puissance statistique et expliquer l'absence de différence statistiquement significatives pour certaines analyses.

Par ailleurs, l'échantillon de cette étude ne peut être considéré comme représentatif de l'ensemble des jeunes femmes de Bruxelles et du Brabant wallon. En effet, bien que la population cible incluait ces deux régions, la diffusion du questionnaire s'est principalement faite à Bruxelles. Les participantes résidant dans le Brabant wallon sont donc susceptibles d'être sous-représentées, ce qui limite la généralisation des résultats à l'ensemble de la population visée.

Une autre limite concerne le traitement des questions à réponses multiples. Afin de faciliter l'analyse statistique, un choix méthodologique a été réalisé consistant à ne retenir que la première réponse sélectionnée par les participantes. Cette décision a permis de simplifier l'exploitation des données, mais elle peut avoir entraîné une perte d'information et ne reflète pas entièrement la diversité des réponses fournies. Par ailleurs, en raison du caractère transversal de cette étude, il n'est pas possible d'établir de relation causale entre les perceptions exprimées et le statut vaccinal. Certaines associations observées peuvent relever d'un phénomène de causalité inverse : les participantes déjà vaccinées pourraient avoir développé des perceptions plus favorables à la vaccination après leur vaccination, tandis que les participantes non vaccinées pourraient exprimer des opinions cohérentes avec leur décision de ne pas se faire vacciner.

De plus, la majorité des questions du questionnaire n'étaient pas obligatoires. Les participantes avaient donc la possibilité de ne pas répondre à certaines questions, ce qui explique la présence de données manquantes pour certaines variables.

[Tapez ici]

Enfin, un problème technique lié à la configuration initiale du questionnaire a entraîné une perte partielle d'informations pour les trois premières participantes. En raison de conditions de filtrage incorrectement paramétrées au début de la diffusion du questionnaire, certaines réponses ont été enregistrées comme des valeurs nulles malgré la participation des répondantes.

Conclusion de la discussion

En conclusion, cette étude met en évidence que la décision de vaccination contre le HPV chez les jeunes femmes est influencée par plusieurs facteurs, notamment la perception de l'importance du vaccin, la crainte des effets secondaires, la confiance envers les professionnels de santé et l'influence de l'entourage.

Ces résultats soulignent l'importance d'une approche globale pour améliorer la couverture vaccinale, combinant une communication scientifique claire, un soutien accru des professionnels de santé et des stratégies de prévention adaptées aux contextes sociaux et culturels.

PERSPECTIVES D'AMELIORATION :

Au regard des résultats de cette étude, plusieurs pistes d'amélioration peuvent être envisagées afin de renforcer l'adhésion à la vaccination contre le HPV chez les jeunes femmes.

Par ailleurs, un espace de commentaires libres était proposé à la fin du questionnaire, offrant aux participantes la possibilité d'exprimer de manière spontanée leurs perceptions, expériences et préoccupations. Ces données qualitatives viennent enrichir l'interprétation des résultats quantitatifs en apportant un éclairage complémentaire sur les freins et leviers liés à la vaccination contre le HPV.

Tout d'abord, le rôle central des professionnels de santé dans la décision vaccinale apparaît de manière particulièrement marquée. Dans cette étude, la recommandation d'un médecin constitue la principale motivation à la vaccination, citée par 64 % des participantes. Toutefois, les commentaires libres révèlent certaines limites, notamment un manque d'information perçu de la part des professionnels de santé, voire des discours contradictoires ou peu favorables à la vaccination. Ces éléments soulignent la nécessité de renforcer la formation des professionnels de santé et d'harmoniser les messages délivrés, afin de garantir une information claire, cohérente et fondée sur les données scientifiques. Enfin, l'analyse multivariée par régression logistique met en évidence l'influence de l'entourage sur le statut vaccinal. Les participantes déclarant que leur entourage serait favorable à leur vaccination présentaient une probabilité plus élevée d'être vaccinées. Ce résultat souligne l'importance des normes sociales et familiales dans la décision vaccinale. Toutefois, ces résultats doivent être interprétés avec prudence, car 61 observations ont été exclues de l'analyse en raison de valeurs manquantes, réduisant considérablement la taille de l'échantillon analysé. En effet, la présence d'informations contradictoires ou d'avis divergents autour du vaccin, évoquée par certaines participantes, met en évidence un climat d'incertitude susceptible d'alimenter l'hésitation vaccinale. Ce phénomène peut être renforcé par l'influence de l'entourage ou par une visibilité insuffisante d'informations fiables. Le développement de campagnes d'information claires, accessibles et basées sur des données scientifiques apparaît donc essentiel pour lutter contre la désinformation et renforcer la confiance envers la vaccination.

