

Faculté de santé publique

**Analyse de l'hésitation vaccinale auprès
des parents d'élèves scolarisés en
secondaire au sein du Brabant Wallon**
La vaccination contre les papillomavirus humains

Mémoire réalisé par
Julie Eysermans

Promotrice
Docteur Paloma Carrillo

Co-promoteur :
Professeur William D'Hoore

Année académique 2022-2023
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Remerciements

J'aimerais tout d'abord remercier ma promotrice ainsi que mon co-promoteur, Docteur Paloma Carrillo et Docteur William D'Hoore. Merci d'avoir accepté de m'accompagner dans ce parcours. Merci également pour vos conseils, vos remarques et vos suggestions qui m'ont permis d'élaborer ce mémoire. Je vous suis également reconnaissante pour la bienveillance que vous avez eue à mon égard tout au long de la rédaction de ce travail. Sans vous, je n'y serais pas arrivée.

J'aimerais remercier ma famille qui a toujours cru en moi, m'a soutenue et accompagnée dans tous mes projets. Sans eux, je ne serais pas là où j'en suis aujourd'hui et je leur en suis reconnaissante.

J'aimerais également remercier mon compagnon qui était à mes côtés dans ce parcours universitaire. Merci d'avoir lu, relu et re-relu ce travail pour lequel ça n'a pas été de tout repos. Merci d'avoir été compréhensif et compatissant dans les moments les plus compliqués.

Enfin, merci à toutes les personnes qui m'accompagnent au quotidien, qui croient en moi, en mes compétences, en mes projets et qui me poussent toujours à aller plus loin.

Merci à vous tous.

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 étudiant.e.s en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

Table des matières

1.	Introduction	1
1.1.	Rapport d'enquête vaccinale 2019-2020	1
2.	Cadre théorique	3
2.1.	Les papillomavirus humains (HPV)	3
2.2.	La vaccination anti-HPV	5
2.2.1.	<i>Principe de la vaccination</i>	5
2.2.2.	<i>Les vaccins contre les papillomavirus humains</i>	6
2.2.3.	<i>Les autres protections</i>	10
2.3.	L'hésitation vaccinale	10
2.3.1.	<i>Définition</i>	10
2.3.2.	<i>Développement du concept</i>	10
2.3.3.	<i>Controverse</i>	13
2.4.	Réflexion et conclusion du cadre théorique	14
3.	Méthode de recherche	15
3.1.	Développement du cadre théorique et question de recherche	15
3.2.	Choix de la méthode	17
3.3.	Stratégie d'échantillonnage et de recrutement	18
3.4.	L'outil de collecte des données et déroulement	19
3.5.	Analyse des données	20
4.	Résultats	21
4.1.	Présentation de l'échantillon	21
4.2.	Présentation des résultats	22
4.2.1.	<i>La vaccination et les vaccins contre les HPV</i>	22
4.2.2.	<i>Les représentations sur les papillomavirus humains</i>	25
4.2.3.	<i>L'importance de l'hésitation vaccinale envers la vaccination contre les HPV</i>	31
4.2.4.	<i>La convocation</i>	34
4.2.5.	<i>L'influence des médias et des pairs</i>	36
4.3.	Sondage sur le genre et les papillomavirus	39
5.	Discussion	42
5.1.	Analyse des résultats	43
5.1.1.	<i>La vaccination</i>	43

5.1.2.	<i>Les vaccins contre les papillomavirus.....</i>	44
5.1.3.	<i>Les représentations sur les papillomavirus</i>	46
5.1.4.	<i>La protection</i>	47
5.1.5.	<i>Les hommes, les femmes et les papillomavirus humains</i>	48
5.1.6.	<i>L'orientation sexuelle.....</i>	50
5.1.7.	<i>Développement des maladies en lien avec les HPV</i>	50
5.1.8.	<i>L'importance de l'hésitation vaccinale envers la vaccination contre les HPV.....</i>	51
6.	<i>Conclusion et perspective.....</i>	56
	<i>Bibliographie.....</i>	62
	<i>Annexes.....</i>	73
	Annexe 1 : statut vaccinal (%) pour la 1 ^{ère} dose du vaccin HPV chez les élèves de 2 ^{ème} secondaire par province/région, par genre et par type de vaccinateur en 2019-2020 (<i>Panichelli F., Sarr K. et Brasseur C.,2021</i>).....	73
	Annexe 2 : statut vaccinal (%) pour la 1 ^{ère} dose contre HPV chez les élèves de 2 ^{ème} secondaire par province/région (<i>Panichelli F., Sarr K. et Brasseur C.,2021</i>).....	74
	Annexe 3 : statut vaccinal (%) pour la 2 ^{ème} dose du vaccin HPV chez les élèves de 2 ^{ème} secondaire par province/région, par genre et par type de vaccinateur en 2019-2020 (<i>Panichelli F., Sarr K. et Brasseur C.,2021</i>).....	75
	Annexe 4 : statut vaccinal (%) pour la 2 ^{ème} dose contre HPV chez les élèves de 2 ^{ème} secondaire par province/région (<i>Panichelli F., Sarr K. et Brasseur C.,2021</i>).....	76
	Annexe 5 : « <i>Cumulative proportion of cervical cancers in the world that are attributed to a ranked combination of 20 HPV types and the estimated number of cervical cancers in 2008 expected to be caused by these types</i> » (<i>Arbyn M., Tommasino M. et al., 2014</i>).....	76
	Annexe 6 : Brochure « A chaque âge sa vaccination ! – La vaccination à 13-14 ans – Édition 2021 » (<i>e-vax., 2021</i>).....	77
	Annexe 7 : Les protections internes et externes (<i>s.n., 2022</i>)	78
	Annexe 8 : Vaccination contre le Papillomavirus humain (HPV) : autorisation vaccinale 2022-2023 (<i>e-vax., 2022</i>).....	79
	Annexe 9 : Guide d'entretien	81

Liste des abréviations

Abréviations	Nom complet
AFMPS	Agence Fédérale des Médicaments et des Produits de Santé
ARN	Acide ribonucléique
AVIQ	Agence pour une Vie de Qualité
BW	Brabant Wallon
COCOF	Commission Communautaire française
CPMS	Centre Psycho-Médico-Sociaux de la FWB
CSS	Conseil Supérieur de la santé
EBM	Evidence Based Medicine
EMA	European Medicines Agency
FDW	Fédération Wallonie-Bruxelles
ICER	Incremental Cost-Effectiveness Ratio
HCSP	Haut Conseil de la Santé Publique
HPV	Human Papillomavirus
HSH	Hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes
KCE	Centre fédéral d'expertise des soins de santé
MST	Maladie sexuellement transmissible
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONE	Office de la Naissance et de l'Enfance
ORL	Oto-rhino-laryngologie
SAGE	Groupe stratégique consultatif d'experts de l'OMS
SPSE	Service de Promotion de la santé à l'école
WBE	Wallonie-Bruxelles Enseignement

1. Introduction

1.1. Rapport d'enquête vaccinale 2019-2020

Au sein des SPSE et CMPS-WBE, les enquêtes sont réalisées tous les ans et les programmes de vaccination qui ont été précédemment évalués, changent. Ces enquêtes ont pour but d'évaluer ou de piloter les programmes de vaccination, de façon à les améliorer. Concernant le programme de vaccination contre le HPV, celui-ci a été évalué à plusieurs reprises dont la dernière évaluation en date est celle de l'année 2019-2020. Une fois le recensement des résultats fait, celui-ci est transmis à l'OMS.

L'OMS a pour objectif de promouvoir la santé au niveau mondial. Il a également pour but d'assurer et préserver la sécurité mais également de servir les populations les plus fragiles. (OMS., 2020)

« Le rapport d'enquête vaccinale 2019-2020 : la vaccination contre le Papillomavirus Humain (HPV) chez les élèves de 2^{ème} secondaire dans l'enseignement de la Fédération Wallonie-Bruxelles » (Panichelli F., Sarr K. et Brasseur C., 2021) est un rapport dont l'intérêt principal était de mesurer le taux de vaccination concernant la vaccination contre le HPV auprès des élèves scolarisés en 2^{ème} secondaire, au sein de la FWB. La récolte devait être réalisée entre avril et juin 2020 mais avec la crise sanitaire du coronavirus et le lockdown, la récolte de données a été postposée à la rentrée 2020-2021 afin que les centres et services PSE réalisent les 2^{ème}s doses. L'enquête a pris du retard et s'est vu reportée de plusieurs mois. L'année évaluée reste néanmoins l'année scolaire 2019-2020.

D'après les chiffres recensés dans le rapport d'enquête de Panichelli F., Sarr K. et Brasseur C. (2021) :

FWB					BW				
M.S. (fille)	M.S. (garçon)	A.V. (fille)	A.V. (garçon)	Total refus	M.S. (fille)	M.S. (garçon)	A.V. (fille)	A.V. (garçon)	Total refus
38.6%	41.6%	11.6%	3.8%	6.2%	31.5%	43%	12.9%	3.4%	14.2%

Tableau 1 : répartition (%) du taux de vaccination par type de vaccinateur et par genre, pour la FWB et le BW pour la 2^{ème} dose contre HPV chez les élèves de 2^{ème} secondaire en 2019-2020. Légende : M.S. = médecine scolaire ; A.V. = autre vaccinateur

FWB			BW		
<i>Total vaccinés</i>	<i>Total non vaccinés</i>	<i>Total statut vaccinal inconnu</i>	<i>Total vaccinés</i>	<i>Total non vaccinés</i>	<i>Total statut vaccinal inconnu</i>
47.6%	16.4%	35.9%	45.4%	27.3%	27.3%

Tableau 2 : statut vaccinal (%) pour la **2^{ème} dose** contre HPV chez les élèves de 2^{ème} secondaire pour la FWB et le BW en 2019-2020

Nous avons constaté que, d'une part, la médecine scolaire vaccine beaucoup plus que les « autres vaccineurs ». Ceci peut s'expliquer par le fait que les frais sont totalement gratuits. En se faisant vacciner en-dehors de la médecine scolaire, certains coûts se trouvent à la charge du/des parent(s) de l'adolescent (consultations et prix du vaccin partiellement remboursés). D'autre part, nous avons constaté que la médecine scolaire vaccine plus de garçons que de filles, ce qui est une tendance inverse chez les « autres vaccineurs ». Cela pourrait s'expliquer par le fait que les filles étaient remboursées pour le vaccin anti-HPV Gardasil 9®, ce qui n'était pas le cas pour les garçons jusqu'à la nouvelle réglementation du 1^{er} août 2022 (CBIP). Au sein du BW, 1 élève sur 2 est vacciné, tandis que pour le reste, cela se partage entre les non vaccinés et les statuts inconnus. Nous avons fait le choix de nous arrêter sur la 2^{ème} dose pour ce compte-rendu car celle-ci représente un schéma complet d'une vaccination anti-HPV pour Gardasil 9®.

D'autres constats peuvent être faits :

- Le pourcentage du « total vacciné » du BW est inférieur au taux moyen pour la FWB ;
- Le pourcentage du « total non vacciné » est supérieur en BW par rapport à la moyenne générale de la FWB ;
- Le statut inconnu est inférieur en BW que pour la FWB
- Le refus au sein du BW est supérieur au refus de la moyenne générale de la FWB ;
- Il existe une différence significative dans la couverture vaccinale selon les régions et le type de vaccinateur (annexe 1, 2, 3 et 4).

Le rapport d'enquête a pu soulever la problématique du pourcentage encore trop faible concernant la couverture vaccinale anti-HPV.

L'objectif du Programme contre l'HPV est d'atteindre et maintenir une couverture supérieure à 80% pour 2025 afin de contrôler les infections causées par les papillomavirus humains. Durant l'année 2019-2020, première année de vaccination dite « universelle », une première étape était fixée à 60% pour les élèves de la FWB par le Programme de vaccination.

Malheureusement, ce taux de vaccination n'a pas pu être atteint puisque seulement 47,6% des élèves ont reçu la 2^{ème} dose.

A la lecture de cette analyse, nous avons trouvé qu'il était intéressant de se pencher plus particulièrement sur l'hésitation vaccinale anti-HPV. La société, l'évolution de celle-ci, les progressions médicales mais également l'accès à ces informations, nous permettent aujourd'hui de nous positionner et de faire des choix en termes de santé. Au vu de la problématique concernant les MST, les campagnes de sensibilisation sur le HPV et les brochures données via les écoles (annexe 6), il est pertinent de se demander pour quelles raisons, les parents d'élèves scolarisés en secondaire s'opposent à cette vaccination pour leurs enfants. C'est donc sur base de ces différents éléments mais également avec l'analyse de l'enquête que nous avons décidé de nous pencher sur l'hésitation vaccinale contre les papillomavirus au sein de la médecine scolaire.

2. Cadre théorique

2.1. Les papillomavirus humains (HPV)

On parle du papillomavirus humain mais il s'agit concrètement des papillomavirus humains puisqu'on en compte une centaine actuellement. Ces virus se transmettent principalement par contact sexuel, via la pénétration vaginale et anale mais ils peuvent également se transmettre via le sexe oral, comprenant le cunnilingus et la fellation. Par conséquent, la transmission implique une pénétration mais celle-ci n'est pas obligatoire. Les HPV sont également responsables des papillomes buccaux qui sont des petites lésions au niveau des muqueuses de la bouche et qui peuvent également se transmettre via le sexe oral ou le flirt. Dans de plus rares cas, les virus peuvent également traverser la filière pelvigénitale en venant infecter le nouveau-né, lors de l'accouchement (*Salvadori M. I., 2018*). Bien que la contagion se fasse principalement via les muqueuses, le HPV peut également se transmettre via la peau mais aussi via des objets inertes tels que les sextoys. (*Irving E., Salit M.D., Paquette R., 2016*). Dans de très rares cas, une contamination secondaire peut être à l'origine de lésions dysplasiques ou malignes de la cornée et des conjonctives de l'œil dont le HPV 16 serait à l'origine. (*Woods et al., 2013, Carrilho et al., 2013 cité par CSS., 2017*). Nous pouvons également attribuer la papillomatose respiratoire récurrente aux HPV 6 ou 11 qui est une maladie également rare. Il s'agit de verrues qui viendront se développer sur les voies respiratoires (*Muñoz et al., 2006 cité par CSS., 2017*). Les papillomavirus sont les infections

sexuellement transmissibles les plus fréquentes (*OMS., 2017*). Tout genre et orientation sexuelle confondus.

Les signes d'infections à HPV se divisent en 3 catégories (*Salvadori M. I., 2018*) et (*HAS., 2020*) :

1. Les infections asymptomatiques, qui sont les plus courantes ;
2. Les condylomes (ou verrues génitales) et papillomes buccaux qui sont des lésions non malignes ;
3. Et les cancers (de la sphère génitale masculine et féminine, au niveau interne et externe, et de la sphère maxillo-faciale : « tête et cou » qui comprend la gorge et la sphère buccale dans sa globalité).

La majorité des HPV ne donnent aucun symptôme et s'élimine spontanément en deux ans. Cependant, certains d'entre eux persistent et induisent des lésions précancéreuses jusqu'à une dizaine d'années après avoir infecté son hôte (*OMS., 2017*).

Les HPV peuvent venir se localiser dans une zone spécifique ayant été en contact avec le sujet infecté, et y rester plusieurs années. Les femmes comme les hommes sont concernés. La zone la plus touchée chez le sujet masculin est la zone maxillo-faciale pour laquelle le HPV est responsable de lésions précancéreuses dans 77% des cas. S'en suit le cancer de l'anus et le cancer du pénis (*CSS., 2017*). Dans le cas de la femme, on estime que les HPV 16 et 18 sont responsables de 71% des cas de cancers du col de l'utérus dans le monde (annexe 5). D'autres HPV sont également responsables des cancers cervicaux mais avec une incidence moindre (*OMS., 2017*). Cependant, l'accumulation des affections HPV 16, 18, 45, 33 et 31 représentent à elle seule, 84% de tous les cas de cancers utérins, dans le monde. (*Arbyn et al., 2014 cité par le CSS., 2017*).

Comme stipulé ci-dessus, la majorité des infections liées au HPV sont asymptomatiques. Par conséquent, les individus infectés ignorent qu'ils sont porteurs et donc, transmetteur. Quarante-vingt pourcent de la population rentrent en contact avec au moins un type de papillomavirus humain au cours de sa vie (*Vaccination info Belgique., 2021*). Plus les comportements sexuels sont à risque et précoces, plus l'incidence est importante. La multiplicité des partenaires augmente également le risque d'être infecté.

2.2. La vaccination anti-HPV

2.2.1. Principe de la vaccination

Les vaccins sont des traitements médicamenteux composés de souches, ou parties de souches, virales ou bactériennes, atténuées, voire inactives. De cette manière, les souches introduites dans l'organisme n'ont pas les capacités de se développer et ainsi, provoquer la maladie avec les complications potentielles que cela implique (OMS., août 2021). Les vaccins sont donc des préparations antigéniques et vont permettre à l'organisme de se défendre en activant le système immunitaire grâce aux antigènes présents. (Launay O. et Canoui E., 2019)

Contrairement aux vaccins contenant des souches, ou des parties de souches, le vaccin à ARNm est quant à lui composé de ARNm créé en laboratoire. Il contient les informations génétiques du virus permettant aux cellules immunitaires de fabriquer des antigènes spécifiques, de façon à produire une réponse immunitaire (Pfizer., août 2020).

La plupart des vaccins s'administrent par voie injectable, en intramusculaire. Ils permettent d'avoir une protection sûre, l'intérêt étant de protéger les individus de différentes maladies avant le premier contact avec l'agent pathogène. Le principe est de provoquer une production d'anticorps spécifiques de manière à renforcer le système immunitaire. Cela permettra de limiter les conséquences du processus pathologique pour que l'intensité de la maladie soit moindre, voire même inexistante. Il s'agit d'une prévention primaire (D'Hoore W., 2019-2020). Les vaccins subissent plusieurs tests durant les différentes phases d'essais avant qu'une quelconque utilisation ne soit approuvée. Malgré la commercialisation des vaccins, ceux-ci continuent d'être réévalués régulièrement. Selon les plaintes et les signalements, les chercheurs restent alertes (OMS., août 2021). Dans le cadre de la Belgique, il s'agit de l'AFMPS, Agence Fédérale des Médicaments et des Produits de Santé, qui s'occupe des signalements.

Les vaccins sont composés de différents éléments (OMS., 2017):

- « Un microbe (ou un morceau de microbe) rendu inoffensif. C'est le principe actif qui déclenche la réponse immunitaire ;
- De l'eau stérile ou une solution salée ;
- Une quantité minime et réglementée :
 - De traces d'antibiotiques qui empêchent le vaccin d'être contaminé par des bactéries lors de sa production ;
 - Des stabilisants qui préservent la qualité du vaccin ;

- *Un adjuvant pour certains d'entre eux, et le plus souvent, un sel d'aluminium. C'est une substance qui stimule la réponse immunitaire au vaccin et améliore son efficacité ;*
- *Des conservateurs pour certains d'entre eux également. Ils servent à éviter des contaminations par des microbes. »*

Bien que la vaccination ait pu endiguer certaines maladies telles que la rage ou le tétanos, les virus et bactéries responsables de ces maladies n'ont pas disparu. Heureusement, le développement de la vaccination nous permet aujourd'hui d'avoir une meilleure immunité. Ainsi, la maladie et les complications s'y rapportant ne peuvent pas se développer. Cependant, si des vaccins ont pu démontrer une efficacité de presque 100%, certains ne le sont pas. Nous pouvons le constater actuellement avec la Covid19.

2.2.2. Les vaccins contre les papillomavirus humains

C'est le 20 septembre 2006 qu'est enregistré le 1^{er} vaccin contre le HPV (Gardasil®) par l'European Medicines Agency tandis que le second (Cervarix®) sera enregistré le 24 septembre 2007 (CSS., 2007). C'est la même année que les premières recommandations vis-à-vis des filles apparaissent et c'est seulement en septembre 2011 que voit le jour le premier programme de vaccination pour celles-ci (Vermeeren A., Swennen B. et Miermans M-C., 2013). Il faudra attendre septembre 2019 pour que cela s'étende aux garçons.

Il existe actuellement 3 vaccins contre les papillomavirus humains qui sont des solutions injectables et se font via la voie intramusculaire, en traversant la barrière cutanée (Salvadori M. I., 2018 et CSS., 2017). Les vaccins anti-HPV sont des vaccins recombinants constitués de protéines (L1) de papillomavirus de différents types (CBIP., 2022). Il s'agit donc de vaccins dit « inactivés » (Salvadori M. I., 2018) :

- 2-valent (vaccin Cervarix®) : HPV de type 16 et 18 ;
 - Uniquement remboursés pour les filles (CBIP., 2022) :
- 4-valent (vaccin Gardasil®) : HPV de type 6, 11, 16 et 18 (*n'est plus commercialisé en Belgique*) ;
- 9-valent (vaccin Gardasil 9®) : HPV de type 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 et 58 ;
 - Remboursé pour les filles et les garçons (CBIP., 2022).

Selon les dernières recommandations du CSS, 3 populations sont concernées par la vaccination anti-HPV (CSS., 2017) :

- Les **9-14ans** qui peuvent recevoir le vaccin en 2 doses avec un intervalle de 6 mois entre les 2. Il s'agit là des doses dites « préventives »;
- Les **15 à 26ans** qui peuvent recevoir le vaccin en 3 doses selon le schéma « 0 – 1 mois OU 2 mois - 6mois ». Il s'agit là des doses dites de « rattrapage » ;
- Une dernière alternative peut être envisageable pour les jeunes gens nés avant 2006, entre l'âge de **15 et 18ans**, où il s'agira d'une vaccination en 2 doses, comme le 1^{er} schéma ci-dessus (0-6mois). Cette alternative correspond aux recommandations par le Conseil Supérieur de la Santé (CSS., 2021).

Vaccins disponibles dans le cadre du programme de vaccination de la FWB	Prévu pour	Pas prévu pour
Gardasil 9®	La vaccination contre le papillomavirus humain (HPV) des élèves de 1ère différenciée ou de 2ème secondaire (indépendamment de l'âge) ; La vaccination contre le papillomavirus humain (HPV) des adolescents de 13-14 ans inclus ; La vaccination de rattrapage contre le papillomavirus humain (HPV) des adolescents nés à partir de 2006 (cohortes ciblées par le Programme de vaccination de la FW-B) (schéma en 2 doses selon recommandation du CSS avis 96).	La vaccination contre HPV des adolescents nés <u>avant</u> 2006.

Tableau 5 : Cadre d'utilisation du vaccin Gardasil 9® du programme de la FWB (*e-vax.*, 2021)

Dans le cas de l'enquête 2019-2020 de Panichelli F., Sarr K. et Brasseur C., l'âge moyen des individus était de 13ans et 10mois, ceux-ci sont donc concernés par le vaccin en 2 doses. Outre ces publics cibles, d'un point de vue clinique, les personnes immunodéprimées peuvent également recevoir le vaccin. (Salvadori M. I., 2018)

En Belgique, ce sont les entités fédérées (Communautés et Régions) qui sont responsables dans le domaine de la prévention en santé, incluant donc la vaccination (*Wyndham-Thomas C., Boon N. et al., 2017*).

Les vaccins anti-HPV n'ont pas de contre-indications spécifiques. Comme beaucoup de traitements, il subsiste des effets secondaires possibles tels que céphalées, fièvre, douleur au point d'injection, induration au point d'injection ou encore érythème (*CBIP., 2022 et CSS., 2017*). Ces symptômes ne sont pas alarmants et disparaissent de manière spontanée. Ils peuvent par ailleurs être administrés par le professionnel de son choix. Cela concerne les médecins de la médecine scolaire, les pédiatres, les gynécologues ou encore, les médecins généralistes.

	Vaccination via la médecine scolaire	Vaccination via un vaccinateur privé
<i>Vaccins du programme commandés via e-vax (gratuité)</i>	1 ^{ère} différenciée et 2 ^{ème} secondaire (<i>peu importe l'âge et le sexe</i>) + rattrapage possible ; Pour les adolescents de 9-14ans inclus ; Pour les enfants nés après 2006.	Pour tous les enfants nés après 2006.
<i>Vaccins prescrits et fournis par une pharmacie = payant</i>	Les PSE n'utilisent pas les vaccins achetés en pharmacie.	Remboursement via la mutuelle pour les filles (<19ans) ainsi que pour les garçons (<19ans) ; Participation limitée de la mutuelle dans le cadre de l'assurance complémentaire.

Tableau 6 : Récapitulatif de la vaccination Gardasil 9® et son remboursement (*CSS., 2017, CBIP., 2022 et Carrillo P., 2022*)

Une étude de Lei J., Ploner A et al (2020) a démontré l'efficacité de la vaccination anti-HPV. L'incidence du cancer du col de l'utérus des femmes vaccinées à 30ans était de 47 cas pour 100 000 personnes tandis que pour les femmes non-vaccinées à 30ans, elle était de 94 pour 100 000. Par conséquent, il est préférable d'avoir recourt à la vaccination car celle-ci réduit considérablement le risque de développer un cancer cervical. Cependant, malgré les avancées,

les personnes vaccinées ne sont pas protégées à 100% contre tous les types de papillomavirus étant donné que toutes les formes n'ont pas encore pu être intégrées dans les doses vaccinales. Par ailleurs, une étude cochrane a démontré en 2019 que la réponse immunitaire entre le schéma en 2 doses et le schéma en 3 doses étaient identiques. Cependant, d'autres études sont nécessaires sur le long terme afin de déterminer la durée de protection optimale contre les HPV (Bergman H., Buckley BS., Villanueva G. et al., 2019). Il est donc primordial que chacun puisse avoir recours au dépistage de manière précoce (CSS., 2017).

Actuellement, en dehors du frottis pour les femmes, il n'existe pas de test de dépistage approuvé pour les hommes (CDC., 2022).

Par ailleurs, l'efficacité de ces vaccins sera d'autant plus importante si la personne n'est pas encore sexuellement active. Les rapports sexuels précoces, la multiplicité des partenaires et le non-usage de protections physiques (préservatifs féminins, masculins et le carré de latex) vont augmenter le risque de contamination à HPV. La non-vaccination va également accroître ce risque. La vaccination est avant tout un traitement préventif et non thérapeutique, et se définit par le fait de se faire inoculer un vaccin (Le Robert., 2022).

En 2017, après la mise à jour des recommandations de la vaccination anti-HPV par le CSS, il a été demandé au KCE (2019) d'évaluer l'impact clinique et économique, soit le coût-efficacité de cet élargissement vaccinal. L'étude a mis en avant le fait que le coût-efficacité dépendait principalement de la maladie qui était prise en compte. D'autres conclusions ont pu également émerger (Thiry N. Gerkens S, Cornelis J et al., 2019) :

- Si on prend la totalité des maladies liées au HPV, la vaccination universelle présente un ICER inférieur à celui de la vaccination des filles seules ;
- Si le taux de couverture vaccinal des filles est élevé, alors la couverture vaccinale universelle est moins rentable. Cependant, cela s'applique si et seulement si on garde le vaccin bivalent ;
- Si le taux de couverture vaccinal des filles est faible, il est plus rentable d'effectuer une couverture vaccinale universelle. Cependant, viser une amélioration du taux de couverture pour les sujets féminins est encore plus rentable que la couverture universelle si et seulement si on vaccine avec le vaccin 2-valent ;
- Si le vaccin bivalent est remplacé par le nonavalent pour la couverture universelle, l'ICER est inférieur à celui estimé pour la vaccination des filles seules.

Dans le contexte de la FWB et de la médecine scolaire, seul le vaccin 9-valent est utilisé depuis septembre 2019. Par conséquent, nous pouvons conclure qu'il est plus intéressant

d'effectuer une vaccination universelle et complète en 2 doses via le vaccin nonavalent. Des critères d'équités ont également été retenus dans le choix stratégique de ce Programme de vaccination.

2.2.3. Les autres protections

Outre la vaccination contre les papillomavirus humains, il existe également 3 autres types de protections (annexe 7), à savoir : le préservatif masculin (application externe), féminin (application interne) et le « carré » de latex (application externe ; destiné strictement au sexe oral pour les parties génitales féminines). Ceux-ci permettent une protection contre différentes MST dont le HPV selon les pratiques sexuelles.

Bien que ces protections puissent faire barrière aux HPV, ceux-ci ne garantissent pas une protection totale. Par exemple, les verrues génitales *ou condylomes* se trouvant sur la zone du pubis, peuvent se transmettre au partenaire via les frottements lors du rapport sexuel (HAS, 2020) étant donné que le préservatif, qu'il soit féminin ou masculin, ne protège pas cette zone. Ces raisons nous indiquent qu'il faut rester vigilant et qu'il est important d'avoir recourt au dépistage. L'intérêt n'étant pas de créer une quelconque psychose à l'égard des relations sexuelles mais bien de sensibiliser et de prévenir la propagation de cette MST.

Dans 90% des cas, le virus disparaîtra de manière spontanée grâce à notre immunité. En associant le préservatif et la vaccination contre les HPV, la prévention sera d'autant plus efficace puisque la protection sera plus importante (HAS, 2020). Cependant, il est important de tenir compte du fait que la vaccination Gardasil 9® ne contient que 9 souches de HPV et que par conséquent, d'autres types de ces virus peuvent infecter les hommes et les femmes.

2.3. L'hésitation vaccinale

2.3.1. Définition

L'hésitation vaccinale a été définie comme suit par le SAGE, un groupe d'experts réuni par l'OMS : « *vaccine hesitancy refers to delay in acceptance or refusal of vaccination despite availability of vaccination services. Vaccine hesitancy is complex and context specific, varying across time, place and vaccines. It is influenced by factors such as complacency, convenience and confidence* » (MacDonald E.N. , 2015).

2.3.2. Développement du concept

L'hésitation vaccinale, prônée par le mouvement antivax, a vu le jour dès le début de la création de la vaccination. Nombre d'individus se sont montrés mitigés quant à la pertinence de cette prévention. Tantôt convaincus d'avoir une immunité naturelle à toute épreuve, tantôt

tirailés par les « manipulations » politiques ou encore, les théories du complot, les antivax n'hésitent pas à faire parler d'eux via différents médias.

Le groupe de travail SAGE (MacDonald., 2015) a pu émettre 3 catégories pouvant définir concrètement sur quoi se base l'hésitation vaccinale. Nous les retrouvons également dans la brochure de la FWB (2020) :

- **Complacency** (complaisance) que nous pouvons expliquer par le fait que les individus ne mesurent pas adéquatement la gravité d'une maladie impliquant la nécessité de se faire vacciner ;
- **Convenience** (commodité) qui s'explique par le fait que les individus trouvent que les démarches pour se faire vacciner sont contraignantes (ex : se déplacer jusqu'au lieu de vaccination, les horaires d'ouverture, etc.) ;
- **Confidence** (confiance) qui s'explique par le fait que les individus manquent de confiance à propos de différentes choses dont la sûreté du vaccin, les politiques, le système de santé en général, etc.

Outre ces 3 grandes catégories, le groupe SAGE a également établi une liste reprenant plusieurs déterminants concernant l'hésitation vaccinale (MacDonald., 2015 et vaxinfo., 2021) :

- *« Influences du contexte : liée à l'histoire, aux facteurs socio-culturels, à l'environnement, au système de santé ainsi qu'aux facteurs économiques et politiques :*
 - *Communication et environnement médiatique ;*
 - *Leaders d'opinion, promoteur du programme de vaccination et lobbys pro- et anti-vaccination ;*
 - *Influences historiques ;*
 - *Religion, culture, genre, facteurs socio-économiques ;*
 - *Politiques ;*
 - *Barrières géographiques ;*
 - *Perception de l'industrie pharmaceutique.*
- *Influences individuelles et de groupe : liée à la perception personnelle du vaccin, l'influence de l'environnement ainsi que de ses pairs :*
 - *Expériences personnelles, familiales et/ou des membres de la communauté vis-à-vis de la vaccination (douleur incluse) ;*
 - *Croyances et attitudes vis-à-vis de la santé et de la prévention ;*

- *Connaissances et prise de conscience ;*
- *Confiance et expérience personnelle dans le système de santé et les fournisseurs ;*
- *Perception du rapport risques/bénéfiques ;*
- *Vaccination perçue comme norme sociale versus inutile ou nocive.*
- *Facteurs spécifiques à un vaccin ou à la vaccination :*
 - *Rapport risques/bénéfices sur le plan épidémiologique et des preuves scientifiques ;*
 - *Introduction d'un nouveau vaccin ou d'une nouvelle formulation ou d'une nouvelle recommandation pour un vaccin existant ;*
 - *Mode d'administration ;*
 - *Organisation du programme de vaccination/mode d'administration (en routine ou campagne de masse) ;*
 - *Fiabilité et source d'approvisionnement des vaccins et/ou du matériel de vaccination ;*
 - *Schémas de vaccination ;*
 - *Coûts ;*
 - *Force de la recommandation et/ou bases des connaissances et/ou attitudes des professionnels de la santé. »*

Selon Eve Dubé et al. citée par Lambert H. et Scheen B., la communication est la règle d'or. Il est important que les messages de santé soient compréhensibles afin de gagner la confiance de la population. Cette règle s'applique également au niveau des professionnels de la santé qui peuvent être des personnes influentes dans le choix des individus puisqu'ils sont une source d'information. D'après Avalosse et al. cité par Van den Broucke S. (2021-2022), le médecin généraliste constitue la source d'information la plus importante avec un taux de 55% pour l'ensemble de la population adulte contre 28% pour internet et 5% pour la famille.

Selon la théorie de Fogg sur la communication interpersonnelle, celle-ci suggère que les réseaux sociaux ont la capacité de combiner crédibilité de persuasion interpersonnelle avec le comportement recherché parmi un groupe d'individus. Il a été constaté que les médias sociaux mélangeaient plusieurs types d'informations, tantôt vraies, tantôt fausses. Parmi elles, nous retrouvons des éléments probants faisant appel à des études EBM. Pour d'autres, il s'agit d'éléments plutôt factuels, portant sur l'émotionnel et l'individuel. De ce fait, selon le vécu

personnel et les messages véhiculés, les réseaux sociaux ont la capacité d'influencer les prises de décisions concernant la vaccination contre le HPV (*Teoh D., 2019*).

Il existe également la crainte d'avoir des effets secondaires liés aux vaccins. Nous pouvons citer le manque de confiance envers les politiques de vaccination, le coût mais aussi la position du MG de la famille envers le vaccin, puisqu'il s'agit de la source d'information la plus importante. Enfin, les messages véhiculés à travers différents médias dont internet, sont une influence non négligeable.

En juin 2017, une étude auprès du personnel soignant belge des SPSE avait été faite concernant leur position en vue de l'élargissement de la couverture vaccinale anti-HPV auprès des jeunes garçons. Nonante pourcent y étaient favorables tandis que 10% des professionnels de la santé ont marqué une réticence. Selon eux, le vaccin pourrait permettre une « ouverture » à la sexualité débridée et ils trouvent que l'efficacité du frottis de col pour diagnostiquer des pré-lésions/lésions de cancers est une valeur sûre. L'incertitude quant à l'efficacité du vaccin a par ailleurs été citée. Parmi les 100% de répondants, 40% avait le sentiment que le vaccin donnerait un faux sentiment de sécurité auprès des personnes vaccinées. (*Miermans M-C., Swennen B. et Vermeeran A., 2019*)

2.3.3. Controverse

Commercialisé et recommandé depuis 2006, le vaccin contre le papillomavirus humain s'est vu être la cible de certains détracteurs. C'est ce qui s'est malheureusement passé au Japon. Une désinformation de masse a provoqué une baisse importante dans la couverture vaccinale anti-HPV. Un certain nombre de patientes vaccinées ont été amenées à expliquer leur vécu, mettant en avant des événements indésirables. En mars 2013, des rapports voient le jour et établissent des liens non-fondés entre le vaccin et le syndrome douloureux régional complexe, effet indésirable relaté par ces groupes de patientes. Certains médias, soutenus par les anti-vax, se sont empressés de relayer ces histoires bien qu'aucun lien n'avait été confirmé jusqu'alors. En créant un relais massif de cette fausse information, le taux de la couverture vaccinale anti-HPV s'est vu diminuer de manière importante. En juin de la même année, le Ministère japonais de la santé décide, par ailleurs, de suspendre la recommandation du vaccin anti-HPV.

Les médias débridés et le gouvernement qui n'ont rien fait pour rassurer, ont créé un doute de la population envers le vaccin anti-HPV et cette défiance s'est étendue au-delà des frontières japonaises, impactant les connaissances et croyances concernant le vaccin contre le papillomavirus auprès d'autres communautés. (*OMS., 2016*)

A la suite de cette controverse, en janvier 2016, l'EMA clôturait un rapport concernant l'incidence de la vaccination anti-HPV sur le syndrome douloureux régional complexe et le syndrome de tachycardie orthostatique posturale chez les jeunes femmes vaccinées.

L'étude n'a pas confirmé qu'il subsistait un lien de causalité et que par conséquent, il n'y avait pas de raison à modifier le mode d'utilisation et d'administration du vaccin contre le papillomavirus humain. (EMA., janvier 2016).

Il aura fallu 8 ans et demi, en novembre 2021, pour que le Ministère de la santé japonaise revienne sur cette précédente décision pour reprendre les campagnes nationales de santé, recommandant le vaccin contre le papillomavirus humain. (Obara H. et Fujita N., 2022)

2.4. Réflexion et conclusion du cadre théorique

Ce cadre théorique nous permet de faire un premier point important : il est dans l'intérêt de la santé publique de faire vacciner les individus, de manière universelle, contre les papillomavirus humains. Pour ce faire, le recours à la vaccination, associée à des protections internes ou externes, sont de rigueur. Malgré tout, plus d'un million d'individus développent une maladie sexuellement transmissible quotidiennement, à travers le monde (OMS., 2022). Parmi ces maladies, l'infection à papillomavirus humain est la MST la plus fréquente. En sachant que 80% de la population sera en contact avec au moins un virus à HPV au cours de sa vie, la vigilance est un maître mot.

Parmi les différents déterminants cités par le SAGE quant à l'hésitation vaccinale, le HCSP (2017) a souligné une problématique spécifique aux parents : d'une part, ceux-ci ne semblent pas prendre conscience de la protection qui est attendue via la vaccination, et d'autre part, ils ne comprennent pas l'intérêt de faire la vaccination avant le début des rapports sexuels. Ces 2 éléments font échos à la problématique « croyances et attitudes vis-à-vis de la santé et de la prévention » mais également « connaissances et prise de conscience » cité par le groupe SAGE.

En Belgique, la politique de vaccination en médecine scolaire nous permet d'accéder au vaccin anti-HPV gratuitement, c'est une amélioration de la couverture vaccinale puisque le coût peut être un frein. Malgré tout, la couverture reste encore relativement basse (47.6%) par rapport à l'objectif visé. Outre les raisons citées précédemment dans ce travail, un déterminant important qui peut également impacter cette couverture vaccinale, et qu'on retrouve spécifiquement en Belgique, est le fait que certains services SPSE ou CPMS n'effectuent pas la vaccination contre le HPV, malgré le fait qu'ils prennent en charge une proportion importante d'élèves du secondaire (Miermans M-C., Swennen B. et Vermeeren A., 2019).

Selon que l'école soit en statut « libre » ou « officiel », les subventions et les services proposés diffèrent en médecine scolaire.

Si nous nous en référons à la liste de déterminants établie par SAGE, plusieurs raisons peuvent expliquer l'hésitation vaccinale anti-HPV. Cependant, nous pouvons supposer que certains éléments seront plus spécifiques que d'autres dans l'hésitation vaccinale pour la région du Brabant Wallon. Pour ce faire, nous prendrons le temps d'interviewer notre public intermédiaire, de comprendre et d'analyser les raisons qui le pousse à s'opposer ou postposer le vaccin contre les papillomavirus. Le but étant, in fine, d'étudier des pistes de solutions afin d'améliorer la couverture vaccinale pour cette région.

3. Méthode de recherche

3.1. Développement du cadre théorique et question de recherche

Avant même d'entamer le Master en Santé Publique, nous avions pour projet d'aborder la problématique des papillomavirus humains dans le cadre du mémoire de fin d'études. Nos motivations sont parties d'une part, d'un vécu personnel et professionnel, et d'autre part, de la volonté d'aborder un problème de santé publique. Nous avons déjà entamé diverses recherches concernant les HPV et leurs conséquences. Nous nous sommes également questionnés sur la conception que peuvent avoir les différents acteurs de soins à propos de ce sujet, et nous avons pu constater qu'il y avait souvent un manque de connaissance de leur part.

En effet, avant de travailler au bloc opératoire dans le service de chirurgie de maxillo-faciale, nous n'avions pas connaissance que les HPV pouvaient provoquer des lésions oncologiques non seulement au niveau de la région ano-génitale, mais également au niveau de la sphère ORL/maxillo-faciale. Le sujet n'avait pas été abordé durant nos études d'infirmière, ni même lors de la spécialisation d'infirmière en soins péri-opératoire. Nous pensons que, malgré les campagnes de sensibilisation, nous n'avons pas toujours accès aux informations et lorsque nous les avons, nous n'avons pas forcément conscience des conséquences. Pouvoir travailler sur ce thème-là nous tenait donc à cœur.

Afin de pouvoir cibler notre question de recherche, en sachant que la problématique du HPV est vaste, nous avons commencé à lire des articles. C'est à ce moment-là que nous nous sommes penchés sur le dernier rapport d'enquête de 2019-2020 concernant la couverture vaccinale anti-HPV chez les adolescents scolarisés en Belgique. Nous avons pu constater que malgré autant d'années de prévention primaire, il subsistait une importante hésitation

vaccinale, et tout particulièrement au sein du Brabant Wallon. Partant de cette observation, nous avons élaboré une première question de recherche qui était la suivante : « *Quelles sont les raisons qui expliquent le refus des parents d'élèves scolarisés en 2^{ème} secondaire au sein du Brabant Wallon, concernant la vaccination anti-HPV pour leurs enfants ?* » mais qui a évolué vers une nouvelle question de recherche : « *Quelles sont les raisons qui expliquent l'hésitation vaccinale des parents d'élèves scolarisés en secondaire, au sein du Brabant Wallon, vis-à-vis de la vaccination contre les papillomavirus, en médecine scolaire ?* ».

Afin d'accéder à de la littérature scientifique, nous avons tout d'abord repris sur une liste un certain nombre de sites internet sur lesquels nous pourrions en trouver.

Il s'agissait entre autre de : Cairn, Google Scholar, Pubmed, ScienceDirect, le RESO de l'UCL ou encore, Cochrane. En-dehors des sites hébergeant des articles EBM, nous avons également fait des recherches sur des sites officiels tels que l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le Centers for Disease Control and Prevention (CDC), la Haute Autorité de Santé (HAS), le Conseil Supérieur de la Santé (CSS), l'Agence Fédérale des Médicaments et des Produits de Santé (AFMPS), le Centre Fédéral d'Expertise des soins de santé (KCE), le site de la Fédération Wallonie-Bruxelles (FWB) ou encore, l'European Medicines Agency (EMA). Et sans oublier nos personnes ressources qui sont Docteur Carrillo Paloma, notre promotrice et Professeur D'Hoore William, notre co-promoteur et Doyen de la Faculté de Santé publique à l'Université catholique de Louvain. Ils nous ont permis d'approfondir certains détails, nous permettant ainsi d'être plus pointu dans l'élaboration de ce travail.

Pour effectuer nos recherches, nous avons utilisé les opérateurs booléens : « ET/AND/&, OU/OR/+ et SAUF/NOT/- » qui nous ont permis d'inclure ou bien d'exclure certains termes ou mots-clefs pouvant nous aider à trouver des résultats plus adéquats par rapport à notre problématique. Nous avons, par ailleurs, centré nos recherches, tantôt sur de la littérature primaire et secondaire pour les articles scientifiques, tantôt sur de la littérature grise pour les informations provenant de rapports gouvernementaux que l'on peut retrouver sur le site du KCE, de la FWB ou bien du CSS.

Pour effectuer ces recherches, et à l'aide du site MeSH, nous avons utilisé plusieurs mots-clefs :

En Français	En Anglais
Vaccination	Vaccination
Refus vaccinal	Vaccination refusal
Hésitation vaccinale	Vaccine hesitancy
Papillomavirus humain	Human Papillomavirus Viruses
Vaccination HPV	Papillomavirus vaccines
Recommandation vaccinale	Vaccinal recommendation
Couverture vaccinale	Vaccination coverage
Antivax	Anti-vaccination movement

Afin de sélectionner au mieux le contenu trouvé, nous nous sommes référés à plusieurs éléments nous permettant de nous positionner quant à l'utilisation ou non des sources. Ces données étaient : les auteurs, leurs fonctions ou spécialités, l'année de publication, le site d'hébergement de l'article/ l'éditeur, si l'article possédait un DOI ou non, la bibliographie mais également l'ensemble de l'article comprenant le titre, le résumé, la méthode, le résultat et la discussion s'y rapportant.

3.2. Choix de la méthode

Dans le cadre de ce mémoire, nous avons fait le choix d'utiliser la méthode qualitative qui permet de comprendre l'expérience des individus, de produire de nouvelles hypothèses ou explications (*Britten N. cité par Aujoulat I., Schmitz O. et al., 2022*). Concrètement, la méthode qualitative « utilise des données issues du langage (écrit ou parlé) plutôt que des données numériques » (*Green et Thorogood., 2004, cité par Aujoulat I., 2022*). La recherche qualitative répond donc à des questions comme « Quoi ? Comment ? Pourquoi ? » par rapport à la problématique plutôt que « Combien » (*Aujoulat I., 2022*). Elle cherche donc à comprendre des processus (*Young B., 2013 cité par Aujoulat I., 2022*). La variable qualitative ne peut pas être mesurée et peut être classée comme nominale ou ordinale.

Il existe 2 démarches : la démarche inductive ou *empirico-inductive* et la démarche déductive ou *hypothético-déductive*. Dans le cadre de notre mémoire, afin de pouvoir construire au mieux notre travail de recherche, nous avons utilisé la démarche inductive que nous pouvons définir de la manière suivante : « [...] est une méthode de travail scientifique qui part d'un fait (avec des données brutes, réelles et observables) pour expliquer un phénomène »

(Gaspard C., 2020). Pour reprendre la définition, plusieurs hypothèses, que nous avons citées dans notre cadre théorique, peuvent expliquer pour quelles raisons les individus ont une hésitation vaccinale. Afin de comprendre, expliquer et faire lien avec la littérature, nous avons interrogé notre public sur les raisons qui expliquaient le fait d’avoir refusé la vaccination anti-HPV au moment de la convocation.