Ensuite, les résultats mettent en évidence un manque de sensibilisation et de visibilité du vaccin contre le HPV, en particulier dans le milieu scolaire. Plusieurs participantes estiment ne pas avoir été suffisamment informées ou sensibilisées, et suggèrent que ces thématiques devraient être davantage abordées à l'école. Bien que l'école constitue déjà une source importante

[Tapez ici]

d'information, ces résultats suggèrent que les programmes d'éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle (EVRAS) pourraient être renforcés, tant en termes de contenu que de fréquence, afin d'améliorer la compréhension des enjeux liés au HPV et à la vaccination.

Les préoccupations liées à la sécurité du vaccin et aux effets secondaires constituent également un frein important. Certaines participantes expriment un besoin de preuves supplémentaires concernant l'innocuité du vaccin, ce qui rejoint les résultats quantitatifs montrant que 11,8 % des participantes identifient cet élément comme une motivation potentielle à la vaccination. Une communication plus transparente sur le profil de sécurité du vaccin, ainsi que sur son efficacité et son intérêt même après le début de la vie sexuelle, apparaît nécessaire pour corriger certaines idées reçues.

En outre, plusieurs participantes soulignent des freins liés au moment de l'information et à l'accessibilité financière du vaccin. Le fait que certaines déclarent avoir été informées trop tard, notamment après l'âge de 18 ans, où le vaccin devient payant, met en évidence l'importance d'une sensibilisation précoce. Le maintien de politiques de remboursement et le développement de stratégies de rattrapage accessibles apparaissent essentiels pour limiter les inégalités d'accès à la vaccination.

Par ailleurs, les préférences exprimées concernant le schéma vaccinal suggèrent que des facteurs pratiques peuvent influencer l'adhésion. Certaines participantes indiquent être plus disposées à se faire vacciner si celui-ci nécessitait une seule dose, ce qui souligne l'importance de prendre en compte la simplicité du protocole vaccinal dans les stratégies de promotion.

Enfin, l'influence de l'entourage apparaît également comme un élément déterminant, certaines participantes évoquant un contexte familial sceptique vis-à-vis de la vaccination. Cela souligne l'importance de développer des interventions ciblant non seulement les jeunes femmes, mais également leur environnement social, afin de favoriser une perception positive et informée de la vaccination.

Dans une perspective plus globale, ces résultats mettent en évidence la nécessité d'une approche multidimensionnelle combinant amélioration de l'information, renforcement du rôle des professionnels de santé, développement des actions en milieu scolaire, accessibilité financière et prise en compte des facteurs sociaux, afin d'améliorer la couverture vaccinale contre le HPV.

CONCLUSION :

Ce mémoire avait pour objectif d'analyser les obstacles et les leviers perçus par les jeunes femmes concernant la vaccination contre le papillomavirus humain (HPV), en comparant les participantes vaccinées et non vaccinées. Les résultats de cette étude mettent en évidence que la décision de vaccination repose sur un ensemble de facteurs interconnectés, incluant les connaissances, les perceptions individuelles, l'influence des professionnels de santé, les sources d'information ainsi que le contexte social.

Les participantes vaccinées présentaient globalement un niveau de connaissance légèrement supérieur à celui des participantes non vaccinées, bien que cette différence ne soit pas statistiquement significative. Ce résultat suggère que les connaissances, à elles seules, ne suffisent pas à expliquer les comportements vaccinaux. D'autres dimensions, telles que les perceptions du risque, la confiance envers les acteurs de santé et les influences sociales, apparaissent déterminantes.

En effet, la recommandation d'un professionnel de santé constitue un levier majeur de la vaccination, étant identifiée comme principale motivation par une majorité de participantes. Toutefois, les résultats mettent également en évidence certaines limites, notamment un manque d'information perçu ou des discours parfois contradictoires, susceptibles de freiner l'adhésion. Par ailleurs, l'analyse multivariée par régression logistique a mis en évidence l'influence de l'entourage comme facteur associé au statut vaccinal. Les participantes déclarant que leur entourage serait favorable à leur vaccination présentaient une probabilité plus élevée d'être vaccinées. Ce résultat souligne l'importance des normes sociales et familiales dans la décision vaccinale, au-delà des seules caractéristiques individuelles ou des connaissances. Toutefois, ces résultats doivent être interprétés avec prudence en raison de l'exclusion de plusieurs observations liée à des valeurs manquantes.

Les sources d'information jouent également un rôle central. Bien que de nombreuses participantes rapportent avoir reçu des informations favorables à la vaccination, la présence d'informations contradictoires ou d'incertitudes contribue à maintenir des hésitations. Les données qualitatives issues des commentaires libres confirment ce constat, en mettant en évidence un besoin accru de sensibilisation, notamment en milieu scolaire, ainsi qu'une visibilité jugée insuffisante du vaccin.

Par ailleurs, les préoccupations liées à la sécurité du vaccin, la perception d'un faible risque personnel, ainsi que certaines contraintes pratiques, telles que le coût ou le moment tardif de

[Tapez ici]

l'information, apparaissent comme des freins importants à la vaccination. L'influence de l'entourage et du contexte social contribue également à orienter les décisions, en renforçant soit l'adhésion, soit l'hésitation vaccinale.

Dans ce contexte, le renforcement de l'information scientifique, la promotion d'une communication claire et cohérente, l'implication accrue des professionnels de santé, ainsi que le développement d'actions de sensibilisation en milieu scolaire apparaissent essentiels pour améliorer la couverture vaccinale. La prise en compte des facteurs structurels, tels que l'accessibilité financière et organisationnelle, constitue également un enjeu important.

Enfin, cette étude contribue à une meilleure compréhension des déterminants de la vaccination contre le HPV chez les jeunes femmes en Belgique et souligne l'importance d'une approche globale et multidimensionnelle pour réduire les inégalités en matière de prévention et améliorer la couverture vaccinale.

REFERENCES :

Agence pour une Vie de Qualité (AVIQ). (2022). *Rapport sur la vaccination en Wallonie*. <https://www.aviq.be>

Betsch, C., Böhm, R., & Chapman, G. B. (2015). Using behavioral insights to increase vaccination policy effectiveness. *Policy Insights from the Behavioral and Brain Sciences*, 2(1), 61–73.

Brechwald, W. A., & Prinstein, M. J. (2011). Beyond homophily: A decade of advances in understanding peer influence processes. *Journal of Research on Adolescence*, 21(1), 166–179.

Brewer, N. T., Chapman, G. B., Gibbons, F. X., Gerrard, M., McCaul, K. D., & Weinstein, N. D. (2007). Meta-analysis of the relationship between risk perception and health behavior: The example of vaccination. *Health Psychology*, 26(2), 136–145. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.26.2.136>

Bruni, L., Saura-Lázaro, A., Montoliu, A., Brotons, M., Alemany, L., Diallo, M. S., ... de Sanjosé, S. (2021). HPV vaccination introduction worldwide and WHO/UNICEF estimates of national HPV immunization coverage 2010–2019. *Preventive Medicine*, 144, 106399.

Casey, B. J., Getz, S., & Galvan, A. (2008). The adolescent brain. *Developmental Review*, 28(1), 62–77.

CBIP. (s. d.). CBIP. <https://www.cbip.be/fr/chapters/13?frag=11452>

CBIP. (2011). Vaccination contre le HPV à partir du 1er septembre aussi proposée gratuitement via les écoles en Communauté française. Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique. <https://www.cbip.be>

Conseil Supérieur de la Santé (CSS). (2017). Avis 9162 - Vaccination contre les papillomavirus humains. Bruxelles : SPF Santé Publique.