3.3. Stratégie d’échantillonnage et de recrutement

Un échantillon est : « un groupe restreint d’unités statistiques tiré d’une population parente préalablement définie. Le nombre d’unités détermine la taille de l’échantillon. » (Speybroeck N., 2018-2019). En méthode qualitative, l’échantillon ne doit pas être représentatif, statistiquement, de la population (Aujoulat I., 2022). On parle alors d’échantillon théorique ou raisonné qui est « *un échantillon construit au fur et à mesure de la recherche. Les répondants sont choisis en fonction de critères théoriques émergents, c’est-à-dire qui apparaissent à l’analyse : théorie émergente dans le cadre d’une démarche inductive...formulation d’hypothèses (provisaires)* » (Glaser and Strauss., 1967 cité par Aujoulat I., 2022).

L’objectif étant que notre échantillon puisse avoir un point commun, c’est-à-dire le fait d’avoir refusé la vaccination contre les papillomavirus au moment de la convocation par la médecine scolaire. De ce fait, nous avons fait le choix que l’échantillon soit homogène. Afin d’éviter tout biais lié à la langue et de faciliter les échanges, nous n’avons interrogé que des participants francophones.

Afin de sélectionner notre échantillon, nous avons décidé d’utiliser l’échantillonnage sélectif ou intentionnel qui se base sur des critères d’inclusions (Aujoulat I., 2022). Par conséquent, les critères d’inclusions et d’exclusions sont :

Inclusion	Exclusion
- Francophone - Parents ayant refusé la vaccination contre les HPV au moment de la convocation de la médecine scolaire - Habitants en Brabant Wallon - Enseignement secondaire - Écoles publiques dans le BW - Parents biologiques/adoptifs	- Non francophone - Parents ayant accepté la vaccination au moment de la convocation de la médecine scolaire - Parents ayant fait vacciner leurs enfants contre les HPV via la médecine scolaire - Enseignement spécialisé - Écoles privées - Autre tuteurs légaux

Pour ce faire, une première sélection a été faite au travers d'un questionnaire en ligne via MS Forms. Plusieurs critères ont été mis à l'avant-plan lors de l'introduction du questionnaire, à savoir les différents critères d'inclusions que nous avons repris ci-dessus. De cette façon, chaque personne désirant participer à l'enquête pouvait dès le départ se sentir concernée, et ainsi participer ou non.

Étant donné que l'échantillon ne devait pas être représentatif de la population, il n'existait pas de taille prédéfinie. Cependant, nous aurions aimé avoir au moins 10 répondants, ce qui n'a malheureusement pas été le cas. L'intérêt d'avoir un plus grand panel d'interviewés était d'atteindre un seuil de saturation au niveau des réponses, permettant ainsi de ne plus avoir de nouvelles données qui pourraient expliquer le refus vaccinal anti-HPV (*Aujoulat I., 2022*).

Après avoir effectué ce premier questionnaire et les entretiens, nous avons constaté que les répondants revenaient régulièrement avec la notion du genre pour lequel ils attribuaient les affections à HPV au problème de cancer du col de l'utérus, et donc, au sexe féminin. Par conséquent, nous avons fait le choix de publier un second questionnaire en ligne, via la plateforme MS Forms intitulé "HPV : une question de genre ? ». L'intérêt était d'élargir à un plus grand échantillon, en Belgique, sur la question du genre en lien avec les notions ressorties des entretiens, à savoir « qui est transmetteur » et « qui développe des symptômes ».

3.4. L'outil de collecte des données et déroulement

Dans le cadre de ce mémoire de recherche, nous avons procédé en 2 étapes. Dans un premier temps, nous avons élaboré un questionnaire fermé afin de pouvoir collecter des données auprès de notre échantillon. Nous avons fait le choix d'utiliser internet car, selon nous, c'est le média le plus utilisé au XXI^{ème} siècle et qu'il s'agit d'un canal d'information important pour cette population. C'était également un moyen relativement facile pour toucher notre public. Dans un deuxième temps, nous avons effectué des entretiens semi-directifs, par téléphone.

Le questionnaire en ligne avait pour objectif de sélectionner notre échantillon selon les critères d'inclusion. Ce questionnaire a été publié le 1^{er} décembre 2022 à 00h01 et s'est clôturé le 31 décembre 2022 à 23h59. Celui-ci ne prenait pas plus de 5 minutes à répondre. Après avoir sélectionné notre échantillon, des entretiens semi-directifs ont été effectués entre le 1^{er} janvier 2023 et le 31 janvier 2023. Nous avons rédigé plusieurs questions fermées reprenant : le genre et la tranche d'âge du répondant, s'il avait au moins un enfant scolarisé dans une école secondaire du BW, l'année de scolarité de cet enfant, si le répondant avait reçu la convocation et si oui, s'il avait marqué son accord. La dernière question laissait le choix à

la personne de laisser ses coordonnées afin d'être recontactés pour effectuer l'entretien semi-directif.

Onze personnes ont laissé leurs adresses e-mails et c'est effectivement via la voie électronique que nous les avons recontactés. Parmi les 11 personnes, seules 7 ont donné suite pour effectuer les entretiens.

Tous les échanges ont été faits oralement et par le biais du téléphone portable. Ils ont été enregistrés via notre ordinateur, au moyen du programme « microphone », avec l'accord au préalable de la personne interrogée. Ils se sont effectués de manière individuelle.

Ces interviews ont été retranscrites par écrit, sur notre ordinateur, via le programme « word » et l'anonymat des participants a été respecté.

Afin de collecter les réponses de notre échantillon, un guide d'entretien semi-directif a été élaboré au préalable et validé par nos promoteurs.

A l'aide des entretiens semi-directifs, les répondants avaient la possibilité d'avoir une certaine liberté de parole, malgré le cadre défini (*Aujoulat I., 2022*).

Lors des entretiens, nous avons utilisé plusieurs fois la technique de reformulation et le questionnaire a évolué au fil des échanges.

Durant les entretiens, nous avons été interpellés à plusieurs reprises du fait que les interlocuteurs mettaient régulièrement en avant l'idée que les papillomavirus ne concernaient que les femmes. Par conséquent, afin d'alimenter notre discussion et notre réflexion, nous avons fait le choix de mettre en ligne un second questionnaire, intitulé « HPV : une question de genre ? ». Ce questionnaire était un questionnaire fermé avec 4 questions purement théoriques (*que nous pouvons retrouver page 48*) et se terminait par un encadré demandant les informations sur l'âge, le genre et la région dans laquelle ils habitaient. Il y avait également un encadré permettant aux personnes d'argumenter s'ils le souhaitaient. Celui-ci ne prenait pas plus de 2 minutes. Il a été publié le 12 mars 2023 à 00h01 jusqu'au 12 avril 2023, 23h59. Étant donné que nous n'avions pas les coordonnées de tous les répondants de notre premier questionnaire en ligne, nous avons fait le choix de ne pas garder cet échantillon initial. Nous avons cependant gardé les réponses pour lesquels les critères suivants étaient respectés : réponses à toutes les questions fermées, notion de l'âge, précision sur le genre et habitant en FWB.

3.5. Analyse des données

Afin de permettre une analyse adéquate, les entretiens ont été retranscrits par écrit, sur notre ordinateur personnel, au moyen du programme « word ». L'écoute, la retranscription et la

relecture nous ont permis de cibler les points clefs de cette recherche et d'identifier les différentes facettes du refus vaccinal anti-HPV au moment de la convocation de la médecine scolaire.

Ces résultats nous ont permis de faire lien avec la littérature. Les résultats récoltés ont pu faire l'objet d'une réflexion quant à des pistes de solution.

4. Résultats

4.1. Présentation de l'échantillon

Au total, 228 personnes ont répondu au questionnaire en ligne dont 26 rentraient dans les critères d'inclusion. Il s'agissait de parents d'élèves scolarisés dans une école du Brabant-Wallon, qui ont refusé la vaccination en secteur PSE.

Parmi les 26 personnes, seules 11 ont laissé leurs coordonnées afin d'être recontactées. Parmi les 11 personnes recontactées, seules 7 ont donné suite pour un entretien.

Sur les 11 personnes recontactées, 4 personnes n'ont pas donné suite pour les raisons suivantes :

- Pas de retour de la personne, malgré 2 e-mails ;
- 2 personnes m'ont accordée un entretien mais ne se sont finalement pas montrées disponibles lorsque nous les avons appelées. Suite à cela, nous avons renvoyé un e-mail afin de replacer un entretien mais nous n'avons pas eu de retour ;
- Une dernière personne a finalement refusé d'être interrogée.

Parmi les 7 personnes interviewées :

- 5 se situaient dans la tranche d'âge [40-49] et les 2 autres dans la tranche d'âge [50-59] ;
- Il y avait 6 femmes et 1 homme dans les personnes interrogées ;
- 1 seule personne était sans emploi ;
- 4 personnes n'ont pas fait vacciner leur(s) enfant(s) et les 3 autres ont postposé le vaccin ;
- L'âge des adolescents se situaient entre 12 et 18 ans, avec un âge moyen de 15ans ;
- Sur 11 adolescents concernés, 5 étaient des filles et 6 étaient des garçons ;
- Tous les adolescents étaient scolarisés dans le secondaire, en Brabant Wallon ;
- Et tous étaient domiciliés en Brabant Wallon.

4.2. Présentation des résultats

Pour la présentation des résultats de ces entretiens semi-directifs, nous utiliserons la première lettre du prénom de chacun des participants lorsque nous évoquerons leurs idées. Les lettres utilisées pour identifier les différents interviewés seront : L, M1, V, S, M2, A et J.

Étant donné que nous avons un nombre restreint de personnes interrogées, l'échantillon ne peut pas être représentatif. Nous ne pouvons donc pas prétendre à une généralisation des résultats.

A la construction de l'entretien semi-directif, nous nous sommes basés sur les différents déterminants proposés par le groupe SAGE, de telle façon à avoir des questions permettant d'aborder le sujet de manière assez large tout en gardant une certaine précision par rapport à la problématique. Par conséquent, nous voulions savoir les représentations concernant la vaccination de manière générale mais également au niveau de la vaccination contre les papillomavirus. Nous voulions savoir également les représentations des répondants au sujet des HPV, l'importance de leur hésitation vaccinale, leur avis concernant la convocation du PSE et enfin, l'influence des pairs et des médias.

La présentation des résultats se fera sur base de ces 5 thèmes.

4.2.1. La vaccination et les vaccins contre les HPV

4.2.1.1. La vaccination

Plusieurs qualifications ont été données à la vaccination en générale. Tantôt plutôt positives, tantôt plutôt négatives. Les répondants ont abordé des notions telles que « sécurité, santé publique et danger » (L), « immunité et protection » (M), « prévention » (V et A), « protection » (S et M2) mais aussi « technique et business » (J).

Trois personnes (M1, S, A) sur 7 ont abordé le fait qu'elles étaient inquiètes du fait qu'on injecte un produit médicamenteux dans le corps, issu d'une manipulation humaine, dont on ne connaît pas forcément la composition : « *Et donc la crainte heu... voilà c'est l'injection d'une... d'une manipulation humaine [...]* » (A) ; « *[...] qu'est-ce qui peut se produire dans 10ans, qu'est-ce qui peut se produire dans 2ans, est-ce que mon corps va l'accepter, est-ce qu'on l'a essayé sur un certain nombre de personnes [...]* » (S) ; « *[...] nous en tant que parent, donner un médicament par plaisir, on ne le fera jamais non plus [...]*. » (S), « *[...] c'est l'inconnu, de savoir qu'est-ce que ça fait aux cellules ou quelque chose comme ça quoi. Voilà. C'est un peu cette crainte heu... cette crainte-là. Ou des modifications ou aussi parfois au niveau des substances qui ne pourraient pas être acceptées par le corps.* » (M1).

Au-delà du fait d'injecter un vaccin, il y avait également les inquiétudes quant aux effets secondaires (L, M1, S, J). Lors de l'échange, « L » a mentionné qu'elle n'était pas inquiète par rapport aux effets secondaires sur elle mais plutôt sur ses enfants et que cette inquiétude était majorée dès lors qu'il s'agissait d'un vaccin qu'elle n'avait pas fait elle-même : « [...] *Surtout quand ils sont petits parce qu'ils réagissent [...] Je m'inquiète moins pour moi.. Je pense que c'est plus angoissant n tant que maman pour nos propres enfants, surtout quand c'est leur faire un vaccin que nous on n'a pas fait, qui n'est pas obligatoire alors il y a quand même une réflexion [...] ».*

La notion de « danger » a été abordée par (L) mais également par (J). Tous 2 ont pu exprimer lors des interviews, avoir vécu de près ou de loin, des effets secondaires en lien avec un vaccin mais qui n'était pas celui du HPV : « *Il (le manque de confiance envers les politiques de santé NDLR) vient d'une heu... d'une histoire familiale d'abord, enfin personnelle. [...] j'ai déclenché en fait une habitude de faire des crises d'asthme suite au vaccin [...]. » (J) ; « [...] dans ma famille on a eu un cas dramatique avec la vaccination, avec convulsions, encéphalite... avec le vaccin anti-variolite. ».* Ces éléments n'ayant pas pu être vérifiés, nous ne pouvons pas nous prononcer sur la véracité et la validité scientifique de ces propos.

Bien que la vaccination ait une portée individuelle et collective, 4 (A, J, M1, M2) des interrogés se questionnaient sur l'intérêt de faire certains vaccins : « [...] *comment elle pourrait être contaminée [...] est-ce qu'elle pourrait contaminer d'autres [...] pour moi la vaccination permet la protection de la collectivité [...] je vois pas l'intérêt pour l'instant. » (A) ; « [...] après on s'est toujours dans, familialement plutôt méfiés des vaccins dans le sens heu... où mettre la limite entre les vaccins et ceux qu'on trouve superflus [...] » (J).* Effectivement, la question de savoir s'ils étaient concernés ou non par les vaccins en général, se posait. Par exemple, (M2) exprimait le fait de ne pas faire le vaccin de la grippe car selon elle, elle n'est pas concernée par les risques en lien avec ces virus : « [...] *je vais avoir ans, je ne suis pas à risque donc je ne fais pas le vaccin de la grippe. Vous voyez donc je considère le vaccin comme une protection pour des maladies dont on... voilà quand c'est nécessaire si je peux dire comme ça. [...] ».* Cela rejoignait le même ordre d'idée vis-à-vis de son enfant qu'elle considérait comme trop jeune au moment où la vaccination anti-HPV a été proposé. Celui-ci n'était pas concerné, à ce moment-là. (M1) exprimait par ailleurs la même idée : « [...] *si on devait dire il faut absolument faire vacciner heu... contre telle ou telle maladie, peut-être que là je me dirais bah non, il n'y a pas vraiment de risque dans ma situation [...] ».* (J) quant à lui pense qu'on met trop d'argent dans le préventif alors qu'il y a plus d'intérêt à mettre le budget dans le côté thérapeutique, en injectant de l'argent dans « la vraie

médecine » qui soigne : « [...] les vaccins coûtent chers et heu...donc d'un côté on investit beaucoup dans les vaccins, et d'un autre côté on désinvestit les heu... le personnel médical et les soins véritables, les actes [...]. Je trouve que c'est un choix politique de santé que je ne veux pas cautionner [...] Si on mettait autant d'argent pour soigner les malades, on aurait moins d'effets secondaires et ça coûterait moins cher. ».

Enfin, (A) expliquait qu'elle ne comprenait pas toujours l'intérêt de la vaccination car, d'une part, nous avons l'immunité naturelle, et d'autre part, que la contagion de tel ou tel virus n'est pas exceptionnellement importante. (A) faisait référence, en l'occurrence, à la crise sanitaire et la vaccination obligatoire pour les jeunes : « [...] En tant qu'adulte, oui, ça a clairement en effet aidé à diminuer la contagion et à protéger les personnes en moins bonne santé mais au niveau des ados, la contagion était quand même là et ils ne l'ont quand même pas fait fort, de façon générale [...]. Est-ce que vraiment ça a eu du sens alors qu'ils aient forcé à la fin à la vaccination des 9-12ans. [...] ».

4.2.1.2. Intérêt sociétal versus financier

Outre les aspects plutôt « santé » et les inquiétudes s'y rapportant, 2 interviewés (M1, J) se questionnaient sur l'enjeu financier derrière la vaccination, se demandant s'il y avait un réel intérêt pour les personnes ou bien s'il s'agissait d'un intérêt financier : « [...] ce qui me vient aussi à l'esprit, c'est le business. Le vaccin en tant qu'idéologie et de heu... en tant que pratique de heu... comment dire, qui est porté par une idéologie et des intérêts qui sont derrières. » (J) ; « [...] les firmes pharmaceutiques vont peut-être poussées dans leur intérêt et peut-être pas dans l'intérêt réel du patient quoi. [...] ». Alors que 2 personnes (M2, V) sur 7 ont marqué leur confiance dans les politiques de santé : « Non (est-ce qu'il y a un manque de confiance vis-à-vis des politiques de santé ? NDLR) » (M2), « Non (est-ce qu'il y a un manque de confiance vis-à-vis des politiques de santé ? NDLR) ».

4.2.1.3. Le manque d'informations

Un problème qui avait également été souligné était le fait qu'on manquait d'information à propos des vaccins, que tout est fait dans l'urgence et qu'on ne prend plus le temps d'informer les personnes, ou même de s'informer soi-même (S) : « [...] il y a un manque d'informations. [...] on essaie de se rassurer comme on peut mais on essaie aussi de relativiser pour ne pas se prendre la tête parce que bon une fois qu'on est vacciné, c'est trop tard [...] Mais voilà, le vaccin en tout cas, je n'étais pas craintive jusqu'à effectivement maintenant (nouveaux vaccins VS anciens, NDLR). Maintenant il n'y a peut-être pas de raison mais je pense que c'est le manque d'informations, certaines choses qui sont floutées que les autres n'entendent

jamais parler. » ; « [...] on prend des décisions à la hâte, tout va très vite, on n'a plus le temps de réfléchir, de se poser de bonnes questions, de se poser tout court en fait. [...] ».

4.2.1.4. Le vaccin contre les papillomavirus humains

Par rapport à la vaccination contre les HPV, plusieurs personnes ont souligné que ce vaccin n'était pas obligatoire (J, M1, L, M2, S). Par ailleurs, (S) trouvait qu'on ne parlait pas assez de la problématique des papillomavirus et de la vaccination contre les HPV dans les médias : *« [...] Bah la grippe, vous entendez, même dans les médias vous entendez. [...] Papillomavirus, nada, on n'entend rien, nulle part. Oui heu... voilà, comme vous au téléphone aujourd'hui, peut-être une publicité qui va passer, que vous allez une fois voir de temps en temps, et encore je pense que si j'en ai vu une, c'est une seule, depuis des années. Autour de nous, personne n'en parle parce que je pense que personne ou du moins, pas grand monde n'est au courant [...]. »*. Si effectivement, les papillomavirus nécessitent une vaccination, certains répondants (S et L) se posent des questions. Certains mettent d'ailleurs en évidence la notion de la « non-obligation » qui fait que cette vaccination ne semble pas importante (L et S).

(J), qui a consulté un article dans une revue, nous a fait part qu'un pays s'était retiré de la campagne de vaccination contre les papillomavirus suite à des effets secondaires « très graves ». Selon lui, la vaccination contre les HPV est de l'ordre du superflu et coûte trop d'argent à la société car il faudrait faire vacciner énormément de filles et que le bénéfice est incertain : *« [...] c'est un vaccin qui heu... qui coûte cher heu... si vous voulez l'administrer heu... donc le heu... pour un bénéfice, pour une couverture, pour empêcher les... les... les cancers heu... il faut vacciner beaucoup beaucoup de femmes. Heu... donc ce sont des traitements qui ont... un coût énorme pour la ... pour la société. Et heu... dont le... le bénéfice n'est pas certain quand... quand on regarde les effets négatifs aussi, les effets secondaires.[...] la population a reculé avec ce vaccin à cause d'effets secondaires graves. Voilà, je pense que le bénéfice pour la... la santé publique heu... n'est pas... n'est pas évident heu... au vu du coût. [...] »*.

4.2.2. Les représentations sur les papillomavirus humains

Lors des entretiens, il nous semblait opportun de nous pencher sur les représentations sociales des différentes personnes de l'échantillon, au sujet des HPV. Celles-ci pourraient être un élément important dans le cadre de l'hésitation vaccinale. L'intérêt n'était donc pas d'évaluer les connaissances mais bien de s'interroger sur l'impact des représentations sur l'hésitation. Plusieurs sujets ont été abordés : la transmission, la protection, l'association HPV et femme,

l'orientation sexuelles, les traces du virus sur le corps, les hommes et les papillomavirus, la détection du virus et le développement des maladies en lien avec les HPV.

A la question, « *pourriez-vous me dire ce que vous savez sur le papillomavirus* », qui était une question plutôt générale, nous voulions pousser les personnes à réfléchir sur le sujet sans influencer d'élément de réponse.

Plusieurs réponses ont été émises, mais plutôt sous forme de mots-clefs comme : « *rapport sexuel* » (L, V) , « *cancer et/ou plus précisément cancer du col de l'utérus* » (L, M1, V, S, J), « *virus* » (A, S), « *plusieurs souches* » (M1), « *les hommes et les femmes sont porteurs* » (M1), « *transmission par l'homme mais conséquences pour la femme* » (S).

(J) par contre a exprimé qu'il ne savait pas ce qu'était le papillomavirus mais qu'il savait que le vaccin était là pour empêcher l'apparition du cancer du col utérin : « *[...] c'est un vaccin qui vise à ... à empêcher le cancer du col de l'utérus. [...]* ». Bien que (J) ait répondu comme cela à cette première question, nous nous sommes rendues compte au cours de l'entretien que (J) supposait certains éléments de réponse concernant les HPV en faisant des liens avec le HIV : « *[...] on parlait beaucoup de... dans ma génération du... de la transmission du sida mais heu... ça peut se transf... se transmettre d'homme à femme, d'homme à homme heu... de femme à femme je ne sais même pas, certainement. Heu.. donc visait plutôt les pratiques non protégées avec... sans préservatif heu... oui on parlait surtout des pratiques plutôt que des... des genres (selon vous est-ce que l'orientation sexuelle influence la propagation des maladies sexuellement transmissibles dont les papillomavirus ? NDLR)* » ; « *J'associe le... dans mon imaginaire heu... la transmission du papillomavirus ou transmission du VIH mais sans... sans connaissance.* ». Cependant, malgré les réponses, (J) insistait sur le fait qu'il me répondait dans le cadre de cet entretien mais qu'en aucun cas, il n'avancerait de telles réponses à son entourage, à sa fille ou quiconque car il ne maîtrisait pas le sujet.

A la question plus générale sur les papillomavirus, nous, en tant qu'étudiante, nous nous sommes rendu compte qu'il y avait un intérêt à creuser certains détails afin de comprendre l'hésitation vaccinale et à faire des liens entre les connaissances et la position vaccinale des interviewés.

4.2.2.1. La transmission

Nous avons abordé dans l'entretien, la question de la transmission. Cinq personnes (L, M1, V, S et M2) ont répondu que cela se faisait par voie sexuelle, et plus précisément via la pénétration vaginale par le pénis. D'autres ont également parlé de la pratique du sexe oral (V,

J). (A) a répondu ne pas savoir la manière dont le virus peut se transmettre. A cette question, s'en est suivie la question sur la protection.

4.2.2.1. La protection

Tous étaient d'accord pour parler de la vaccination mais au niveau des protections dites « physiques », c'est le préservatif masculin qui est le plus ressorti (L, M1, V, S, M2). (A) n'a pas parlé du préservatif et n'a énuméré que la vaccination. (J) quant à lui disait qu'il ne savait pas, malgré le fait qu'il ait parlé de la vaccination pour prévenir l'apparition du cancer du col de l'utérus un peu plus tôt dans l'entretien : « [...] *c'est un vaccin qui vise à ... à empêcher le cancer du col de l'utérus. [...]* ». Un détail qui a été évoqué était qu'à partir du moment où on est vacciné, le préservatif n'était plus utile puisqu'on est protégé (L) : « [...] *je dirais le préservatif, ça peut protéger si on ne fait pas la vaccination [...]* ». Afin de bien comprendre l'idée de (L), nous avons reformulé sa réponse : « *Donc si j'ai bien compris, si on se fait vacciner et qu'on n'utilise pas de préservatif, on est protégé du papillomavirus ?* » ce à quoi (L) a répondu : « *Pour moi oui, c'est ce que j'ai compris.* ».

(V) expliquait que le préservatif ne pouvait pas protéger en cas de sexe oral : « *De quelle manière on peut s'en protéger ? Hé bien le vaccin s'il y a lieu [...] alors j'imagine que le préservatif, s'il n'y a pas de contacts buccaux, maintenant s'il y a contacts buccaux le préservatif n'aide pas évidemment* ».

A la question « *Pourriez-vous me dire depuis quand existe le vaccin contre les papillomavirus* », 3 répondants (S, M2 et J) sur 7 ont répondu ne pas savoir. 2 personnes ont répondu « *une dizaine d'année* » (L et A), (M1) a répondu « *entre 8 et 10ans* » et (V), une vingtaine d'années.

4.2.2.2. L'association HPV et femme

Lors des entretiens, nous avons pu constater que les répondants mettaient régulièrement en avant des notions telles que « cancer du col de l'utérus », « problème de femme », « c'est la femme qui est touchée », « l'homme transmet mais c'est la femme qui développe la maladie », « l'homme est transmetteur » (L, M1, V, S, A, J, M2). Nous savons que depuis longtemps, il existe une association entre le papillomavirus et le cancer du col utérin. D'une part, parce que nous sommes nous-même une femme, que nous avons été confrontés à ce type de cancer dans notre entourage proche et que nous avons également été invitée à faire le vaccin il y a de ça, plusieurs années. Et d'autre part, parce que jusqu'à travailler en chirurgie maxillo-faciale où nous avons eu connaissance des cancers tête et cou en lien avec les HPV, c'était également de l'ordre de l'inconnu pour nous. Effectivement, nous ne savions pas non

plus que les hommes étaient touchés par ce virus. Par ailleurs, en discutant avec notre entourage proche, familial et amical, nous avons constaté que peu de personnes sont au courant de l'impact des HPV sur les hommes.

Par ailleurs, alors que nous étions un jour dans notre voiture, en direction du travail, une annonce publicitaire sur la vaccination contre les HPV soulignait, à la fin de la campagne publicitaire, que les HPV étaient responsables des cancers du col de l'utérus chez la femme. Bien que cela soit vrai, nous étions malgré tout interpellés par le fait que la campagne de vaccination réduisait les conséquences du HPV à l'unique cas oncologique touchant l'utérus alors qu'à l'heure actuelle, les études scientifiques EBM ont démontré les conséquences autres que le cancer utérin.

Parmi les réponses des répondants, (L) identifiait le HPV comme un problème de femme, tout comme (S), (A) et (J) : « [...] je l'identifie comme un problème de fille [...] » (L) ; « [...] c'est une infection pour moi, qui, pour moi en tout cas, un virus, qui est transmis par l'homme et qui peut, bah... avoir des conséquences plus importantes au niveau de la femme [...] » (S) ; « [...] c'est lié heu... aux femmes, oui. » (J) ; « [...] et donc moi, j'aurais mis ça dans la catégorie plus fréquente chez des femmes, chez les filles. » (A). Pour eux, cela ne concerne pas le genre masculin, ou du moins, pas directement. (M1), quant à elle, pense qu'il est juste de dire que ça concerne uniquement les femmes puisqu'elles développent la maladie, tandis que les hommes ne font que transmettre : « [...] Moi je me dirais en tout cas heu... à sa petite copine (de son fils, NDLR), je dirais bah à elle de se faire vacciner parce que si elle est vaccinée, je suppose qu'il n'y a pas de risque donc pour moi, c'est le rôle des filles [...] ; « [...] donc c'est vrai que s'il n'y a que les garçons qui transmettent et que les filles ne peuvent pas l'attraper autrement, je crois être juste. [...] ». Par conséquent, (M1) était dans l'affirmative en disant que c'était un souci de femme. Dans la même idée, (V) a également exprimé le fait qu'il s'agissait d'un problème d'ordre féminin mais qu'il y avait un intérêt à faire vacciner les hommes, identifiés également comme transmetteurs par V, pour prévenir la propagation du virus : « [...] mais je pense que heu... dans un problème de santé publique, ça a tout à fait du sens que de dire qu'en tant que transmetteur, ils peuvent aussi participer à limiter la transmission donc je trouve qu'insister sur le fait que même si les filles en subissent peut-être plus de conséquences lorsque le virus est présent, les garçons peuvent limiter la transmission et quelque part, protéger leurs futures compagnes donc pour moi ça a vraiment du sens. ». Enfin (M2) qui pensait au départ qu'il ne s'agissait que d'un problème féminin, a été étonnée de la convocation pour son fils. De là, (M2) a conclu que les hommes étaient

également concernés par le problème : *« J'étais un peu surprise [...] Et donc quand j'ai reçu pour les garçons, je me suis dit « ah tiens, il y a aussi.. y a aussi pour les garçons [...] ».*

De ce fait, nous avons fait le choix de remettre un questionnaire en ligne que nous avons appelé « HPV : une question de genre ? ». Ce point sera développé plus loin dans ce travail.

4.2.2.3. Les hommes et les papillomavirus

Comme nous avons pu l'exposer ci-dessus, la totalité des répondants associe la problématique des papillomavirus avec les femmes. Par conséquent, nous voulions savoir ce qu'ils pensaient au sujet de l'association « homme et HPV ».

3 répondants (L, M1 et S) ont mis en avant que les hommes étaient les transmetteurs des virus HPV : *« J'aurais tendance à penser que ce sont des transmetteurs (les hommes, NDLR) et ce se sont les filles qui tombent malades [...] » (L) ; « Ils peuvent transmettre mais je ne sais pas si pour eux c'est dangereux mais en tout cas pour les filles c'est dangereux [...] (L) ; « [...] à sa petite copine copine, je dirais bah à elle de se faire vacciner parce que si elle est vaccinée, je suppose qu'il n'y a pas de risque donc pour moi, c'est le rôle des filles. Heu...ça oui, parce que ce sont les hommes qui transmettent [...] » (M1) ; « Alors, de ce que moi j'imagine, du moins moi ce que je pense c'est que heu... c'est une infection prou moi, qui, pour moi en tout cas, un virus, qui est transmis par l'homme et qui peut, bah heu... avoir des conséquences importantes au niveau de la femme [...]. Mais que à la base c'est un virus qui est transmis par voie sexuelle au niveau de l'homme. » (S).*

A la notion de transmetteur, une quatrième répondante, (V), a mis un détail important en avant dans le sens où elle a parlé de lésions oncologiques qui pouvaient se développer chez l'homme : *« [...] on protège les filles d'un potentiel développement cancéreux alors que beh les garçons transmettent le virus même s'ils en subissent moins les conséquences où, à mon sens, à part certains cancers de la gorge mais qui doivent être très rare je pense, il n'y a pas d'autres cancers ayant été identifiés au niveau des organes génitaux masculins, à mon sens, mais peut-être que je me trompe [...] » (V).*

(A), (M2) et (J) n'ont pas exprimé de lien de causalité entre les sujets masculins et la propagation des papillomavirus. A la différence que (M2), après la convocation, a compris l'importance dans l'implication des garçons à se faire vacciner car ils sont co-responsables dans l'incidence des maladies liées aux HPV : *« [...] quand j'avais lu le document, j'avais trouvé intéressant de savoir que les hommes aussi puisque si je comprends bien, voilà, cette transmission sexuelle du papillomavirus c'est comme un champignon [...], les hommes aussi peuvent l'attraper [...] ».*

4.2.2.4. L'orientation sexuelle

Cinq répondants sur 7 (L, M2, A, S et J) ont exprimé que l'orientation sexuelle n'était pas un facteur favorisant de transmission des HPV. (L) a précisé que si l'orientation n'était pas un facteur favorisant, la multiplicité des partenaires l'était. Tandis que (S) pense que l'orientation n'est pas un facteur favorisant mais pense que 2 femmes n'ont pas de risque étant donné que, selon elle, ce sont les hommes qui transmettent le virus : « [...] comme c'est l'homme qui transmet du coup, beh forcément 2 femmes ensemble, pour moi, n'ont pas de risque [...]. ». (J) donnait une nuance en plus dans le sens où ce n'est pas l'orientation sexuelle mais bien les pratiques sexuelles : « Heu...j'ai tendance à dire que je n'en sais rien heu... que l'orientation sexuelle, non, plutôt les pratiques sexuelles, mais l'orientation non. Je pense que non. ».

Les 2 autres interviewés sur 7 (M1 et V) pensent que les relations hétérosexuelles augmentent le risque de transmettre les HPV : « [...] je dirais que c'est hétérosexuel mais heu... » (M1) ; « [...] j'aurais tendance à penser, mais je ne suis pas 100% convaincue, que les contacts hétérosexuels augmentent la transmission [...]. » (V).

4.2.2.5. Les traces du virus sur le corps et diagnostic

Deux personnes sur 7 ont répondu ne pas savoir (M1 et A). 3 personnes sur 7 ont donné des zones anatomiques telles que le pénis (L), le vagin (L et J), la bouche et l'anus (J). 1 personne (M2) a répondu « les organes génitaux » sans précision. Seule une personne (V) a répondu la salive et les sécrétions sexuelles. Pour (S), nous n'avons pas posé la question.

Au-delà des zones où nous pourrions retrouver des traces du virus HPV, nous nous sommes penchés sur la question du diagnostic et tout particulièrement si les interrogés avaient la notion de la façon dont on peut détecter la présence des papillomavirus humains. 5 répondants (L, V, S, M2 et A) ont répondu le frottis vaginal. (M1) a, quant à elle, répondu : « par prise de sang ». Enfin, (J) ne s'est pas prononcé car il n'avait pas la réponse à la question.

4.2.2.6. Développement des maladies en lien avec les HPV

Depuis longtemps maintenant, les papillomavirus humains ont souvent été associés aux femmes et aux cancers du col utérin. Lors des échanges, ces notions sont souvent ressorties. Cinq personnes (L, M1, V, S et A) sur 7 ayant répondu à la question : « pourriez-vous me dire quelles maladies les papillomavirus peuvent provoquer ? » par le cancer du col de l'utérus. (J) a répondu à la question par la négative à cette question mais expliquait plus tôt dans l'entretien que : « [...] c'est un vaccin qui vise à ... à empêcher le cancer du col de l'utérus. J'ai aucune autre information là-dessus, aucune autre idée. ». (M2) a répondu ne pas savoir.

4.2.3. *L'importance de l'hésitation vaccinale envers la vaccination contre les HPV*

Sur les 7 personnes interrogées, 4 (M1, S, A, J) n'ont pas fait vacciner leur(s) enfant(s) tandis que les 3 autres (M2, L, V) ont pris la décision de postposer la vaccination au moment de la convocation. En janvier 2023, au moment des interviews, les 3 personnes ayant postposée le vaccin contre les HPV, avaient entre-temps, fait vacciner leur(s) enfant(s).

Plusieurs cas de figures se sont présentés :

- (L) a exprimé qu'au départ, elle était totalement opposée à la vaccination contre les papillomavirus. Cependant, après avoir échangé avec son médecin traitant, celle-ci a alors remis en question sa décision, la menant finalement à accepter de faire vacciner son premier enfant. Les informations qui ont été données par le médecin traitant étaient : « [...] *je suis allée chez mon médecin traitant, qui m'a très bien expliqué ce qu'apportait le vaccin, les risques et les non-risques. J'ai oublié mais j'ai retenu que le bénéfice heu...le ratio bénéfice-risque était largement côté bénéfice et pas du tout côté risque et donc j'ai décidé de faire vacciner ma fille aînée tout de suite après l'entretien [...]* » ;

Par ailleurs, (L) a fait le choix de postposer la vaccination anti-HPV pour son deuxième enfant car celui-ci ne voulait pas faire ce vaccin via la médecine scolaire. Cependant, (L) a précisé que ce deuxième enfant n'avait pas eu le choix que de faire cette vaccination auprès du médecin traitant car elle souhaitait qu'il ait le même traitement de faveur et qu'étant mineur, c'était à elle [(L)] de prendre la décision : « [...] *Je n'aurais pas accepté qu'elle refuse de le faire via le médecin traitant [...]* ».

- (V) quant à elle, était également fortement opposée à la vaccination contre les HPV au moment de la convocation. C'est lorsque ses filles ont eu 15ans que celle-ci a décidé de les faire vacciner. Par ailleurs, (V) a insisté sur le fait qu'elle a préféré faire faire le schéma en 2 doses plutôt que 3 à ses enfants afin de leur éviter une injection de plus. Si le schéma avait été identique à l'âge de 16ans, (V) aurait préféré attendre cet âge-là : « [...] *Je vais dire très honnêtement, si les études cliniques avaient permis un schéma 2 doses jusqu'à l'âge de 16ans, probablement qu'elles auraient fait leurs vaccins à 16ans [...]* ». Les raisons qui ont fait que cette maman a décidé de postposer le vaccin étaient :
 - D'une part, que ses enfants étaient trop jeunes au moment de la proposition de les faire vacciner contre les HPV (12ans) et que selon elle, cela n'était pas très opportun de discuter sexualité et maladies sexuellement transmissibles avec

eux à ce moment-là. (S) expliquait également qu'elle associait la vaccination avec le premier rapport sexuel et que donc, à 12ans, cela ne s'y prêtait pas : « [...] *entre 15 et 16ans, on peut aborder la sexualité et en parler et... et quelque part ça ne change pas grand-chose. Par contre 12-15, c'est une grande différence. L'évolution de l'enfant au niveau de sa vie, de sa conception de vie et de ses relations.* » ;

- D'autre part, car la période durant laquelle ses enfants seraient protégées, selon ses sources, ne serait pas assez longue, à savoir, 10ans. Cela aurait amené ses enfants à être protégés de leurs 12 à 22ans, ce qui pour (V) était peu pertinent puisque c'est aux alentours de 22ans que les partenaires et les rapports sexuels sont multiples.
 - (M1) s'est également exprimée en tant qu'opposée à la vaccination car elle ne voit pas l'intérêt pour ses enfants (M1 a 2 fils) car selon elle : « *C'est vraiment les filles. Ce sont les filles qui sont concernées et les garçons ne sont pas concernés pour leur propre santé.* ». (M1) ne s'est pas prononcée par rapport aux informations données dans la convocation car elle ne se souvenait plus réellement du contenu. Cependant, (M1) a souligné qu'une conversation similaire à ce que nous avons pu avoir dans le cadre de ce mémoire-recherche, aurait pu changer la donne. Cela lui aurait permis de mieux comprendre les tenants et aboutissants de cette convocation, et particulièrement au sujet de ses fils. A ma question « [...] *A ce moment-là, qu'est-ce qui aurait pu vous faire changer d'avis ?* », (M1) a répondu « [...] *une discussion qu'on a comme maintenant je dirais pour heu... fin voilà, pour expliquer les risques heu... mieux comprendre les risques. Je pense que pour les filles ça se justifie plus que pour les garçons quoi.* ».
 - Une autre maman, (S), s'est totalement opposée à la vaccination et a décidé par ailleurs de rester sur cette position. Selon elle, il n'y avait pas assez d'informations dans la convocation. Par ailleurs, la médecine scolaire n'est, à son sens, pas l'endroit le plus adéquat pour faire un vaccin. Pour (S), la vaccination passe par le médecin généraliste car il s'agit là d'une personne de confiance, qui semble plus « experte » que le médecin du PSE, pour reprendre le terme exact.
- (S) faisait également part qu'une information donnée via courrier ou e-mail, était synonyme de « peu important », venant à comparer la convocation à de la publicité. (S) soulignait, par ailleurs, que son médecin généraliste ne lui avait jamais parlé de ce vaccin et elle trouvait cela interpellant. Cette maman soulignait également que c'était

le manque d'information qui avait fait la différence dans sa décision. Elle exprimait le fait que quand les enfants sont petits, on accorde vraisemblablement plus d'importance à tout ce qui est vaccin car il y a le carnet de l'enfant qui permet une traçabilité et un suivi par rapport aux vaccins. Les pédiatres sont également très attentifs à la santé des enfants, et donc, cela laisse entendre que c'est très important.

Enfin, (S) faisait également part du fait que ce problème n'était pas discuté auparavant et que donc, l'ancienne génération n'a jamais eu connaissance de ce type de vaccin, leur laissant penser que c'est peu important. N'ayant pas eu plus d'information, il était difficile pour (S) d'accepter de faire ce vaccin ou même de guider son enfant à se positionner tôt ou tard par rapport à ça ;

- (M2), tout comme (L) et (V), a décidé de postposer la vaccination. Deux raisons à cela, à savoir :
 - Qu'après une discussion avec son gynécologue, elle souhaitait faire faire le vaccin contre les papillomavirus à ses enfants dès lors que le vaccin aurait une meilleure protection. D'après ce que (M2) avait compris des informations reçues par ce spécialiste, le vaccin allait encore évoluer ;
 - Par ailleurs, à l'âge où le vaccin a été proposé par la médecine scolaire, (M2) ne jugeait pas utile de le faire tout de suite étant donné que ses enfants n'allaient pas avoir, selon elle, de relations sexuelles, au vu de leur jeune âge (12ans à ce moment-là).
- Quant à (A), infirmière de formation, se demandait s'il était nécessaire d'ébranler le système immunitaire des enfants. (A) soulignait le fait qu'il n'y avait pas assez de recul concernant cette vaccination, qu'elle ne comprenait pas la pertinence de celle-ci, que ce soit sur le plan individuel ou collectif, et que par ailleurs, les enfants étaient trop jeunes au moment de la convocation. (A) disait également qu'elle n'aurait pas le même avis si la maladie était plus virulente et plus répandue ;
- Enfin, (J), a clairement exprimé le fait qu'il était tout à fait opposé à la vaccination contre les papillomavirus, la qualifiant de superflue, expliquant : *« Ben, d'après ce que je sais heu... c'est... c'est un vaccin qui heu... qui coûte cher heu... si vous voulez administrer heu... donc le heu... pour un bénéfice, pour une couverture, pour empêcher les... les... les cancers heu... il faut vacciner beaucoup beaucoup de femmes. Heu... donc ce sont des traitements qui ont... qui ont un coût énorme pour la... pour la société. Et heu... dont le... le bénéfice n'est pas si certain quand... quand on regarde les effets négatifs aussi, les effets secondaires. Ben voilà j'ai lu des... »*

quelques articles sur le... le... le... l'expérience je crois c'était d'un pays nordique je sais plus si c'est le... la Suède ou le Danemark où ils ont... reçu, enfin la population a reculé avec ce vaccin à cause d'effets secondaires graves. Voilà, je pense que le bénéfice pour la... la santé publique heu... n'est pas... n'est pas évident heu... au vu du coût. Donc heu... le... les vaccins coûtent cher et heu... donc d'un côté on investit beaucoup dans les vaccins, et d'un autre côté on désinvestit les heu... enfin on sous-investit dans le... le personnel médical et... les soins véritables, les actes... les actes de soins aux malades véritables. Donc je... je... Je trouve que c'est heu... c'est un choix politique de... de politique de santé qui... que je ne veux pas cautionner. Pour des... pour des vaccins où je suis... c'est pas pour moi très clair heu... le rapport de... sécurité, enfin le...le... le rapport heu... bénéfique du vaccin contre le cancer heu... n'est pas pour moi heu... je n'ai pas très confiance dans ceux qui déclarent que c'est sûr que les personnes vaccinées ne vont pas développer la maladie. Ça c'est un doute que j'ai, et en plus, l'argent qui est dépensé pour les vaccins, il... il est... il est enlevé de l'autre côté pour soigner les malades. Et je suis pas sûr que le...le ratio heu... soit... soit très favorable. C'est-à-dire, si on mettait autant d'argent pour soigner les malades heu... on aurait moins d'effets secondaires et ça coûterait moins cher. »

De plus (J) trouve que les adolescents, qui deviendront tôt ou tard des adultes, pourront à un moment ou un autre, se prononcer sur la question et feront le choix à ce moment-là.

4.2.4. La convocation

Lorsque la question de la convocation a été évoquée et que les échanges se sont faits à ce sujet, plusieurs éléments sont ressortis de ces différents échanges.

Un élément qui est revenu de manière récurrente était que les informations reçues, selon (M1), (V), (M2) et (S) n'étaient pas complètes. Certains propos ont été recueillis comme : « [...] Je n'étais pas pour vacciner mes enfants par manque d'informations. [...] C'est vraiment un manque d'information [...] On n'a pas vraiment d'informations claires là-dessus. [...] même l'école ne donne pas d'informations aux parents, il n'y a pas d'information qui est donnée aux élèves ou en tout cas, si elle est donnée aux élèves alors elle est passée à la trappe parce que moi, il n'y en a aucun des deux qui est revenu avec l'explication [...]. » (S) ; (M2) exprimait le fait que la convocation était bien informative : « [...] Comme je vous avait dit, il y avait un prospectus, et je me rappelle, qui était avec, donc c'était bien et informatif [...] » mais a précisé plus tard dans l'entretien que d'autres questions subsistaient et que les réponses avaient été données par le gynécologue : « [...] vu que j'ai discuté avec mon

gynécologue et qu'elle me disait par rapport aux souches, par rapport à ce qui était tôt ou d'attendre ou pas [...] moi c'est mon gynécologue qui m'a informée, pas la médecine de l'école ou pas la convocation. Donc c'était bien informé pourquoi c'est nécessaire contre le papillomavirus mais voilà, moi c'était en discussion avec ma gynécologue que... que j'ai constaté qu'on pouvait aussi le faire à un autre moment. » (M2) ; « [...] je pense qu'elle aurait pu être plus complète, et justement expliquer ce que moi j'ai cherché comme renseignement [...]. » (V).

(A) a clairement stipulé qu'elle ne se souvenait pas d'avoir reçu la convocation ni de l'avoir lue mais a quand même mis en avant qu'elle aimerait savoir quelles sont les données épidémiologiques, l'incidence en Belgique, les effets secondaires du vaccin ou encore, les conséquences de la maladie.

(L) quant à elle, exprimait le fait que c'était, pour reprendre ses mots : *« encore un problème, encore une décision à prendre, encore un truc à réfléchir »*. Bien que (L) ne se souvenait plus exactement des informations reçues via la convocation, celle-ci souhaitait tout de même s'en référer à son médecin traitant. Lorsque j'ai demandé à (L) si elle ne faisait pas confiance aux informations données par la médecine scolaire, celle-ci expliquait que le problème selon elle, n'était pas la convocation en elle-même ou les informations mais bien le fait que cela soit fait sous format papier car cela devient la norme et que, pour (L), ce n'est pas un moyen de communication efficace. Explique également que les informations transmises dans les brochures, toutes informations confondues, ne sont pas toujours comprises par le public, que ce n'est pas toujours clair, que ça ne répond pas à toutes les questions ou encore, que c'est soit trop vulgarisé, soit pas assez. Selon elle, rien ne remplace un professionnel : *« [...] je préfère tout le temps m'en remettre à un professionnel. » ; « [...] un document ne suffit pas pour prendre une décision. »*.