Drolet, M., Bénard, É., Pérez, N., Brisson, M., & the HPV Vaccination Impact Study Group. (2019). Population-level impact and herd effects following the introduction of human papillomavirus vaccination programmes: Updated systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 394(10197), 497–509. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30298-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30298-3)

Dubé, E., Laberge, C., Guay, M., Bramadat, P., Roy, R., & Bettinger, J. A. (2013). Vaccine hesitancy: An overview. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 9(8), 1763–1773. <https://doi.org/10.4161/hv.24657>

[Tapez ici]

FAMGB. (2024). Tableau de bord de la santé de la région bruxelloise. Fédération des Associations de Médecins Généralistes de Bruxelles. <https://famgb.be>

Fondation contre le Cancer. *Cancer du col de l'utérus*. Fondation contre le cancer. <https://cancer.be/cancer/cancer-du-col-de-l-uterus/>

Gilkey, M. B., Calo, W. A., Marciniak, M. W., & Brewer, N. T. (2016). Parents who refuse or delay HPV vaccine: Differences in vaccination behavior, beliefs, and clinical communication preferences. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 13(3), 680–686. <https://doi.org/10.1080/21645515.2016.1247134>

Guide Social. (2024). Augmentation du nombre d'adolescents vaccinés contre les papillomavirus humains. <https://pro.guidesocial.be>

Info, V. (s. d.). *Les infections à papillomavirus humains | vaccination-info*. <https://www.vaccination-info.be/maladie/infections-a-papillomavirus-humains-hpv/>

Karafillakis, E., Peretti-Watel, P., Verger, P., Chantler, T., & Larson, H. J. (2021). The role of maturity in adolescent decision-making around HPV vaccination in France. *Vaccine*, 39(39), 5706-5715. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2021.07.066>

KCE (Belgian Health Care Knowledge Centre). (2024). Performance of the Belgian health system 2024. <https://kce.fgov.be>

La vaccination - HPV Belgium FR. (2025, 5 mai). HPV Belgium FR. <https://www.hpvinfo.be/la-vaccination/>

Lambert, H., & Malengreaux, S. (2021, mai). *L'hésitation vaccinale : menace ou opportunité ?* Service Universitaire de Promotion de la Santé UCLouvain / IRSS-RESO. <https://www.uclouvain.be/irss-reso>

Larson, H. J., Broniatowski, D. A., & Hotez, P. J. (2018). The online vaccine debate: What's next? *Nature*, 563(7732), 458–461. <https://doi.org/10.1038/d41586-018-07243-5>

LimeSurvey. (2021). *Managing survey responses*.

<https://www.limesurvey.org/manual/Responses>

Mather, T., McCaffery, K., Juraskova, I., & Roberts, K. (2012). Does HPV vaccination affect adolescent girls' knowledge of the virus and its link with cervical cancer? *European Journal of Cancer*, 48(17), 2641–2648. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2012.03.005>

[Tapez ici]

Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE). (2023). *Statistiques de couverture vaccinale en Fédération Wallonie-Bruxelles*. <https://www.one.be>

Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE). (2024). Couverture vaccinale en Fédération Wallonie-Bruxelles 2022-2023. Communiqué de presse. <https://www.one.be>

OpenAI. (2026) ChatGPT. <https://chatgpt.com>

Paakkari, L., & Okan, O. (2020). COVID-19: Health literacy is an underestimated problem. *The Lancet Public Health*, 5(5), e249–e250. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30086-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30086-4)

PromoSanté. (2023). Vaccination HPV – fiche informative pour médecins généralistes. <https://promosante.be>

Ratzan, S. C., Parker, R. M., & Lurie, N. (2011). Health literacy: Communication for the public good. *Health Education Quarterly*, 14(4), 323–334.

Reyna, V. F., & Farley, F. (2006). Risk and rationality in adolescent decision making. *Psychological Science in the Public Interest*, 7(1), 1–44.

SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy. (2014). *Report of the SAGE working group on vaccine hesitancy*.