Tout comme (L), (M1) ne se souvenait plus réellement des informations reçues via la convocation mais partait du principe qu'il ne devait pas y avoir assez d'éléments puisqu'elle ne s'était pas sentie concernée au sujet de ses fils : *« [...] Je me dis que entre guillemets, il ne devait pas y avoir assez. Je ne me suis pas sentie concernée en tout cas. [...] je suppose qu'il y avait une explication parce que ça m'étonnerait quand même qu'on envoie ça comme ça heu... voilà. Ou alors il n'y avait pas assez d'explications à mon goût [...] »*.

(J) de son côté, disait ne pas en avoir pensé *« grand-chose »* mais trouvait malgré tout que les informations étaient claires. (J) aurait préféré que sa fille soit convoquée pour la vaccination contre la polio.

Afin de cibler ce qu'auraient aimé les parents de ces enfants, nous leur avons demandé ce qui aurait pu être amélioré dans la convocation.

(M1) et (V) qui ont pris connaissance de la convocation, ont clairement exprimé le fait qu'elles auraient aimé savoir les risques concernant les HPV, les statistiques épidémiologiques, la raison pour laquelle c'est important de faire le vaccin, les raisons du schéma en 2 doses et en 3 doses, l'importance que ce soit fait avant le 1^{er} rapport sexuel ou encore, qu'il y a une fenêtre vaccinale et donc, ne pas limiter l'information sur le fait que cela doit être fait aux adolescents de 12ans.

Quant à (A), elle aurait aimé avoir le facteur de contagiosité car elle ne comprenait pas l'intérêt du vaccin contre les papillomavirus au niveau individuel mais également au niveau du collectif : « [...] est-ce que le risque en vaut la peine de mettre son système immunitaire comme ça en branle-bas de combat [...] » ; « [...] une question que je n'ai pas encore heu... pas encore assez creusé c'est quel est ce... ce facteur de contagion. » ; « [...] comment elle pourrait être contaminée et le fait qu'elle soit peut-être elle heu... maladie, est-ce qu'elle pourrait contaminer d'autres et donc heu... [...] pour moi la vaccination permet la... la protection de la collectivité aussi heu... [...] je vois pas l'intérêt pour l'instant. ».

4.2.5. *L'influence des médias et des pairs*

Plusieurs éléments ont été apportés lors des échanges et nous voulions savoir, d'une part, où est-ce que les interviewés avaient eu leurs informations, et d'autre part, s'ils considéraient ces informations comme fiables.

Différentes sources d'informations ont été évoquées, à savoir via la médecine générale (L et V), via le travail (M1, V et A), via le/la gynécologue (S et M2), via des brochures/folders/documentation/magazine (L, M1, M2 et J), via des expériences personnelles (L et J) et enfin, via internet (V, S et A). Nous pouvons également parler en termes de source d'information et d'influence, l'entourage. Effectivement, la compagne de (J) s'est renseignée auprès d'amis scientifiques pour avoir des éléments de réponse au sujet de la vaccination contre les HPV. Ceci faisant écho à l'influence des pairs et tout particulièrement du partenaire de vie.

Nous nous sommes demandé si le partenaire était du même avis que le parent que nous questionnions au moment des entretiens.

(L), (V), (S) et (J) partageaient le même avis que leur partenaire. (M1) et (A) n'en ont pas parlé à leurs partenaires, et le compagnon de (M2) ne s'est pas préoccupé de la question et l'a laissée prendre la décision.

En-dehors du partenaire, l'entourage proche était également une influence récurrente lors des interviews. Parmi l'entourage proche, nous pouvons citer les collègues et les amis.

(L) et (M1) étaient sur la même idée d'avoir consulté un ou une ami(e) à elles.

(L) expliquait : « *J'ai discuté de ça avec une collègue par contre et sa fille a fait le vaccin comme mes enfants. [...] On en a discuté mais dans le cercle de l'école. [...] Je crois que ça a dû se limiter à « je me suis renseignée, c'est bon j'y vais » et qu'elle m'a dit « bon alors on va le faire aussi »* ». A cela, nous avons demandé à (L) s'il existait une influence de sa collègue sur sa décision à faire vacciner sa fille, ce à quoi elle a répondu : « *He bien nous sommes très bonnes amies donc je crois qu'il y a un lien de confiance. Maintenant comme je vous ai dit, moi je m'étais renseignée auprès de mon médecin traitant et les choses étaient claires dans ma tête.* ». Il était évident pour (L) qu'il n'était pas question de mettre une réponse favorable auprès de la médecine scolaire, sans avoir pris au préalable, les informations auprès de son médecin généraliste. Selon elle, en-dehors du médecin de famille, rien n'aurait pu influencer sa décision.

(M1) ne se souvenait pas d'en avoir parlé avec son compagnon mais disait en avoir tout de même parlé avec un ami lors d'un repas. Ami qui, selon elle, s'y connaissait et aurait dit : « *[...] non pour moi c'est vraiment pour les filles. [...]* » ce à quoi elle a continué en disant : « *On pousse pour cette vaccination-là mais lui ne le ferait pas pour son fils mais pour sa fille oui.[...]* ». Afin d'avoir plus de précision concernant le pouvoir d'influence de cet ami sur (M1), je lui ai demandé : « *[...] suite à cette conversation avec votre ami qui dit clairement ne pas le faire pour son fils mais pour sa fille oui. Si maintenant il avait tenu un discours différent, et qu'il vous aurait dit moi je fais vacciner mon fils. Quel aurait été votre position ?* », ce à quoi (M1) a répondu : « *Heu...bah on en aurait discuté et voir vraiment les pous et les contres, et de savoir si c'est nécessaire entre guillemet ou si on pense que c'est nécessaire. Après est-ce qu'on aurait changé d'avis ou pas, ça dépend de la discussion qu'on aurait eu quoi.* ». Suite à cela, j'ai demandé « *Donc si j'ai bien compris, selon la tournure de la discussion avec cette personne, vous auriez pu changer d'avis ?* », ce à quoi (M1) me répondra « *oui je pense* ».

Si (L) et (M1) ont consulté leur entourage, (V), (S), (M2) et (A) n'en ont pas parlé autour d'elles.

Si (V) n'a pas pris le temps d'en parler avec son entourage ou des amis proches, c'est parce qu'il était clair pour elle qu'à 12ans, il n'était pas question de faire le vaccin. Selon elle, ses enfants étaient trop jeunes. Elle explique également que l'influence, s'il y en avait eu une, n'aurait pas impacté sa décision. Pour reprendre sa réponse, (V) disait : « *non* » à ma question

« [...] Supposons que vous en auriez parlé avec d'autres parents et que ceux-ci auraient dit qu'il allait le faire, est-ce que cela aurait pu influencer votre décision ? ». (V) a par ailleurs ajouté : « [...] c'était très clair. Alors je n'essaie pas d'influencer les autres vous voyez. Je n'aurais pas essayé de les convaincre eux de mon choix, j'aurais juste dit que moi ça ne me correspondait pas à ma manière de voir les choses donc voilà. ».

(M2) ayant immigré il y a plus de 20 ans en Belgique, n'a pas consulté d'amis ou sa famille. Effectivement, étant originaires d'Espagne, ceux-ci vivent là-bas. Elle exprimait également que la relation avec les parents, une fois les enfants scolarisés en secondaire, était moins importante qu'à l'école primaire. Par conséquent, elle n'a pas pu réellement échanger avec eux au sujet de cette vaccination comme elle a pu le faire pour d'autres choses, au moment où ses enfants étaient scolarisés dans l'enseignement fondamental.

Enfin, (S) et (A) n'en ont pas non plus parlé autour d'elles pour d'autres raisons que celles mentionnées précédemment.

(S) expliquait qu'elle n'en entendait jamais parler autour d'elle : « [...] *Que ce soit en positif ou négatif, jamais personne ne m'a critiqué le vaccin ou ne me l'a mis en avant. C'est vrai que c'est un sujet qui n'est jamais rentré dans les habitudes.* » ou encore : « [...] *même les médecins n'en parlent pas autour de nous [...].* ». (S) mettait en avant lors de l'échange que le problème, selon elle, ne concernait que la femme et non pas l'homme. N'ayant que des garçons, celle-ci n'a pas voulu aller plus loin dans les recherches : « [...] *Pour moi effectivement, ça ne protège que la femme. [...] Mais en tout cas avec mes connaissances actuelles parce que j'avoue, je n'ai pas poussé le sujet plus loin... peut-être par égoïsme et que je n'ai pas de fille [...]. Je n'ai pas cherché à avoir plus d'infos.* ».

Quant à (A), tout comme (S), elle disait que son fils n'était pas concerné par cette vaccination : « *Mais lui n'est pas concerné avec cette vaccination* » ; « *Vu que c'est un garçon, il n'est pas concerné.* » ; « [...] *je me suis arrêtée à c'est pour les filles [...] j'ai fait un classement vertical [...].* ». Au-delà de ne pas en avoir parlé avec son compagnon : « *On en n'a pas parlé. Il va me dire « c'est toi qui décide.* » », (A) n'en a également pas parlé à son entourage : « [...] *je n'en ai jamais parlé avec mes copines.* ».

Concernant (J), sa compagne, bien qu'elle fasse plus confiance aux vaccins en général, celle-ci a demandé à son entourage, composé de médecins et scientifiques, quels étaient leurs avis. Ces personnes se sont prononcées en défaveur, stipulant qu'il n'y avait pas eu assez de recul pour pouvoir dire que la vaccination était utile. Par conséquent, la position de (J) ainsi que celle de son entourage a joué en faveur de la non-vaccination contre les papillomavirus.

Concernant la crise sanitaire, celle-ci n'a, pour aucun des interviewés, impacté ou influencé la décision de faire ou non, la vaccination contre les HPV.

4.3. Sondage sur le genre et les papillomavirus

Après avoir effectué les interviews, nous avons constaté que les répondants ramenaient souvent la question du genre dans tout ce qui pouvait toucher la transmission ou le développement de cancers liés aux papillomavirus. Par conséquent, nous avons décidé de refaire un petit sondage en ligne où nous avons posé 4 questions ciblées. Il y avait également une question ouverte qui demandait d'argumenter selon les choix faits dans le questionnaire, ainsi qu'une question concernant le genre, l'âge et la région où la personne habitait. Pour être sélectionné, la personne devait avoir répondu à toutes les questions, devait avoir précisé son âge, son genre mais également son lieu de vie où seuls les habitants en FWB ont été retenus. Nous ne pouvions pas retenir le critère « Brabant Wallon » car nous n'avions que 4 personnes parmi l'échantillon, ce qui n'aurait pas été un nombre assez important pour alimenter notre discussion.

Sur 190 répondants, nous avons pu exploiter 127 réponses :

- 105 étaient des femmes, 21 étaient des hommes et une personne n'a pas voulu se prononcer sur son genre ;
- 100 personnes habitaient la Région Wallonne *dont 4 en Brabant Wallon*, 9 en Région Flamande et 18 en région de Bruxelles-capitale ;
- Les réponses que nous n'avons pas pu exploiter venaient du fait qu'elles étaient incomplètes, voire absentes.

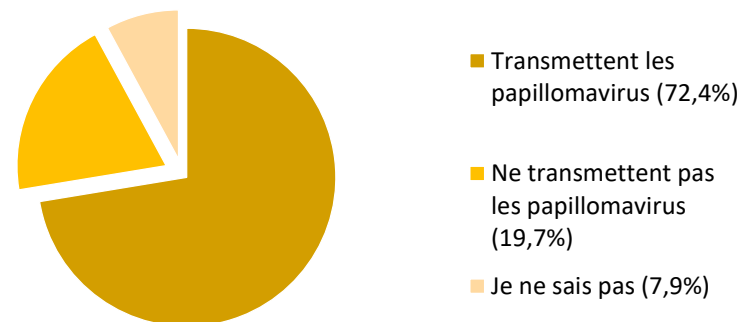
Dans ce questionnaire, nous avons donné la possibilité aux répondants d'argumenter ou d'apporter d'autres éléments de réponse. Parmi les arguments énoncés, plusieurs sont ressortis et que nous résumerons ici :

- Les hommes et les femmes sont concernés (tout le monde est porteur et transmetteur) ;
- Seules les femmes développent la maladie, les hommes sont transmetteurs ;
- Le HPV est un cancer et le cancer ne se transmet pas ;
- Certains papillomavirus sont à l'origine de cancers dont celui du col de l'utérus ;
- L'homme est porteur sain ;
- Certains HPV sont dangereux, voire mortels ;
- On peut être positif au HPV et puis ne plus l'être car il s'élimine ;
- C'est un virus et comme tout virus, il se sert d'un hôte pour voyager et se transmettre ;
- C'est une MST ;

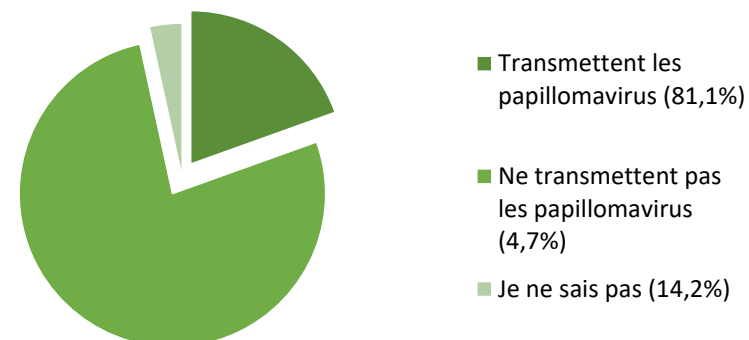
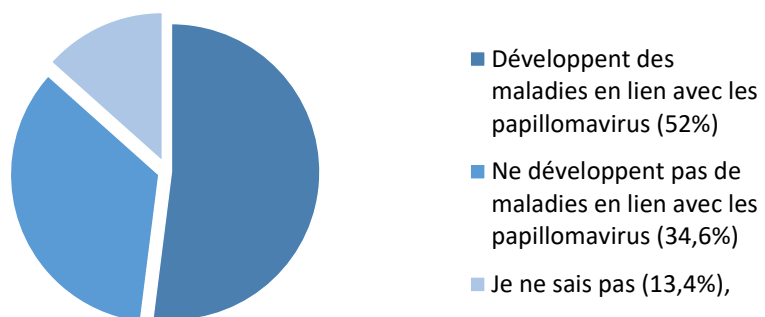
- Il existe plusieurs modes de transmission ;
- Le vaccin ne concerne plus seulement les femmes mais bien les hommes aussi ;
- Provoque des condylomes.

Une réponse venant de 2 répondantes – *de 26 et 43ans* - qu'il nous semblait important d'exposer ici était : « *ce sont les informations que m'a transmises ma gynécologue* » et « *c'est ce que mon médecin m'a dit, je ne me suis jamais renseignée plus que ça* ». Ces 2 personnes ont sélectionné dans le questionnaire « les femmes développent et transmettent les papillomavirus » et « les hommes transmettent les papillomavirus mais ne développent pas de maladies ». Selon l'importance que le patient portera à l'avis du médecin, celui-ci pourra clairement exercer une influence sur son patient dans les choix à prendre pour sa santé. Dans ce contexte-ci, les arguments apportés par les médecins pourront potentiellement impacter le choix de faire vacciner ou non, son enfant.

Question 1 et 2 du questionnaire en ligne : Selon vous, les femmes :



Question 3 et 4 du questionnaire en ligne : Selon vous, les hommes :



Bien que la croyance selon laquelle le papillomavirus est un problème de femme et que cela ne touche que le col de l'utérus, persiste encore aujourd'hui, nous pouvons malgré tout constater plusieurs choses à travers ces diagrammes circulaires.

Effectivement, nous pouvons observer que tout ce qui est « développement de maladies » est plus important chez le genre féminin, par comparaison au genre masculin. Il y a également la notion du « transmetteur du virus » qui est plus important chez le genre masculin que chez le genre féminin. Ceci nous ramène à la réflexion au travers de nos échanges, qu'il existe encore une tendance à penser que l'homme transmet les papillomavirus, tandis que la femme développe la maladie en lien avec ces HPV.

Ce sondage, bien qu'il ne soit pas représentatif car trop petit, est un outil intéressant car il nous permet de corréler nos résultats d'entretiens, à des éléments plutôt chiffrés et sur un plus grand nombre de participants (7 versus 127).

5. Discussion

Différents éléments peuvent expliquer l'hésitation vaccinale anti-HPV. Lorsque le vaccin a été recommandé en 2006, il l'était au départ dans le cadre de la prévention des cancers cervicaux, et donc, un souci de santé touchant les femmes. Ce détail est encore important à l'heure actuelle car il est ressorti dans l'étude de Ndiaye M, Sawadogo et al. (2021) que certains parents continuent de penser que le vaccin contre les HPV est strictement réservé aux femmes. Malgré le fait que la vaccination soit plus importante pour les garçons en médecine scolaire par rapport aux « autres vaccinés » (annexe 1 et 3), cela pourrait cependant être une raison de refus. Outre cet aspect, d'autres explications sont ressorties de cette étude, corrélant avec le rapport du Haut Conseil de la Santé Publique (2017). Nous pouvons citer le fait qu'il peut subsister un manque de connaissance, tant pour le vaccin que pour les HPV (transmissions, complications, protections,...).

A cette étape de notre travail, nous avons analysé les résultats récoltés et nous avons tenté de répondre à notre question de recherche: « *Quelles sont les raisons qui expliquent l'hésitation vaccinale des parents d'élèves scolarisés en secondaire, au sein du Brabant Wallon, vis-à-vis de la vaccination contre les papillomavirus, en médecine scolaire ?* ». Pour cette analyse de résultats, nous nous sommes référés à la littérature et nous avons également fait une corrélation avec les différents déterminants et catégories développés par le groupe SAGE.

5.1. Analyse des résultats

5.1.1. La vaccination

Pour qualifier la vaccination, des termes tels que *sécurité, santé publique, protection, prévention* ou encore *immunité* ont été évoqués par les répondants lors des entretiens. Par contre, d'autres propos ont également été mis en avant comme *danger* et *business*.

Effectivement, la vaccination a pour objectif d'introduire une souche atténuée ou inactivée, dans l'organisme. Le fait d'avoir été atténuée ou inactivée, ne permet pas à cette souche de se développer et ainsi, de contaminer l'individu. L'intérêt étant de booster le système immunitaire de façon à créer des anticorps contre ladite souche si maintenant l'organisme venait à la rencontrer dans le cadre de la vie de tous les jours. Cela permet de prévenir les maladies et les complications en lien avec ces maladies, sur le plan individuel, mais également sur le plan de la santé publique, au niveau communautaire. La vaccination est par conséquent de l'ordre du préventif et rentre dans le cadre de la prévention primaire.

Une inquiétude subsistait auprès de 3 répondants. Ceux-ci se questionnaient sur ce qu'on injectait dans le corps au moment de la vaccination puisqu'il s'agit d'une manipulation humaine, et que c'est l'inconnu car nous ne savons pas de quoi est composé le vaccin. Par ailleurs, il était également soulevé que nous ne savons pas quelles seront les conséquences sur nos cellules à court, moyen et long terme. En Belgique, la réglementation concernant les médicaments est contrôlée via l'Agence Fédérale des Médicaments et des Produits de Santé (AFMPS). Nous avons également le Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique (CBIP) qui référence l'entièreté des produits médicamenteux en Belgique. Nous retrouvons également la composition des médicaments via l'icône de « la pilule », sur le site officiel du CBIP. L'AFMPS quant à elle, a pour mission « *d'assurer, de leur conception à leur utilisation, de la qualité, de la sécurité mais également de l'efficacité des médicaments à usage humain et vétérinaire, en ce compris les médicaments homéopathiques et à base de plantes, les préparations magistrales et les préparations officinales ; des produits de santé dont les dispositifs médicaux et accessoires, et des matières premières destinées à la préparation et à la production des médicaments.* » (AFMPS., avril 2023). Il est vrai que ni dans le CBIP, ni sur le site de l'AFMPS, la composition n'est reprise concernant les vaccins Cervarix® et Gardasil 9®, ce qui peut être source d'anxiété pour les individus désirant connaître la composition des vaccins contre les papillomavirus.

La notion de danger est ressortie par rapport au fait que la personne avait vécu dans son cercle familial, un événement dramatique en lien avec la vaccination contre la variole. Cependant, aucun interviewé n'a parlé d'un quelconque problème suite au vaccin contre les

papillomavirus humains. Nous savons qu'il existe des effets secondaires en lien avec les traitements médicamenteux, qu'ils soient administrés dans le cadre préventif ou thérapeutique. La vaccination contre les papillomavirus a montré des effets secondaires tels que céphalée, fièvre ou encore, douleur au point d'injection. Un répondant avait par ailleurs expliqué avoir lu un article dans une revue, stipulant que le vaccin contre les papillomavirus avait provoqué des effets secondaires graves, menant l'État à reculer sur la campagne de vaccination. Cette histoire fait écho à celle que nous avons pu expliquer plus tôt dans ce travail, concernant la controverse de la vaccination contre les HPV au niveau du Japon. Suite à cela, une étude par l'European Medicines Agency n'a pas pu démontrer de lien de causalité entre les effets secondaires relatés au Japon et la vaccination contre les HPV.

Quant à la qualification *business*, l'idée était que les firmes pharmaceutiques et les lobbies ont un intérêt financier derrière la vaccination. Afin de comprendre cette idée, nous avons effectué quelques recherches d'articles traitant le sujet. Montalban Mathieu, professeur à l'Université de Bordeaux disait dans son article, en 2011, que l'intérêt de l'industrie pharmaceutique était d'améliorer la santé de la population en axant leur travail sur la recherche et le développement. Bien que l'objectif est d'améliorer l'état de santé de la communauté, les firmes doivent avoir une certaine rentabilité financière afin d'assurer leur pérennité. Pour répondre aux demandes de soins tout en assurant la survie du secteur pharmaceutique, les *Big Pharma* n'ont d'autres choix que de négocier et réguler leur prix. Cette régulation se base sur des compromis faits entre les firmes et d'autres acteurs de santé tels que l'État ou les médecins. Deux raisons à cela. D'une part la réglementation du médicament qui impliquait de respecter certains principes en termes d'essais clinique ou de critères bénéfices-risques. D'autre part, l'évolution des biotechnologies et de la génomique¹ qui prenaient doucement mais sûrement de l'ampleur aux États-Unis. En conséquence, seules les firmes pharmaceutiques ayant eu des moyens financiers pouvaient se permettre de reprendre le flambeau dans la production des médicaments. Aujourd'hui, le secteur de l'industrie pharmaceutique est le producteur le plus rentable et est contrôlé par de grosses institutions. Par conséquent, nous pouvons en conclure qu'il existe bel et bien un intérêt financier au-delà du fait qu'il existe tout de même un intérêt pour la santé publique.