SPF Santé publique. (2022). Vaccination contre le papillomavirus humain (HPV). <https://www.health.belgium.be/fr/vaccination-contre-le-papillomavirus-humain-hpv>

OMS. https://www.who.int/immunization/sage/meetings/2014/october/1_Report_WORKING_GROUP_vaccine_hesitancy_final.pdf

Sciensano. (2023). *Vaccination HPV – Données belges*. <https://www.sciensano.be>

Sciensano. (2023). Couverture vaccinale contre le HPV en Belgique. <https://www.sciensano.be>

Steinberg, L. (2005). Cognitive and affective development in adolescence. *Trends in Cognitive Sciences*, 9(2), 69–74.

Vermeeren, Axelle ; Goffin, Françoise. *Statistique de couverture vaccinale en 4ème secondaire en Fédération Wallonie-Bruxelles en 2013-2014 [Convention Provac 2013-2014]*. (2014) 32 pages <http://hdl.handle.net/2078.1/216154>

[Tapez ici]

Wilson, R. J., Brown, D. R., Boothe, M. A., & Chambers, C. V. (2020). HPV vaccination coverage and disparities: Recommendations for practice and research. *Preventive Medicine Reports*, 20, 101231. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2020.101231>

World Health Organization (WHO). (2019). *Ten threats to global health in 2019*. <https://www.who.int/news-room/spotlight/ten-threats-to-global-health-in-2019>

World Health Organization. (2024). Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer. <https://www.who.int>

[Tapez ici]

ANNEXE :

Annexe 1 : Questionnaire

Mot d'introduction

Bonjour,

Dans le cadre de la réalisation de mon mémoire de fin d'études en Master en Santé Publique, je mène une étude portant sur la vaccination contre le papillomavirus (HPV) auprès de jeunes femmes âgées de 18 à 26 ans (27 ans en âge révolu), résidant à Bruxelles ou dans le Brabant wallon.

Ce questionnaire est totalement anonyme : aucune donnée permettant de vous identifier ne sera collectée. Les réponses seront traitées de manière confidentielle et utilisées uniquement dans le cadre de ce travail académique.

La participation est entièrement volontaire.

Votre contribution est très précieuse pour la réalisation de ce mémoire et permettra d'améliorer la compréhension des facteurs influençant la vaccination contre le HPV chez les jeunes femmes en Belgique.

Merci d'avance pour votre participation !

Durée du questionnaire : entre 5 à 10 minutes.

- 1) Avez-vous lu l'information ci-dessus et consentez-vous à participer à cette étude ?
Oui
Non
- 2) Êtes-vous une femme ?
Oui
Non
- 3) Résidez-vous Bruxelles ou Brabant wallon actuellement ?
Bruxelles
Brabant wallon
- 4) Pourriez-vous détailler votre parcours scolaire en secondaire :
Nombre d'années à l'école à Bruxelles
Nombre d'années à l'école en Brabant wallon
Nombre d'années à l'école hors Bx et Bw
- 5) Quel est votre âge ?
- 6) Le français est-il votre langue maternelle ?
Oui

[Tapez ici]

Non

7) Quel est votre niveau d'étude ?

Vous ne devez pas avoir été diplômé du degré pour répondre, vous pouvez être en cours

CESS

Bachelier

Master

Autre

8) Quel est le dernier diplôme de votre parent ?

Il peut s'agir de votre papa ou de votre maman

Primaire

Secondaire

Bachelier

Master

Doctorat

9) Si vous vous êtes vaccinée, à quel âge avez-vous la première dose du vaccin ?

Age :

10) Avez-vous fait toutes les doses recommandées ?

Oui

Non

Je ne sais pas

11) Ou êtes-vous fait vaccinée ?