5.1.2. Les vaccins contre les papillomavirus

Cinq personnes interrogées sur 7 ont mis en évidence le fait que la vaccination contre les papillomavirus humains n'était pas obligatoire. Il est vrai que cela peut poser question

¹ L'étude des caractéristiques génétiques des cellules qui permet de comprendre le fonctionnement de l'organisme ou de certaines maladies (*Institut National du Cancer., 2023*)

puisque pour rappel, les HPV sont les MST les plus répandues, tout genre et orientation sexuelle (OMS., 2017). Quatre personnes sur 5 rentreront en contact avec au moins un type de papillomavirus, dont la moitié des individus auront entre 15 et 24ans (Weaver B.A., 2006 et Markowitz LE et al., 2014 cité par HPVinfo.be). Bien que le vaccin ne soit pas obligatoire actuellement, il est malgré tout fortement recommandé par le CSS depuis 2007 pour les filles et 2017 pour les garçons. Une étude (Lei J., Ploner A et al., 2020) au sujet de l'incidence des cancers du col de l'utérus en lien avec HPV que nous avons déjà pu décrire plus tôt dans ce travail, a pu démontrer l'intérêt de faire cette vaccination. Lors de cette étude, il s'agissait d'étudier le coût-efficacité du vaccin 4-valent. Pour rappel, l'incidence était de 47 cas de cancer du col pour 100 000 chez les femmes vaccinées à 30ans alors que pour les femmes non-vaccinées à 30ans, il était de 94 pour 100 000. En conclusion, la vaccination permettrait de diminuer le risque de cancer du col utérin. Le vaccin Gardasil 9 étant plus complet puisqu'il contient plus de souches virales que le vaccin 4-valent, il a le potentiel de prévenir l'incidence des cancers liés aux papillomavirus et ce, pour les hommes et les femmes (Yang Yi D. et Bracken K., 2016).

Un détail qui nous a interpellés lors d'un entretien, était le fait qu'une répondante avait évoqué un élément important qui avait pesé dans la balance, lorsqu'il a fallu se décider en faveur ou non, de la vaccination contre les papillomavirus. Celle-ci disait qu'à l'époque où elle avait reçu la convocation pour ses jumelles, âgées de 19ans aujourd'hui, les données disponibles quant à la durée de protection étaient de 10ans. Par conséquent, cette personne a préféré attendre leurs 15ans, avant d'effectuer la vaccination, ce qui a également été fait pour la dernière âgée de 15ans et demi. Lors de nos recherches, nous n'avions pas connaissance de cela donc nous avons creusé la question. Dans le CBIP (2023), il est mentionné : « *Des questions subsistent concernant la durée exacte de la protection. La réponse immunitaire persiste jusqu'à au moins 10 ans après la dernière dose de vaccin. [...]* ». Nous avons corrélé cette information avec le rapport de recommandation vaccinale de la Haute Autorité de Santé « *élargissement de la vaccination contre les papillomavirus aux garçons* » (2019). Dans un premier temps, une étude sur la durée de protection ne s'est attardée que sur les sujets féminins et la problématique des cancers du col de l'utérus. Cela concernait les vaccins bivalents et quadrivalents, à savoir Cervarix® et Gardasil®. L'étude a pu démontrer que l'efficacité de ces 2 vaccins était stable après 4ans. Une étude à plus long terme s'est également effectuée auprès de jeunes femmes, de 16 à 23ans pour le vaccin Gardasil® et celle-ci a démontré statistiquement que la protection était durable jusqu'aux alentours des 14 ans après la dernière dose de vaccin.

Comme cela a déjà été dit, les HPV responsables de lésions précancéreuses mettent une dizaine d'années à se développer. Le vaccin nonavalent n'étant sur le marché que depuis 2015, il est encore trop tôt pour évaluer son efficacité à long terme. Cependant, des études ont déjà été faites auprès du public féminin et masculin vis-à-vis du Gardasil 9®. Actuellement, celles-ci ont pu établir que le vaccin assurait une protection, selon le type de HPV présent dans le vaccin, allant de 90 à 99%, 6ans après la dernière dose. Une autre étude a également été faite auprès de femmes âgées de 16 à 26ans pour qui le vaccin Gardasil 9®, après 4ans et demi post-vaccination, étaient encore protégées, selon le type de HPV présent dans le vaccin, de 78% à 100% (HAS., 2019).

5.1.3. Les représentations sur les papillomavirus

Afin d'en savoir plus sur les représentations vis-à-vis des HPV, nous avons abordé différentes questions de manière précise et touchant différents aspects de cette MST.

La totalité des répondants était d'accord de dire qu'il y avait un lien de causalité entre HPV et cancer du col de l'utérus, ce qui est effectivement le cas puisque selon le type de papillomavirus humains, le développement de lésions précancéreuses sera plus ou moins important (annexe 5).

Si 6 répondants sur 7 ont parlé de transmission via les pratiques sexuelles, seule (A) disait ne pas savoir comment les HPV se transmettaient. Comme nous avons pu le développer dans notre cadre théorique, les HPV se transmettent effectivement par contact sexuel direct ou indirect via diverses pratiques, impliquant frottement et/ou pénétration : vaginale, anale, digitale et buccale, mais également par le biais de sextoys.

Parmi les répondants, une personne (V) a répondu « *salive et sécrétions sexuelles* » à notre question « où pourrions-nous trouver des traces du virus ? ». (M1) et (A) ont répondu qu'ils ne savaient pas. Les autres répondants (L, M2 et J) ont mentionné des parties anatomiques telles que vagin, pénis, bouche ou plus globalement « les parties génitales », ce qui est effectivement le cas.

En effectuant d'autres recherches, nous avons pris connaissance d'une étude intitulée « *HPV infection in semen : results from a new molecular approach* » (Capra G., Schillacia R. et al., 2019) ainsi que d'un avis du CSS datant de 2014, portant sur « *Le rôle de l'HPV dans la fertilité : les gamètes masculins issus d'un don devraient-ils faire l'objet d'un dépistage ?* ». Ces 2 documents nous ont permis de prendre connaissance que le sperme, comprenant les spermatozoïdes, les cellules somatiques ainsi que le liquide séminal, sont porteurs du HPV. Bien que nous n'ayons malheureusement pas pu trouver d'étude similaire concernant les sécrétions vaginales, nous avons pris connaissance d'une analyse effectuée par Pathak Neha,

Zamora Javier et Khan Khalid (2014), qui recensait plusieurs revues systématiques et méta-analyses qui traitaient de la présence de HPV dans les urines chez la femme sexuellement active. La conclusion s'est avérée être qu'il existe bel et bien des traces de papillomavirus au niveau des urines.

Après avoir demandé aux interviewés où nous pouvions trouver des traces des virus HPV sur le corps, nous leur avons demandé s'ils savaient comment le dépister. Cinq personnes ont parlé du frottis cervical tandis que (M1) a parlé de prise de sang et (J) a répondu ne pas savoir. Actuellement, il n'existe que le frottis du col de l'utérus pour déceler s'il y a présence ou non, de papillomavirus chez le sujet féminin. Selon le résultat de l'examen, certains traitements seront proposés, ou non. Malheureusement, aucun protocole de dépistage n'existe pour le moment chez les hommes (CDC., 2022). En présence de lésions sur la peau, comme c'est le cas pour les verrues génitales, une biopsie doit être effectuée afin de préciser la bénignité de la lésion. Un traitement sera ensuite effectué selon le diagnostic posé.

5.1.4. La protection

Bien que les papillomavirus humains soient des maladies sexuellement transmissibles et qu'il existe des moyens de se protéger, ces derniers n'assurent malheureusement pas une protection optimale. Lorsque nous avons demandé aux personnes interrogées dans le cadre de notre entretien semi-direct de citer des moyens de se protéger des papillomavirus humains, le préservatif masculin est régulièrement ressorti. Certains ont également parlé de la vaccination. Pour rappel, les vaccins sont des traitements à titre préventif et non pas thérapeutique, ce qui veut dire qu'ils n'empêchent pas d'être contaminé par un virus. Par conséquent, toute personne vaccinée contre les HPV peut être confrontée tôt ou tard, à un ou des type(s) de HPV pour le ou lesquels, la personne était « protégée ». La différence étant que la personne vaccinée aura une immunité plus importante que la personne non-vaccinée et donc, saura mieux se défendre. Les condylomes que nous retrouvons sur la zone du pubis, peuvent se transmettre au partenaire dès lors qu'il y a un contact direct avec la peau ou les muqueuses de la personne porteuse. Les protections comme les préservatifs féminins et masculins, ne protègent pas cette zone. Il existe également d'autres lésions telles que les papillomes buccaux, localisés dans les muqueuses de la bouche, desquels les HPV sont responsables. Aucune protection n'existe vis-à-vis de ces lésions buccales lorsqu'il y a flirt. Seul le carré de latex, dans le cadre du cunnilingus, permet d'être protégé partiellement au niveau de la sphère buccale étant donné que cela ne couvre qu'une partie de la zone potentiellement infectée.

5.1.5. Les hommes, les femmes et les papillomavirus humains

Au cours des entretiens, nous avons constaté que les répondants associaient régulièrement cancer du col de l'utérus *et donc femme* avec les problèmes des papillomavirus. Il y avait également les notions de « homme transmetteur » et « femme symptomatique » dans le sens où l'homme transmet le virus HPV à la femme et c'est celle-ci qui développe la maladie du cancer utérin.

Une étude en 2018 par Brenda Y. Hernandez, Lynne R. Wilkens, et al. intitulée *Transmission of Human Papillomavirus in Heterosexual Couples* avait pour objectif d'analyser la transmission du HPV chez 25 couples hétérosexuels et monogames ce qui impliquait donc 25 hommes et 25 femmes. Ces couples ont été suivis sur une période de 7 mois et demi, et 53 transmissions de HPV ont pu être observées parmi 16 couples. Un des éléments ressortis de cette étude et qui nous intéresse tout particulièrement par rapport à cette question de « homme transmetteur » et « femme symptomatique », c'est que l'étude a pu analyser le taux de transmission de l'homme vers la femme, et vice-versa. Effectivement, il s'est avéré que la transmission du HPV du pénis vers le col de l'utérus était de 4,9/100 *person-months*² (IC à 95% [1,6-10]) alors que la transmission du col vers le pénis était de 17,4/100 *person-months* (IC à 95% [10,6-25,8]). Au total, 78 épisodes de transmissions ont pu être observés chez 16 couples dont 14 étaient de l'homme vers la femme, 39 de la femme vers l'homme, 21 en auto-contamination pour l'homme et 4 en auto-contamination pour la femme. Par conséquent, au vu des résultats obtenus au cours de cette étude, il serait tout à fait raisonnable de se questionner quant à la position de la femme dans ce problème de transmission et de se demander s'il est juste d'incriminer l'homme en tant que LE transmetteur principal.

Au-delà de la transmission et comme nous avons pu également le développer dans ce travail, si la femme peut effectivement avoir le cancer du col de l'utérus, elle n'est pas la seule à être sujet aux complications suite à l'infection liée aux papillomavirus humains. Les hommes sont également touchés et peuvent avoir un cancer au niveau de la sphère ORL, un cancer de l'anus ainsi que du pénis. Par ailleurs, on parle souvent du cancer du col de l'utérus mais les femmes peuvent également développer un cancer de la vulve, du vagin, de l'anus ainsi que des cancers dans la sphère ORL (CSS., 2017).

Si nous revenons à l'époque où le premier vaccin contre les HPV est sorti, la cible principale était les femmes et le cancer du col de l'utérus qui, à cette période, suscitait beaucoup d'attention. A cette époque, un rapport du KCE (2007) s'était penché sur la question avec

² Le *person-months* est une unité de mesure permettant d'exprimer l'effort (temps) consacré à un projet spécifique

pour titre principal « *Vaccination HPV pour la prévention du cancer du col de l'utérus en Belgique : Health Technology Assessment* ». Dans ce rapport, le KCE n'abordera que la problématique des cancers du col, concluant qu'il y avait des incertitudes liées à la vaccination contre les HPV et que par conséquent, les informations devaient être, nous citons « *indépendantes, correctes et complètes pour permettre un choix éclairé par les décideurs et les individus.* ». A ce moment-là, la question de vacciner les hommes n'était pas à l'ordre du jour alors que le KCE soulignait déjà le fait que les hommes pouvaient être porteurs : « *La majeure partie des femmes (et des hommes) sera infecté à un moment ou l'autre [...]* » s'en suivra à cette phrase tout un paragraphe, pour ne pas dire le rapport au complet, concernant la femme et le cancer du col de l'utérus. Il faudra attendre le rapport de 2019, soit 12 ans pour que le KCE mette en avant l'intérêt de la vaccination auprès des garçons : « *[...] Des maladies que l'on pensait d'abord strictement féminine mais dont on sait aujourd'hui qu'elles touchent aussi les hommes [...]* ». Dans ce même rapport, le KCE agrandira les pathologies rencontrées suite à l'affection à HPV, à tout un panel d'autres cancers dont certains HPV sont responsables et ce, pour les 2 genres. Le Conseil Supérieur de la Santé avait cependant déjà abordé la question de la vaccination auprès des garçons dans son rapport de 2017.

Par conséquent la question qui se pose est de savoir ce que les médias ont, ou *ont pu* véhiculer comme informations auprès du public. Une étude effectuée aux États-Unis (*Sarah E. Gollust., Susan M. LoRusso. et al., 2015*) a pu mettre en avant différents éléments dont des problèmes politiques *mais que nous ne corrèlerons pas avec la Belgique* mais également la question du genre. Vraisemblablement, malgré les recommandations scientifiques, les médias ont persisté à cibler précisément les sujets féminins. De cette information, d'expérience personnelle, nous avons également été confrontés à une campagne publicitaire à la radio où l'information donnée était « le vaccin prévient le cancer du col de l'utérus », ce qui nous avait interpellés. Si effectivement, les médias continuent de véhiculer le message « HPV – cancer du col de l'utérus », il est d'autant plus compliqué pour les parents d'élèves scolarisés en 2^{ème} secondaire de se positionner en faveur de la vaccination pour les garçons.

Par ailleurs, au cours de l'élaboration de notre travail et de l'analyse de nos résultats, nous avons pris connaissance des représentations des répondants. Ceux-ci insistaient sur le fait que la femme développe des maladies *et tout particulièrement le cancer cervical* alors que l'homme n'est que transmetteur. Afin d'alimenter notre analyse, nous avons fait le choix de remettre un questionnaire en ligne avec 4 questions fermées, ciblant précisément le côté « transmetteur » et « symptomatique ». La récolte des résultats a pu mettre en avant qu'il

subsiste encore bel et bien cette représentation, sur un plus grand échantillon que notre échantillon de départ.

5.1.6. *L'orientation sexuelle*

Trois des répondants (L, M2 et A) ont stipulé que l'orientation sexuelle n'influe pas la transmission des papillomavirus humains. Deux personnes (M1 et V) ont suggéré que l'hétérosexualité était l'orientation sexuelle la plus à risque tandis qu'un répondant (S) a précisé qu'un couple homosexuel composé de 2 femmes n'était pas à risque puisque, nous citons « [...] comme c'est l'homme qui transmet du coup, beh forcément 2 femmes ensemble, pour moi, n'ont pas de risque. [...] ». Des éléments comme « *multiplicité des partenaires* » (L) et « *les pratiques sexuelles* » (J) ont également été évoqués.

Comme (L) a pu le mentionner, le problème ne se situe pas au niveau de l'orientation sexuelle mais bien au niveau des facteurs favorisants comme la multiplicité des partenaires. Il y a également la précocité et les comportements à risque comme le fait de ne pas se protéger avec une protection physique. Cependant, il y a certaines nuances dont il faut tenir compte. Une étude américaine menée par Frisch M., Biggar R. J. et Goedert J.J. (2000) a corrélié l'incidence des cancers causés par les papillomavirus chez une population HIV positive et a pu mettre en évidence le fait que l'incidence était statistiquement plus importante auprès de cette population. L'article d'Adami J., Gäbel H. et al (2003) cité par les Docteurs Duvoisin C., Clerc D. et al (2018) a observé que l'homme homosexuel (HSH), VIH positif et porteur du HPV, était la population la plus à risque de développer un cancer de l'anus.

5.1.7. *Développement des maladies en lien avec les HPV*

La quasi-totalité des répondants ont parlé du cancer de col de l'utérus à la question « *pourriez-vous me dire quelles maladies les papillomavirus peuvent provoquer ?* ». Seule (M2) ne s'est pas prononcée. Comme nous l'avons effectivement développé à plusieurs reprises dans ce mémoire-recherche, les HPV provoquent bel et bien des lésions précancéreuses à différents endroits du corps : pénis, vagin, vulve, sphère ORL et anus. D'autres maladies, mais beaucoup plus rares, peuvent également se développer comme des lésions dysplasiques de la cornée et des tissus conjonctifs de l'œil mais également la papillomatose respiratoire.

Enfin, ce qui est beaucoup plus fréquemment rencontrés et qui est de l'ordre de lésions bénignes, sont les papillomes et condylomes qui sont des verrues que nous pouvons retrouver à différents endroits sur la peau ou les muqueuses comme la zone du pubis ou la bouche.

5.1.8. L'importance de l'hésitation vaccinale envers la vaccination contre les HPV

Pour analyser cette partie de notre travail, nous nous sommes basés sur les catégories développées par le groupe SAGE de l'OMS :

Complacency ou complaisance

Nous avons pu constater que certaines personnes interviewées, selon les échanges et les propos tenus, ne mesuraient pas adéquatement ce qu'impliquait l'infection à HPV et les potentielles complications qui pourraient en découler à terme.

(S) disait ne pas comprendre l'importance de ce vaccin car l'ancienne génération n'était pas concernée par celui-ci à l'époque. Il était dès lors compliqué pour elle d'accepter de faire vacciner ses enfants avec un vaccin pour lequel elle n'était pas elle-même vaccinée. (S) a également mis en avant un détail qui était important pour elle, à savoir que son médecin généraliste ne lui avait jamais parlé de cette vaccination contre les papillomavirus. Selon elle, on accorde beaucoup plus d'importance au suivi vaccinal des enfants lorsqu'ils sont petits. Il y a une traçabilité et on tape un petit peu sur le clou pour s'assurer que tout est en ordre. Ici, ça n'a pas été le cas et par conséquent, ça tend à signifier que ce vaccin-là n'est pas « si » important que ça. (A) quant à elle, exprimait le fait qu'elle ne comprenait pas non plus la pertinence de cette vaccination étant donné que la maladie n'est pas, selon elle, assez virulente et répandue. Enfin, (J) jugeait le vaccin contre les HPV comme superflus. Celui-ci ne comprend pas le côté sécurité de la vaccination, remet en doute ce que les politiques de santé émettent comme avis au sujet du vaccin HPV et aurait lu dans une revue que ces vaccins provoquaient des effets secondaires graves. (J) pense qu'il est préférable de mettre plus d'argent dans les soins thérapeutiques que préventifs.

(V), (M2) et (A) ont exprimé le fait qu'elles trouvaient que leurs enfants étaient trop jeunes que pour avoir ce vaccin. (V) jugeait qu'il n'était pas adéquat de discuter de sexualité avec ses enfants alors qu'ils n'avaient que 12ans à ce moment-là. Elle a donc préféré postposer le vaccin à l'âge de 15ans afin de rester dans le schéma de 2 doses même si au fond d'elle, elle aurait préféré encore attendre au moins l'âge de 16ans. La différence entre les schémas de 2 et 3 doses a pesé dans la balance. (M2) a également exprimé le fait qu'elle trouvait qu'il était inadéquat de discuter avec son fils de 12ans de sexualité. Cependant, par rapport à sa fille, elle est allée consulter avec elle son gynécologue. Ils ont pu discuter sur les intérêts de la vaccination et se positionner. Vraisemblablement, d'après les éléments transmis par (M2), la gynécologue aurait suggéré d'attendre que le vaccin évolue, d'une part, et que la possibilité d'avoir des relations sexuelles se présentent, d'autre part.

Selon le rapport du Conseil Supérieur de la Santé de 2007, il a été démontré que les jeunes filles vaccinées entre 10 et 14ans, pour le vaccin Cervarix®, démontrait une meilleure efficacité prophylactique par rapport aux femmes vaccinées âgées de 15 à 25 ans. D'un point de vue de l'immunité naturelle, il a été démontré que les personnes vaccinées avaient des anticorps plus élevés que les personnes non-vaccinées mais ayant été naturellement infectées par un *ou des* papillomavirus (CSS., 2017).

Cependant, il est important de retenir le fait qu'il faut respecter un délai de 6 mois entre la première et la seconde dose de vaccin bivalent, et qu'il est recommandé de faire ce schéma avant le premier rapport sexuel de façon à garantir une meilleure efficacité du vaccin. Le schéma en 3 doses demande un plus long délai puisqu'il s'agit du schéma T0, ensuite T1mois ou T2mois et puis T6mois, ce qui représente jusqu'à 8mois/12 pour obtenir une protection optimale. Dans cet intérêt, il est important d'anticiper les doses de vaccin qui demandent un ou 2 intervalles d'injection.

La problématique des « hommes transmetteurs » et « femmes symptomatiques » a également joué en la défaveur du vaccin. (M1) n'a pas fait vacciner ses fils car selon elle, ils ne sont pas concernés par les HPV ce qui a également été le cas pour (S) et (A), ayant également des fils. Enfin, (L) soulignait le fait que la convocation sous format papier ou par e-mail ne transmet pas l'idée que la vaccination soit quelque chose d'important. Par ailleurs, elle insistait sur le fait que tout le monde ne comprend pas les informations. Les idées peuvent ne pas être claires car trop compliquées à comprendre. Tantôt trop vulgarisées, tantôt pas assez. Par ailleurs, toutes les réponses aux questions que les parents pourraient se poser, ne s'y trouvent pas.

Convenience ou commodité

Les répondants n'ont pas exprimé de difficultés à accéder à la vaccination en elle-même. Effectivement, dans le cadre de la médecine scolaire pour laquelle le vaccin est totalement gratuit, les parents ont simplement l'obligation de signifier par écrit s'ils acceptent ou non, le vaccin contre les HPV. Ensuite, toutes les démarches sont effectuées par l'école et le PSE.

Cependant, en termes de « convenience », certains parents ont exprimé le fait qu'il n'y avait pas assez d'informations dans la convocation. Si certains se sont renseignés auprès de leur médecin généraliste ou auprès de leur gynécologue, d'autres ont fait un classement vertical. Comme disait (L) par rapport au fait de se positionner en faveur ou non du vaccin contre les papillomavirus : « *Encore un problème. Oui, encore un problème, encore une décision à prendre, encore un truc à réfléchir.* ».

Confidence ou confiance

(L) qui était opposée au départ a changé d'avis après avoir pris connaissances des éléments en faveur de la vaccination suite à une discussion avec son médecin généraliste. (L) ne se souvenait pas d'avoir lu la convocation ni les détails qui en ressortaient mais préférait malgré tout avoir l'avis du médecin de famille. Cela a également été le cas pour (V) et (M2) qui ont préféré consulter leur médecin ou leur gynécologue. Plusieurs répondants ont notifié le fait que la convocation ne donnait pas assez d'éléments de réponses pour justifier cette vaccination. Par ailleurs, le côté non-obligatoire n'a pas joué en la faveur du vaccin.

Le côté médecine scolaire semble également être un critère puisque d'après (S), la médecine scolaire n'est pas un endroit pour faire un vaccin car à son sens : « [...] j'ai refusé à l'école, pour moi c'était pas l'endroit où faire un vaccin (le boostrix, NDLR) [...]. [...] pour moi le côté vaccin c'est un côté médical et ça doit rester un côté médical [...] ». (L) disait également ne pas être à l'aise à l'idée qu'on puisse poser un acte médical sur ses enfants, dans le cadre de la médecine scolaire.

La catégorie « confiance » comprend différents éléments abordés lors des entretiens et nous allons les développer ci-après.

Confiance vis-à-vis de la convocation

(L, M1, V et S) auraient aimé avoir plus d'informations ou du moins, que celles-ci soient plus claires. N'ayant pas accès à la convocation de la médecine scolaire, nous avons contacté différents services PSE du Brabant Wallon (*Nivelles, Jodoigne, Wavre, Ottignies et Tubize*) afin d'obtenir le document. Malheureusement, nous n'avons pas eu de retour de leur part.

Entretemps, nous avons eu accès à l'invitation de l'ONE au sujet de cette vaccination via le lien suivant : https://www.e-vax.be/VaccHelp/help/pdf/autorisation_HPV_compl.pdf (voir annexe 8) dans laquelle il y a effectivement quelques informations au sujet des HPV. Nous constatons que dans les informations données, il y a peu de détails. On parle de contagiosité, de transmission via les rapports sexuels ou de contacts intimes, que le virus est courant et que parmi les virus, certains donnent des verrues et d'autres, des cancers de la zone génitale et orale. Le schéma stipulé dans la convocation est celui de 2 doses mais il n'est pas mis quel vaccin sera administré.

Il est vrai que les informations données sont assez claires mais peu détaillées, voire pas assez précises. Nous pensons que ne pas connaître le nom du vaccin qui sera administré est un des premiers éléments qui fait défaut. Le schéma des doses est intéressant mais comme a pu le mentionner (V), seul un schéma est détaillé alors que nous l'avons vu, il en existe plusieurs. Nous pensons qu'il serait intéressant pour les parents d'avoir la possibilité d'étudier les

différentes alternatives à la vaccination contre les papillomavirus. Cela ouvrirait des possibilités en termes de couverture vaccinale. Nous constatons également que l'intérêt de faire le vaccin avant le premier rapport sexuel n'est pas mentionné alors qu'il s'agit d'un détail important puisque cela va impacter l'efficacité du vaccin. Dans les éléments mentionnés, des négations sont utilisées. Nous pensons qu'il serait plus judicieux de mettre en avant les points positifs de la vaccination plutôt que « le vaccin ne protège pas contre tous les types de virus » mais plutôt « le vaccin Gardasil 9® permet à votre enfant d'être protégé contre telle et telle souche du virus, responsables des cancers ».

Le vaccin est effectivement le sujet de la convocation mais à aucun moment il n'y a de rappel quant aux protections physiques qui existent déjà. Nous pensons qu'il serait intéressant pour le lecteur de prendre connaissance des moyens de se protéger des MST de manière « générale », en précisant qu'ils peuvent également prévenir de la contamination aux HPV, mais que cela doit être complété par le vaccin si nous voulons mettre toutes nos chances de notre côté puisque, des zones ne peuvent pas être protégées avec les préservatifs masculins, féminins et les carrés de latex comme le pubis ou les testicules.

Un détail qui nous semble également important et qui n'est pas mentionné est le fait que malgré la vaccination, il reste important pour les filles, dans le cadre de la prévention du cancer de l'utérus, de faire des frottis de col.

Lorsque le document énumère les verrues et les cancers, en mentionnant « génital et de la gorge », cela manque également de précision. Comme nous l'avons vu, l'association femme et cancer du col de l'utérus sont systématiques. Lorsque nous lisons « génital », nous pouvons supposer qu'après d'un public non scientifique, ce terme peut se résumer à col de l'utérus puisque cela fait 20ans que nous l'entendons. Ne serait-il pas plus judicieux d'énumérer les zones qui peuvent être infectées par les virus HPV ? Ne serait-ce pas plus parlant pour le lecteur ?

Dans le document, il est également précisé que les virus à HPV sont courants et très contagieux. Nous pensons qu'il y aurait un intérêt à préciser que les HPV sont des maladies sexuellement transmissibles et qui plus est, les plus répandues dans le monde et que par ailleurs, 80% de la population y sera confrontée tôt ou tard. Deux données en ressortent : la plus répandue et une notion de mesure de 80%.

Enfin, un dernier détail qui nous semblait peu opportun dans le cadre de cette convocation est le mot « gratuitement », en gras. Bien que cela soit important de le souligner, nous ne pensons pas que cette notion fera la différence en termes de choix parental. Nous pensons que d'autres

choses devraient ressortir en gras dans ce document et qui devraient attirer le regard des lecteurs comme certains éléments importants au sujet des papillomavirus.

Si effectivement, toutes les informations ne sont pas présentes, il existe cependant des brochures explicatives que nous pouvons retrouver sur le site de l'ONE, e-vax, vaccination-info.be ou encore hpvinfo.be qui sont des sites contenant de la vulgarisation scientifique tout en étant encadré par des entités fédérées, accessible au public.

Nous avons également eu la surprise de voir dans une pharmacie, qu'un stock de cartes intitulée « ensemble contre HumanPapillomaVirus » était posé sur le comptoir. Dessus, il y avait un QR code à scanner ainsi qu'une adresse internet : www.hpvinfo.be. Les brochures que nous pouvons retrouver sur les différents sites internet énumérés ci-avant, tout comme les cartes sur le présentoir de la pharmacie, sont des outils de communication financés par la firme MSD (Merck Sharp and Dohme) qui est un laboratoire pharmaceutique.

Confiance apportée à l'influence des médias et des pairs

L'influence «[...] renvoie aux notions de soumission, d'obéissance, de conformisme, de suivisme ou à la manipulation [...]. ». (Laurens S., 2005).

Dans le cadre de notre mémoire-recherche, on peut retrouver cette notion d'influence dans le suivisme car nous suivons l'avis du médecin, de notre partenaire, de nos amis, de notre entourage, de notre famille. Tandis que le conformisme serait le fait de se conformer aux recommandations du CSS, par exemple, ce qui ne se prête pas ici pour notre travail. La soumission ou l'obéissance se prête aux influences plutôt manipulatrices comme cela pourrait se rencontrer dans un milieu sectaire.

Nous avons au départ un élément, qu'on pourrait appeler *source* et un individu, qu'on pourrait appeler *cible*. Concrètement, la source a des objectifs et la cible serait en quelque sorte, l'outil qui permettrait d'atteindre les différents objectifs. (Laurens S., 2005). Nous pouvons donc dire que les différentes sources qui ont été citées, à savoir : les médias (*seuls internet et des brochures/magazines ont été mentionnés*), les pairs tels que le/la partenaire, les collègues de travail et l'entourage proche mais également les médecins et l'expérience personnelle, influencent la cible parce que celle-ci leur fait confiance.

Tout individu, selon l'importance que l'on donne à son avis, peut exercer un rôle dominant ou manipulateur comme nous pourrions le rencontrer dans le cadre de la relation soignant-soigné. Par exemple, dans le cadre de nos entretiens, (V), (L) et (M2) ont consulté leur médecin, généraliste ou gynécologue. Ce n'était pas la convocation qui a joué en faveur de la vaccination contre les papillomavirus mais bien l'avis du personnel médical qui a marqué l'intérêt de faire vacciner leurs enfants. Pour (L), un autre élément venait s'ajouter à savoir le

fait qu'elle ne désirait pas que cette prise en charge soit faite via la médecine scolaire, suite à 2 mauvaises expériences vécues par elle-même. Si au départ, l'expérience personnelle n'est pas une source d'influence pour nous-même, elle peut l'être pour autrui (*exemple*) : « *j'ai connu des effets secondaires suite à un vaccin anti-varioloïte* ». Par la suite, en plus d'être une influence pour les pairs, elle pourra influencer d'autres décisions futures (*exemple*) : « *je ne vais pas faire le vaccin X car j'ai déjà eu des effets secondaires avec le vaccin anti-varioloïte* ». Comme le stipule Stéphane Laurens dans son article « *L'influence, entre science et fantasme* » (2005) : « *[...] ce qu'on observe dans une situation d'influence c'est que la source, lorsqu'elle tente d'influencer autrui, s'influence elle-même. La première cible de l'influence est donc la source elle-même qui, pour convaincre autrui, change dans le sens des arguments qu'elle développe* ». C'est ce que nous avons rencontré avec (J). Pour rappel, (J) avait eu une mauvaise expérience avec un vaccin et avait consulté un article dans une revue qui traitait la vaccination contre les papillomavirus. Cet article ne plaidait pas en la faveur de cette vaccination, l'incriminant d'effets secondaires graves et qu'il y avait peu d'intérêt à la faire. Lorsque (J) a discuté du vaccin avec sa femme, celui-ci m'expliquait : « *[...] quand je lui ai posé la question pour vacciner notre fille, elle a dit... moi je lui ai dit que j'étais pas pour et elle a dit « ah oui ok »*. Et de toute façon mes amis m'ont dit qu'il n'y a pas eu de période de... d'observation assez longue pour assurer que c'est un vaccin utile. ».

En terme de suivisme, nous pouvons prendre l'exemple de (L) qui a discuté avec une collègue au sujet de la vaccination contre les HPV : « *Bah je crois que ça a dû se limiter à « je me suis renseignée, c'est bon j'y vais » et qu'elle m'a dit « bon alors on va le faire aussi » [...]* ». Dans ce cas précis, ce n'était pas (L) qui suivait l'avis de sa collègue mais l'inverse. (L) avait pris ses renseignements auprès de son médecin avant de se positionner en faveur ou non de la vaccination. (S) quant à elle disait que si des parents autour d'elle avaient été pro vaccination HPV, elle aurait fait les démarches auprès de son médecin pour avoir des informations, mais personne ne lui en a parlé donc elle ne l'a pas fait.

6. Conclusion et perspective

Pour conclure ce travail, nous allons tenter de répondre à notre question de recherche. Au départ, celle-ci était formulée de la manière suivante : « *Quelles sont les raisons qui expliquent le refus des parents d'élèves scolarisés en 2^{ème} secondaire au sein du Brabant Wallon, concernant la vaccination anti-HPV pour leurs enfants ?* ». Au terme de nos entretiens et de notre analyse, nous avons constaté que nous avons rencontré plusieurs limites qui ont directement impacté notre question de recherche. Au départ, nous parlions de

« refus ». Cependant, l'hésitation vaccinale implique le refus mais également le fait de postposer. Par conséquent, nous ne pouvions pas garder ce propos.

Lors de nos entretiens, sur les 7 personnes interrogées, si certains étaient au clair avec le fait qu'ils ne voulaient pas faire vacciner leurs enfants, d'autres préféraient refuser le vaccin car celui-ci était proposé par la médecine scolaire. Effectivement, 3 répondants ont spécifié avoir consulté un médecin afin de prendre des renseignements, ce qui les ont amené in fine à faire vacciner leurs enfants. Il s'agissait donc là de postposer en vue, potentiellement, de faire le vaccin mais en-dehors d'un SPSE.

Au début, nous avons un intérêt particulier à nous adresser aux parents d'élèves scolarisés en 2^{ème} secondaire puisque la vaccination est au départ, proposée à ces élèves-là. Cependant, si nous nous étions effectivement arrêtés à ce critère, nous aurions été confronté au fait que l'échantillon aie été encore plus restreint que celui que nous avions.

Nous avons deux possibilités : soit étendre notre recherche pour la Fédération Wallonie-Bruxelles tout entière, soit nous adresser à des parents dont les enfants sont scolarisés en secondaire dans une école du Brabant Wallon sans distinguer l'année de scolarité. Le critère de l'hésitation vaccinale devait rester en avant-plan. Au final, nous avons fait le choix de rester sur le critère d'inclusion d'élèves scolarisés en secondaire sans distinction d'année, dans le Brabant Wallon, car nous voulions comprendre pour quelles raisons l'hésitation vaccinale était plus importante que partout ailleurs pour la FWB. Par conséquent, nous avons revu sa formulation : « *Quelles sont les raisons qui expliquent l'hésitation vaccinale des parents d'élèves scolarisés en secondaire, au sein du Brabant Wallon, vis-à-vis de la vaccination contre les papillomavirus, en médecine scolaire ?* ».

Pour la totalité des répondants, au moins un enfant était toujours scolarisé en secondaire, dans une école du Brabant Wallon, et était concerné par l'hésitation vaccinale anti-HPV. Parmi eux certains avaient également d'autres enfants de 19 ans, donc à peine plus âgés. Les raisons qui ont poussé ces parents à refuser la vaccination sont restées les mêmes, que ce soit pour l'ainé à l'époque ou pour l'enfant toujours scolarisé en secondaire actuellement.

L'ouverture des possibilités en terme de critères d'inclusion a pu nous permettre d'aller jusqu'au bout de ce travail et de faire évoluer notre question de recherche.

D'autres limites ont été rencontrées. Pour rappel, sur 228 personnes ayant répondu à notre questionnaire en ligne, seuls 26 répondants rentraient dans les critères d'inclusions et seuls 11 personnes avaient laissé leurs coordonnées pour être recontactés en vue de l'entretien semi-direct. Parmi les 11, seuls 7 personnes ont donné suite à la recherche. Il aurait été intéressant d'avoir un échantillon plus grand, de 10 ou 15 personnes, afin d'avoir un plus grand panel

d'informations au sujet de l'hésitation vaccinale afin d'apporter, peut-être, plus d'éléments de réponses quant aux éléments chiffrés du rapport d'enquête vaccinale 2019-2020. La réponse à notre question de recherche ne se limite pas à quelque chose de court et de circonscrit. Le sujet est vaste et comme a pu développer le groupe SAGE, il existe une multitude de déterminants. Dans le cadre de notre recherche, les déterminants impactant la décision des répondants de refuser ou de postposer la vaccination anti-HPV étaient :

- Influences du contexte

○ Communication et environnement médiatique

- Trop peu d'informations au niveau des médias (S)
- Pas assez d'informations dans la convocation (S, V, M2 et M1)
- Les médecins n'en parlent pas ou ne donnent pas beaucoup d'informations (S)
- On ne prend pas le temps d'informer ou de s'informer (S)
- Article de revue qui parle d'effets secondaires graves et qui expose le fait qu'un pays s'est retiré pour la vaccination contre les HPV (J)
- Convocation format papier qui n'est pas adéquat (L)
- On ne comprend pas toujours les informations dans les brochures (L)

○ Politique

- Peu confiance envers les politiques de santé (J)

○ Perception de l'industrie pharmaceutique

- Intérêt financier (J et M1)

- Influences individuelles et de groupe

○ Expérience personnelle, familiale et/ou des membres de la communauté

- Effets secondaires suite à un vaccin (J) et (L)
- Amis qui n'approuvent pas la vaccination contre les HPV (J et M1)

○ Croyances et attitudes vis-à-vis de la santé et de la prévention

- On porte un intérêt sur le préventif plutôt que le thérapeutique (J)
- Manque de compréhension quant à la pertinence de faire le vaccin que ce soit sur le plan individuel ou collectif (A)
- Pas assez de recul sur cette vaccination (A)
- Vaccination anti-HPV superflue (J)

○ Perception du rapport risques/bénéfices

- Crainte des effets secondaires (L, M1, S et J)
- Le rapport bénéfice-risque est incertain (J)

- Vaccination perçue comme norme sociale versus inutile ou nocive
 - Quel intérêt de faire certains vaccins dont le vaccin anti-HPV (A, J, M1 et M2)
 - Immunité naturelle et virus peu exponentiel (A)
- Facteurs spécifiques à un vaccin ou à la vaccination
 - Rapport risques/bénéfices sur le plan épidémiologique et des preuves scientifiques :
 - Inquiétude quant au fait d'injecter un produit issu d'une manipulation humaine et dont on n'a pas connaissance de la composition (M1, S, A)
 - Introduction d'une nouvelle recommandation pour un vaccin existant
 - Cela ne concerne pas les hommes *et donc on ne fait pas vacciner les garçons* (M1, S et A)
 - Organisation du programme de vaccination (médecine scolaire dans ce cas-ci)
 - Ne souhaite pas une prise en charge par la médecine scolaire (S et L)
 - Schéma de vaccination
 - Enfant trop jeune (A, M2, V)
 - Le vaccin anti-HPV n'est pas obligatoire (M1 et J)
 - La période de protection n'est pas assez longue que pour faire le vaccin à l'âge de 12ans (V)
 - Coût
 - Le vaccin coûte cher (J)

Après avoir effectué et avoir analysé les entretiens semi-directifs, nous nous sommes rendu compte que certains détails auraient pu être approfondis. Le facteur limitant était la crainte ressentie au moment des échanges de biaiser nos résultats. Par moment, la manière dont nous nous sommes exprimés ou la tournure de phrase laissait entendre certaines réponses alors que nous voulions pousser l'interlocuteur à la réflexion, par conséquent on se limitait et cela n'a pas toujours été en la faveur de nos recherches. Lorsque nous avons entamé les entretiens, nous n'étions pas complètement à l'aise avec les premiers échanges. Le fait d'effectuer les entretiens via téléphone était, d'une certaine façon, déshumanisant. Le non-verbal, qui peut être un élément d'analyse, n'a pas pu être observé. Le fait également d'avoir des moments sans réponse nous laisse entendre que la personne a terminé de s'exprimer, or, il nous est arrivé à plusieurs reprises d'être interrompu par notre interlocuteur désirant reprendre la parole. Malgré ces difficultés, nous nous sommes tout de même sentis de plus en plus en confiance et plus assuré dans notre façon d'échanger ou de nous exprimer. Certaines choses

auraient dû être approfondies, par exemple, nous aurions pu pousser plus loin la réflexion de notre interlocuteur en ce qui concerne les traces du virus sur le corps, la manière dont on peut le détecter ou encore de savoir pour quelles raisons les garçons ne seraient pas concernés en-dehors du fait qu'ils soient « transmetteurs ».

Notre mémoire-recherche est une étude qualitative mais nous pensons que des données quantitatives auraient pu apporter d'autres éléments de réponses, raison pour laquelle nous avons fait le choix, en cours de mémoire, et avec l'accord de nos promoteurs, de mettre en ligne un deuxième questionnaire afin d'alimenter notre discussion. Celui-ci abordait la question du genre puisque, effectivement, nous avons constaté au travers des échanges que les répondants mettaient cette notion régulièrement en avant. Les résultats ont été très intéressants à analyser et nous avons pu conclure, tout en faisant une corrélation avec nos entretiens, qu'il subsiste toujours un lien entre femme symptomatique et homme transmetteur. Ce détail qui n'en est pas moins interpellant, devrait être une piste à étudier pour les prochaines campagnes de promotion à la santé.

Nous avons apprécié effectuer ce travail. Ce mémoire ne prétend pas être la réponse absolue à l'hésitation vaccinale mais il peut apporter sa « pierre à l'édifice » dans cette problématique qui est de taille puisque d'ici 2025, l'objectif serait d'atteindre 80% du taux de couverture vaccinale concernant le vaccin anti-HPV.

Si notre échantillon a pu malgré tout apporter quelques éléments de réponse à notre question de recherche, nous poussant à la réflexion par rapport à ce problème d'hésitation vaccinale, nous avons bien conscience qu'il faudrait aller beaucoup plus loin dans l'analyse et la réflexion.

Nous pensons que d'autres recherches qualitatives s'appuyant sur le rapport d'enquête de 2019-2020, pourraient être une plus-value. Le fait d'étendre la question de l'hésitation vaccinale auprès d'un plus grand nombre d'individus, permettrait d'avoir un plus grand panel de réponses concernant le fait de refuser ou de postposer cette vaccination. Il y aurait d'ailleurs tout intérêt à pousser plus loin la recherche car la couverture vaccinale n'atteint pas ses objectifs annuels et que les études EBM ont démontré le bénéfice-risque de l'améliorer, dans un intérêt de santé publique.

A notre question « que pourrions-nous faire de différent ? », certains éléments pourraient être poussés à la réflexion puisque des parents ont proposé des idées pour améliorer le contenu de la convocation : numéro vert pour poser des questions, plus de détails concernant les statistiques, l'épidémiologie, les risques, les avantages, les effets secondaires, l'incidence ou encore d'expliquer les différents schémas vaccinaux. Une séance d'information destinée aux

parents a également été proposée, cela permettrait une approche plus directe où l'éducateur à la santé pourrait exposer la problématique et ainsi répondre aux différentes questions.

Si toutes ces idées ne sont pas les solutions en tant que telles, il serait tout de même intéressant de se pencher sur la question de ce qui pourrait faire la différence à partir du moment où nous avons une information. Pour que cette information soit perçue comme importante, il faut qu'on puisse se sentir concerné par celle-ci et c'est là que tout se joue. Si effectivement, les personnes ne se sentent pas concernées par la problématique des HPV, il y a peu de chance pour celles-ci cherchent par la suite à approfondir le sujet, indépendamment de la qualité et de la quantité d'informations reçues.