A l'école

Par votre médecin traitant

Dans un autre contexte :

12) Si vous êtes vaccinée : quelle(s) raison(s) vous a(ont) poussée à vous faire vacciner ? (plusieurs réponses possibles)

Recommandation d'un médecin/professionnel de santé

Protection personnelle contre le cancer/HPV

Influence de la famille/amis

Vaccination proposé dans le cadre scolaire (PSE/médecine scolaire)

Campagne d'information en santé publique (au niveau régional ou national)

Était/est nécessaire pour mon état de santé

Informations vues sur les réseaux sociaux

Influence de personnes suivies sur les réseaux sociaux

Autre :

Préfère ne pas répondre

13) Si vous n'êtes pas vaccinée, quelle(s) raison(s) explique(nt) votre non-vaccination ? (plusieurs réponses possibles)

[Tapez ici]

Je ne savais pas que le vaccin existait
Je pensais ne pas en avoir besoin (faible risque)
J'avais des inquiétudes sur la sécurité/effets secondaires
Difficulté d'accès (coût, rendez-vous)
Raisons religieuses/convictions personnelles
Le Covid-19 a eu un impact sur mon choix
Mon état de santé ne me le permettait/permets pas
Influence de la famille/amis
J'avais déjà eu des relations sexuelles
Informations vues sur les réseaux sociaux
Méfiance suite aux informations diffusées sur les réseaux sociaux
Il y a plusieurs doses à faire
Autre :
Préfère ne pas répondre

14) Avez-vous déjà parlé du vaccin contre le HPV avec un professionnel de santé (médecin généraliste, gynécologue, infirmier scolaire, etc...) ?

Oui

Non

Je ne sais pas

15) Selon vous, qui devrait principalement parler du vaccin HPV aux adolescents ? (plusieurs réponses possibles)

Les professionnels de santé

L'école (cours EVRAS)

Les parents

Les réseaux sociaux

Les médias (TV, radio, réseaux sociaux)

La fratrie

Autre :

16) Avez-vous reçu des informations (écoles, campagnes, professionnel) sur le HPV et le vaccin pendant l'adolescence ? (plusieurs réponses possibles)

Oui, à l'école

Oui, par mon médecin

Oui, par des campagnes de santé publique ou les médias (TV, réseaux sociaux, affiches,...)

Non

Je ne sais pas

17) Les informations que vous avez reçues sur le vaccin HPV étaient plutôt :

Favorables à la vaccination

Défavorables à la vaccination

Partagées (avis contradictoires)

Je n'ai pas reçu d'information

[Tapez ici]

18) Avez-vous déjà été suivie par un(e) gynécologue ?

Oui

Non

Je ne suis pas sûre

19) Si vous avez des frères et/ou sœurs, sont-ils.elles vacciné(es) contre le HPV ?

Oui

Non

Je ne sais pas

20) Le HPV est un virus qui peut causer : (plusieurs réponses possibles)

Cancer du col de l'utérus

Verrues génitales

Cancer du sein

Infection bénigne sans conséquence

Je ne sais pas

21) Le vaccin contre le HPV protège principalement contre : (choisir la meilleure réponse)

Les infections à HPV à haut risque liées au cancer

Toutes les infections sexuelles

Les IST bactériennes (ex. chlamydia)

Je ne sais pas

Échelle de likert

22) Je pense que le vaccin contre le HPV est important pour la santé des jeunes femmes.

1 = Tout à fait en désaccord, 2 = Plutôt en désaccord, 3 = Ni d'accord ni pas d'accord, 4 = Plutôt d'accord, 5 = Tout à fait d'accord. Aucune réponse

23) Les vaccins en général sont sûrs.

1 = Tout à fait en désaccord, 2 = Plutôt en désaccord, 3 = Ni d'accord ni pas d'accord, 4 = Plutôt d'accord, 5 = Tout à fait d'accord. Aucune réponse

24) Je crains les effets secondaires du vaccin HPV.

1 = Tout à fait en désaccord, 2 = Plutôt en désaccord, 3 = Ni d'accord ni pas d'accord, 4 = Plutôt d'accord, 5 = Tout à fait d'accord. Aucune réponse

25) Je fais confiance aux recommandations données par les professionnels de santé concernant le vaccin HPV.

1 = Tout à fait en désaccord, 2 = Plutôt en désaccord, 3 = Ni d'accord ni pas d'accord, 4 = Plutôt d'accord, 5 = Tout à fait d'accord. Aucune réponse

26) Je pense que les informations disponibles sur le vaccin HPV sont suffisantes et fiables.

[Tapez ici]

1 = Tout à fait en désaccord, 2 = Plutôt en désaccord, 3 = Ni d'accord ni pas d'accord, 4 = Plutôt d'accord, 5 = Tout à fait d'accord. Aucune réponse

27) Pour vérifier votre attention, merci de sélectionner la réponse « Plutôt d'accord »

1 = Tout à fait en désaccord, 2 = Plutôt en désaccord, 3 = Ni d'accord ni pas d'accord, 4 = Plutôt d'accord, 5 = Tout à fait d'accord. Aucune réponse

28) Je pense que les risques liés au vaccin sont plus importants que les bénéfices.

1 = Tout à fait en désaccord, 2 = Plutôt en désaccord, 3 = Ni d'accord ni pas d'accord, 4 = Plutôt d'accord, 5 = Tout à fait d'accord. Aucune réponse

29) Les personnes de mon entourage (famille/amis) seraient favorables à ce que je me fasse vacciner.

1 = Tout à fait en désaccord, 2 = Plutôt en désaccord, 3 = Ni d'accord ni pas d'accord, 4 = Plutôt d'accord, 5 = Tout à fait d'accord. Aucune réponse

30) Si mon médecin me recommandait fortement le vaccin HPV, il est probable que je me ferais vacciner (ou compléterais mes doses).

1 = Tout à fait en désaccord, 2 = Plutôt en désaccord, 3 = Ni d'accord ni pas d'accord, 4 = Plutôt d'accord, 5 = Tout à fait d'accord. Aucune réponse

31) Je pense que les autorités sanitaires (ex. SPF, autorités régionales) fournissent des informations impartiales sur la vaccination HPV.

1 = Tout à fait en désaccord, 2 = Plutôt en désaccord, 3 = Ni d'accord ni pas d'accord, 4 = Plutôt d'accord, 5 = Tout à fait d'accord. Aucune réponse

32) Je fais confiance aux nouvelles technologies vaccinales.

1 = Tout à fait en désaccord, 2 = Plutôt en désaccord, 3 = Ni d'accord ni pas d'accord, 4 = Plutôt d'accord, 5 = Tout à fait d'accord. Aucune réponse

33) Je préférerais attendre de voir plus d'études/retours avant de me faire vacciner (ou de recommander le vaccin).

1 = Tout à fait en désaccord, 2 = Plutôt en désaccord, 3 = Ni d'accord ni pas d'accord, 4 = Plutôt d'accord, 5 = Tout à fait d'accord. Aucune réponse

34) Avez-vous déjà rencontré des difficultés pratiques pour accéder au vaccin (coût, disponibilité, rendez-vous) ?

Oui, préciser :

Non

Je ne sais pas

35) Le coût a-t-il été/est un frein à la vaccination ?

Oui

Non

Le vaccin m'a été proposé gratuitement/remboursé

36) Seriez-vous favorable à une offre de vaccination de rattrapage organisée dans les établissements d'enseignement supérieurs de Bruxelles/ Bw ?

Oui

[Tapez ici]

Non

Peut-être

37) Si vous n'êtes pas vaccinée, quelle est votre intention dans les 12 prochains mois ?

Je compte me faire vacciner

Je ne compte pas me faire vacciner

Je ne sais pas/indécise

38) Qu'est ce qui pourrais vous encourager le plus à vous faire vacciner ?

(plusieurs réponses possibles)

Recommandation d'un médecin

Preuve d'innocuité/études supplémentaires

Vaccination gratuite/remboursée

Campagnes d'informations ciblées

Témoignages de personnes proches

1 dose unique de vaccination

39) Avez-vous des commentaires ou expériences à partager concernant le vaccin HPV ?

Mot de fin :

Merci beaucoup d'avoir pris le temps de répondre

Si vous souhaitez obtenir davantage d'informations concernant cette étude ou si vous avez des questions, n'hésitez pas à me contacter. Je reste volontiers disponible pour toute précision supplémentaire. Voici mon contact : sarah.bahja@hotmail.com

[Tapez ici]