Bibliographie

Article scientifique :

Adami J, Gäbel H, Lindelöf B, Ekström K, Rydh B, Glimelius B, Ekbom A, Adami HO, Granath F. Cancer risk following organ transplantation: a nationwide cohort study in Sweden. *Br J Cancer*. 2003 Oct 6;89(7):1221-7. doi: 10.1038/sj.bjc.6601219. PMID: 14520450; PMCID: PMC2394311. (consulté le 15/5/2023)

Arbyn M., Tommasino M., et al (2014, 15 août). *Are 20 human papillomavirus types causing cervical cancer ?*. Volume 234, Issue 4, décembre 2014. Pages 431-435. <https://doi.org/10.1002/path.4424> (consulté le 27/7/22)

Canouï E., Launay O. (2019) *Histoire et principes de la vaccination*, *Revue des Maladies Respiratoires*. Volume 36, Issue 1, 2019. Pages 74-81, ISSN 0761-8425/ <https://doi.org/10.1016/j.rmr.2018.02.015> (consulté le 4/8/22)

Capra G, Schillaci R, Bosco L, Roccheri MC, Perino A, Ragusa MA. HPV infection in semen: results from a new molecular approach. *Epidemiol Infect*. 2019 Jan;147:e177. doi: 10.1017/S0950268819000621. PMID: 31063107; PMCID: PMC6518472. (consulté le 30/4/2023)

Cordoba, C. D., Clerc, D., Vanoni, A., Pache, B., Hübner, M., Demartines, N., & Hahnloser, D. (2018). Dépistage du cancer anal : doit-on faire de même que pour le cancer du col utérin ? *Revue médicale suisse*, 14(611), 1230-1236. <https://doi.org/10.53738/revmed.2018.14.611.1230> (consulté le 30/4/2023)

Frisch M, Biggar RJ, Goedert JJ. Human papillomavirus-associated cancers in patients with human immunodeficiency virus infection and acquired immunodeficiency syndrome. *J Natl Cancer Inst*. 2000 Sep 20;92(18):1500-10. doi: 10.1093/jnci/92.18.1500. PMID: 10995805

Gollust SE, LoRusso SM, Nagler RH, Fowler EF. Understanding the role of the news media in HPV vaccine uptake in the United States: Synthesis and commentary. *Hum Vaccin Immunother*. 2016 Jun 2;12(6):1430-4. doi: 10.1080/21645515.2015.1109169. Epub 2015 Nov 10. PMID: 26554612; PMCID: PMC4964732. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4964732/> (consulté le 30/4/2023)

Hartwig S, St Guily JL, Dominiak-Felden G, Alemany L, de Sanjosé S. Estimation of the overall burden of cancers, precancerous lesions, and genital warts attributable to 9-valent HPV vaccine types in women and men in Europe. *Infect Agent Cancer*. 2017 Apr 11;12:19. doi: 10.1186/s13027-017-0129-6. PMID: 28400857; PMCID: PMC5387299. (consulté le 28/7/22)

Hernandez BY, Wilkens LR, Zhu X, Thompson P, McDuffie K, Shvetsov YB, Kamemoto LE, Killeen J, Ning L, Goodman MT. Transmission of human papillomavirus in heterosexual couples. *Emerg Infect Dis*. 2008 Jun;14(6):888-94. doi: 10.3201/eid1406.070616. PMID: 18507898; PMCID: PMC2600292. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2600292/> (consulté le 30/4/2023)

Lei J., Ploner A, Elfström K., et al. (2020, 1 octobre). *HPV vaccination and the Risk of Invasive Cervical Cancer*. *The New England Journal of Medicine*, 2020. 383 : Pg 1340-1348. DOI : <http://doi.org/10.1056/NEJMoa1917338> (consulté le 3/9/22)

Laurens, S. (2005). L'influence, entre science et fantasme. *Hermès, La Revue*, 41, 83-90. <https://doi.org/10.4267/2042/8957> (consulté le 29/4/23)

MacDonald, N. E. (2015). Vaccine hesitancy : Definition, scope and determinants. *Vaccine*, 33(34), 4161-4164. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2015.04.036> (consulté le 13/7/22)

Montalban M. (2011, février). *La financiarisation des Big Pharma. De l'insoutenable modèle blockbuster à son dépassement ?*. *Savoir – agir*, 16 (2), pg13 à 21. Édition Du Croquant. <https://doi.org/10.3917/sava.016.0013> (consulté le 15/5/2023)

Ndiaye M., Sawadogo B. et al (2021, 17 juin). *Facteurs associés à la vaccination contre le virus du papillome humain dans un contexte de passage à l'échelle au Sénégal: enquête cas-témoins auprès des parents*. *Pan Afr Med J*. 2021 Juin 17 ; 39 :137. DOI : [10.11604/pamj.2021.39.137.29229](https://doi.org/10.11604/pamj.2021.39.137.29229) (consulté le 15/5/2023)

Obara H. et Fujita N. (2022, 1 février). *Japan resumes active recommendations of HPV vaccine after 8.5 years of suspension*. The Lancet Oncology, Volume 23, issue 2. Pg 197-198. DOI : [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(22\)00002-X](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(22)00002-X) (consulté le 3/9/22)

Pathak N, Dodds J, Zamora J, Khan K. Accuracy of urinary human papillomavirus testing for presence of cervical HPV: systematic review and meta-analysis BMJ 2014; 349 :g5264 doi:10.1136/bmj.g5264 <https://www.bmj.com/content/349/bmj.g5264> (consulté le 30/4/23)

Salvadori, M. I. (2018). *Le vaccin contre le virus du papillome humain chez les enfants et les adolescents*. Paediatrics, Child Health, 23(4), 266-270. <https://doi.org/10.1093/pch/pxy030> (consulté le 19/7/22)

Teoh D. (2019, 17 mai). *The Power of Social Media for HPV Vaccination – not fake news !*. ASCO Educational Book. Pg 75-78. DOI : https://doi.org/10.1200/EDBK_239363 23936 (consulté le 3/9/22)

Thiry Nancy, Lambert Marie-Laurence, Cleemput Irina, Huybrechts Michel, Neyt Mattias, Hulstaert Frank, De Laet Chris. Vaccination HPV pour la prévention du cancer du col de l'utérus en Belgique: Health Technology Assessment. Health Technology Assessment (HTA). Bruxelles. Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2007. KCE Reports 64B. DOI : [10.57598/R64B](https://doi.org/10.57598/R64B). (consulté le 30/4/2023)

Article de revue :

Lambert H., Scheen B. Lu pour vous : Dubé, E., Laberge, C., Guay, M., Bramadat, P., Roy, R., & Bettinger, J. A., *L'hésitation vaccinale : un état des lieux*. Woluwé-Saint-Lambert :UCLouvain/IRSS-RESO, 2020, 5 p. Disponible sur : https://www.vaccination-info.be/wp-content/uploads/2021/04/Lu-pour-vous_Lhesitation-vaccinale.pdf (consulté le 27/7/22)

Miermans M-C., Swennen B. et Vermeeren A. (2019, mai). *Élargir la vaccination contre les papillomavirus humains aux garçons : oui mais ? Retour sur une décennie de vaccination HPV chez les jeunes filles en FWB (2019)*. Education santé n°355. Pg 7-12. [PDF] Disponible sur <https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/252234/1/Elargir%20la%20vaccination%20contre%20les%20papillomavirus%20humains%20aux%20gar%C3%A7ons.pdf> (consulté le 12/9/22)

Spaar A., Heininger U., Stronski S. et al. (2018, 15 janvier). *Maladies transmissibles : La vaccination contre les HPV : efficace et sûre*. Ars medici. OFSP-Bulletin 3/18., pg 16-24. [PDF] Disponible sur <https://www.infovac.ch/docs/public/hpv/1-vaccination-contre-hpv-efficace-et-sure.pdf> (consulté le 29/7/22)

Vermeeren A., Swennen B. et Miermans M-C (2013, mai). *L'implantation de la vaccination contre le papillomavirus en PSE*. [en ligne] Disponible sur <https://educationsante.be/limplantation-de-la-vaccination-contre-le-papillomavirus-en-pse/> (consulté le 15/5/2023)

Yang Yi D. et Bracken K. (2016, mai). *Mise à jour sur le nouveau vaccin 9-valent pour la prévention du virus du papillome humain*. Can Fam Physician. 2016 May;62(5):e236–40. French. PMID: PMC4865350. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4865350/>) (consulté le 30/4/2023)

Rapport/ brochures :

Carrillo P. en collaboration avec l'ONE, la FWB et vaccination-info Belgique (2020). *Une question sur la vaccination ?* [PDF] Disponible sur https://www.ccref.org/e-vax/une_question_sur_la_vaccination.pdf (consulté le 3/9/22)

Carrillo P. (2022). *Vaccination contre le papillomavirus humain (HPV) : informations générales*. [PDF] Disponible sur https://www.ccref.org/e-vax/HPV_sept2022.pdf (consulté le 3/9/22)

Conseil Supérieur de la Santé (2007, décembre). *Vaccination contre les infections causées par le papillomavirus humain*. CSS N°8367 – Révision du n°8204, publié en décembre 2007. Disponible sur : https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/13328488/Brochure%20HPV.pdf (consulté le 4/8/22)

Conseil Supérieur de la Santé (2017, juillet). *Vaccination contre les infections causées par le papillomavirus humain*. CSS N°9181. Disponible sur <https://www.health.belgium.be/fr/avis-9181-papillomavirus-humain> (consulté le 9/8/22)

EMA (2016, 12 janvier). *HPV vaccines : EMA confirms evidence does not support that they cause CRPS or POTS : reports after HPV vaccination consistent with that would be expected in this age groupe*. [PDF] Disponible sur https://www.ema.europa.eu/en/documents/referral/hpv-vaccines-article-20-procedure-ema-confirms-evidence-does-not-support-they-cause-crps-pots_en.pdf (consulté le 3/9/22)

HCSP (février 2017). Rapport : Place du vaccin GARDASIL 9 dans la prévention des infections à papillomavirus humains. [PDF] file:///C:/Users/Julie/Downloads/hcspr20170210_preinfecthpvplacegardasil9.pdf (consulté le 18/9/22)

Muñoz et al., 2006 cité par le Conseil Supérieur de la Santé (2017). *Vaccination contre les infections causées par le papillomavirus humain*. CSS N°9181. Disponible sur <https://www.health.belgium.be/fr/avis-9181-papillomavirus-humain> (consulté le 9/8/22)

OMS (2016). *Communication sur le vaccin anti-HPV : considérations particulières pour un vaccin unique ; révision 2016*. [PDF] Disponible sur <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250280/WHO-IVB-16.02-fre.pdf> (consulté le 3/9/22)

Panichelli F., Sarr K. et Brasseur C. (2021). *Rapport de l'enquête de couverture vaccinale 2019-2020 : la vaccination contre le Papillomavirus Humain (HPV) chez les élèves de 2ème secondaire dans l'enseignement de la Fédération Wallonie-Bruxelles*. [PDF] (consulté le 15/06/2022). Résumé de l'enquête disponible sur : https://www.ccref.org/e-vax/ResumeEnqueteCouvertureVaccinale_PSE_2019-2020.pdf [PDF] (consulté à plusieurs reprises)

Wyndham-Thomas C., Boon N. et al. (2017). *Sciensano : conseil et politique de vaccination en Belgique* [PDF] Disponible sur https://epidemio.wiv-isp.be/ID/diseases/Documents/politique_vaccinale_2017.pdf (consulté le 29/8/22)

Thiry N ; Gerken S. et al. (2019). *Rapport KCE : Analyse coût-efficacité de la vaccination des garçons contre le virus HPV*. [en ligne] Disponible sur https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/KCE_308B_Vaccination_HPV_garcons_Synthese_0.pdf [PDF] (consulté le 9/8/22)

Woods et al., (2013), Carrilho et al., (2013) cité par CSS (2017). *Vaccination contre les infections causées par le papillomavirus humain*. Page 24. CSS N°9181. Disponible sur <https://www.health.belgium.be/fr/avis-9181-papillomavirus-humain> (consulté le 9/8/22)

Internet :

AFMPS (2022). *Agence Fédérale des Médicaments et des Produits de Santé : vos médicaments et produits de santé, notre préoccupation*. [en ligne] Disponible sur <https://www.afmps.be/fr> (consulté le 23/8/22)

AFMPS (2023, 20 avril). *A propos de l'AFMPS*. [en ligne] Disponible sur <https://www.afmps.be/fr/afmps> (consulté le 27/4/2023)

CBIP (2022). *Répertoire commenté des médicaments : Vaccins antiviraux - vaccin contre le papillomavirus humain (HPV)*. [en ligne] Disponible sur : https://www.cbip.be/fr/chapters/13?frag=11460&trade_family=5009 (consulté le 9/8/22)

CBIP (2022). *Élargissement des conditions de remboursement du vaccin HPV 9-valent (Gardasil 9®)*. [en ligne] Disponible sur <https://www.cbip.be/fr/gows/query?number=1175#hpv> (consulté le 29/8/22)

CBIP (2023). *Vaccin contre le papillomavirus : positionnement* [en ligne] Disponible sur https://www.cbip.be/fr/chapters/13?frag=11460&trade_family=32961 (consulté le 29/4/2023)

CDC (2022, 18 avril). *Human papillomavirus (HPV) is the most common sexually transmitted infection (STI) in the United States. HPV vaccines can prevent some of the health effects HPV causes. This fact sheet answers basic questions about HPV and men*. [en ligne] Disponible sur <https://www.cdc.gov/std/hpv/stdfact-hpv-and-men.htm> (consulté le 20/9/22)

Code pénal (mars 2022, 21). *Loi modifiant le Code pénal en ce qui concerne le droit pénal sexuel.* [en ligne] Disponible sur <http://www.ejustice.just.fgov.be/eli/loi/2022/03/21/2022031330/justel> (consulté le 1/5/2023)

CSS (2021, 17 juin). *Avis 9606 – Calendrier vaccinal de base.* [en ligne] Disponible sur <https://www.health.belgium.be/fr/avis-9606-calendrier-vaccinal-de-base> (consulté le 23/7/22)

CSS (2014, septembre). *Le rôle de l'HPV dans la fertilité : les gamètes masculins issus d'un don devraient-ils faire l'objet d'un dépistage ?* [PDF] Disponible sur <https://www.health.belgium.be/> (consulté le 30/4/2023)

Enzlin Paul (2017, 29 septembre). *Prenez le temps de profiter de votre première fois.* [en ligne] Disponible sur <https://www.gynandco.be/fr/prenez-le-temps-de-profiter-de-votre-premiere-fois/> (consulté le 1/5/2023)

E-vax (2021, 26 août). *Cadre d'utilisation des vaccins du programme de la Fédération Wallonie-Bruxelles.* [PDF] Disponible sur https://www.ccref.org/e-vax/cadre_utilisation_des_vaccins_du%20programme_de_la_FWB_sept2021.pdf (consulté le 29/8/22)

E-vax (2021). *Brochure : A chaque âge sa vaccination ! – La vaccination à 13-14ans – Édition 2021.* [PDF] Disponible sur https://www.e-vax.be/VaccHelp/help/pdf/vaccination_13-14_ans.pdf (consulté le 29/8/22)

E-vax (2022). *Vaccination contre les papillomavirus humain (HPV) : autorisation vaccinale.* [en ligne] Disponible sur https://www.e-vax.be/VaccHelp/help/pdf/autorisation_HP_V_compl.pdf (consulté le 29/4/23)

FWB (2020). *L'hésitation vaccinale.* [PDF] https://www.ccref.org/e-vax/Hesitation_vaccinale_2020.pdf (consulté le 12/9/22)

Gaspard C (2020). *La démarche inductive pour les étudiants : définition, méthodologie et exemple.* [en ligne] Disponible sur <https://www.scribbr.fr/methodologie/demarche-inductive/> (consulté le 19/10/22)

HAS (2020, 6 juillet). *Questions-Réponses sur l'infection à papillomavirus humains (HPV), cause de cancer du col de l'utérus, et le dépistage*. [En ligne] Disponible sur https://www.has-sante.fr/jcms/p_3146343/fr/questions-reponses-sur-l-infection-a-papillomavirus-humains-hpv-cause-de-cancer-du-col-de-l-uterus-et-le-depistage (consulté le 20/7/22)

Haut Conseil de la Santé Publique (2017, février). *Place du vaccin Gardasil 9® dans la prévention des infections à papillomavirus humains*. [PDF] Disponible sur file:///C:/Users/Julie/Downloads/hcspr20170210_preinfecthpvplacegardasil9-1.pdf (consulté le 28/4/2023)

Irving E., Salit M.D., Paquette R. (2016). *Le VPH, la dysplasie anale et le cancer anal*. [en ligne] Disponible sur <https://www.catie.ca/fr/le-vph-la-dysplasie-anale-et-le-cancer-anal> (consulté le 20/7/22)

Institut national du cancer (2023). *La génomique, une révolution dans la recherche et le traitement des cancers*. [en ligne] Disponible sur <https://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Comprendre-la-recherche/La-revolution-de-la-genomique> (consulté le 27/4/23)

KCE (2019, 31 janvier). *Vacciner les garçons contre le papillomavirus ? Communiqué de presse*. [en ligne] Disponible sur <https://kce.fgov.be/fr/a-propos-de-nous/communiqu%C3%A9-de-presse/vacciner-les-garcons-contre-le-papillomavirus> (consulté le 10/9/22)

Le Robert (2022). *Définition : vaccination*. [en ligne] Disponible sur <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/vaccination> (consulté le 7/7/22)

MeSH (2022). *Le MeSH bilingue : information scientifique et technique*. [en ligne] Disponible sur <http://mesh.inserm.fr/FrenchMesh/search/index.jsp> (consulté à plusieurs reprises)

OMS (2021, 30 août). *Vaccins et vaccination : qu'est-ce que la vaccination ?*. [en ligne] Disponible sur <https://www.who.int/fr/news-room/questions-and-answers/item/vaccines-and-immunization-what-is-vaccination> (consulté le 7/7/22)

OMS (2017). Human papillomavirus vaccines: WHO position paper, May 2017 / vaccins contre les papillomavirus humains : note de synthèse de l'OMS, mai 2017.[en ligne] Disponible sur <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255354/WER9219-241-268.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (consulté le 3/9/22)

OMS (2017). *Vaccine safety and false contraindications to vaccination : training manual*. [en ligne] Disponible sur <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/350968/WHO-EURO-2017-4683-44446-62833-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (consulté le 18/9/22)

OMS (2022, 22 août). *Infections sexuellement transmissibles (IST)*. [en ligne] Disponible sur [https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis)) (consulté le 18/9/22)

OMS (2020). *Qu'est-ce que l'OMS ?*. [en ligne] Disponible sur <https://www.who.int/fr/about/governance/world-health-assembly/seventy-third-world-health-assembly/the-who-and-the-wha-an-explainer> (consulté le 9/9/22)

Pfizer (2020, 25 août). *Behind the science : what is an mRNA vaccine ?*. [en ligne] Disponible sur <https://www.pfizer.co.uk/news-and-featured-stories/behind-science-what-is-an-mrna-vaccine> (consulté le 12/9/22)

Question Santé ASBL. (2022). *Vaccination-info.Be : le site de référence belge francophone en matière de vaccination*. [en ligne] Disponible sur <https://questionsante.org/nos-projets-et-programmes/promotion-de-la-sante/vaccination-info-be/> (consulté le 21/7/22)

Vaccination-info Belgique. (s.d.). *L'hésitation vaccinale*. [Diapositives] Disponible sur https://www.ccref.org/e-vax/Hesitation_vaccinale_2020.pdf (consulté le 13/7/22)

Vaccination-info Belgique (2021, 5 octobre). *Infections à papillomavirus humains (HPV)*. [en ligne] Disponible sur <https://www.vaccination-info.be/maladie/infections-a-papillomavirus-humains-hpv/> (consulté le 21/7/22)

Weaver B.A., 2006 et Markowitz LE et al., 2014 cité par HPVinfo (2023). *Ensemble contre HumanPapillomaVirus*. [en ligne] Disponible sur <https://www.hpvinfo.be/> (consulté le 28/4/2023)

Syllabus/notes de cours :

Aujoulat I. (2022). *Introduction aux méthodes qualitatives en santé publique : séance 2 – recueil des données, l’entretien individuel, l’échantillon qualitatif et stratégie de recrutement*. [PDF] Disponible sur https://moodle.uclouvain.be/pluginfile.php/325172/mod_resource/content/1/WFSP2106Seance2-10fevrier2022-Collecte-Donn%C3%A9esENTRETIEN.pdf (consulté à plusieurs reprises)

Avalosse et al (2017) *Education santé*. 338, 2-7. Cité par Van den Broucke S. (2021-2022). *Les dimensions de la littératie*. [Diapositives] Moodle. https://moodle.uclouvain.be/pluginfile.php/289162/mod_resource/content/1/Litt%C3%A9rati%C3%A9e%20en%20Sant%C3%A9%20WFSP2241_2021.pdf (consulté le 27/7/22)

Bali C., D’Hoore W., Garin H. et al. (2021-2022-2023). *WFSP2298 : cours d’accompagnement du mémoire/séminaires*. [en ligne] Disponible sur <https://moodle.uclouvain.be/course/view.php?id=1778> (consulté à plusieurs reprises)

Britten N. cité par Aujoulat I., Schmitz O. et al. (2022). *La méthode qualitative*. [PDF] Disponible sur https://moodle.uclouvain.be/pluginfile.php/321206/mod_resource/content/1/wfsp2204-Seance1_Protocole.pdf (consulté le 29/9/22)

D’Hoore W. (2022). *Problématique générale de la santé publique* [Diapositives]. Moodle. https://moodle.uclouvain.be/pluginfile.php/83996/mod_folder/content/0/WFSP2100_WD_conceptsSP1.pdf?forcedownload=1 (consulté le 7/7/22)

Glaser and Strauss., 1967 cité par Aujoulat I., 2022. *Introduction aux méthodes qualitatives en santé publique*. [PDF] Disponible sur https://moodle.uclouvain.be/pluginfile.php/318774/mod_resource/content/1/WFSP2106_Seance1-3fevrier2022.pdf (consulté le 19/10/2022)

Green et Thorogood (2004) cité par Aujoulat I. (2022). *Introduction aux méthodes qualitatives en santé publique*. [PDF] Disponible sur https://moodle.uclouvain.be/pluginfile.php/318774/mod_resource/content/1/WFSP2106_Sean ce1-3fevrier2022.pdf (consulté le 30/9/2022)

Speybroeck N. (2018-2019). *Introduction à la statistique*. [PDF] Disponible sur https://moodle.uclouvain.be/pluginfile.php/105746/mod_resource/content/1/NS_Syllabus.pdf (consulté le 4/10/22)

Young B. (2013) cité par Aujoulat I. (2022). *Introduction aux méthodes qualitatives en santé publique*. [PDF] Disponible sur https://moodle.uclouvain.be/pluginfile.php/318774/mod_resource/content/1/WFSP2106_Sean ce1-3fevrier2022.pdf (consulté le 30/9/2022)

Image :

S.N. (2022). Dépistage. [en ligne] Disponible sur <https://depistage.be/prevention/> (consulté le 18//22)

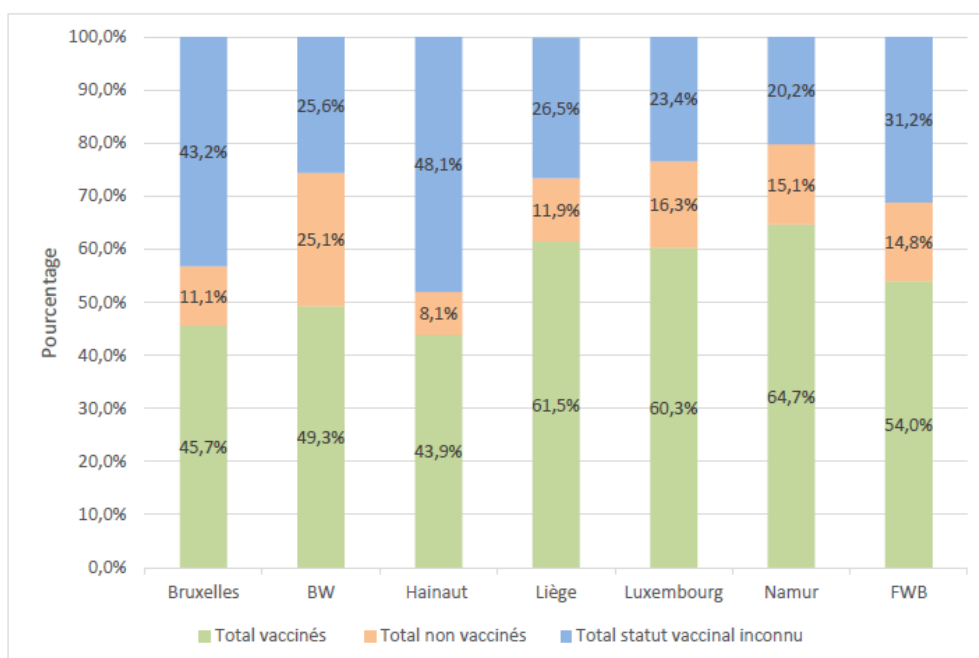
Annexes

Annexe 1 : statut vaccinal (%) pour la 1^{ère} dose du vaccin HPV chez les élèves de 2^{ème} secondaire par province/région, par genre et par type de vaccinateur en 2019-2020 (Panichelli F., Sarr K. et Brasseur C., 2021)

		Bruxelles- Capitale (n=709)	Brabant Wallon (n=858)	Hainaut (n=903)	Liège (n=864)	Luxem- bourg (n=769)	Namur (n=768)	FWB (n=4870)
Médecin scolaire	F	45,7	35,5	33	49,5	44,9	54,5	43,2
	G	41,4	46,3	41,1	53,9	47,5	56,9	48
	T	43,3	41,1	37,1	51,8	46,3	55,9	45,7
Autres vaccinateurs	F	4,4	15,1	13	16,6	20	16	14,2
	G	0,8	1,8	0,7	3,4	8,7	3,4	2,8
	T	2,4	8,2	6,8	9,7	14	8,9	8,2
Sous-total vaccinés	F	50,2	50,6	46	66,1	64,9	70,5	57,5
	G	42,1	48,1	41,8	57,3	56,2	60,3	50,8
	T	45,7	49,3	43,9	61,5	60,3	64,7	54
Refus	F	7	14,8	4	2,2	4,7	6,3	6,5%
	G	6,3	12,8	3,3	4,5	5,2	6,7	6
	T	6,6	13,8	3,7	3,4	4,9	6,5	6,5
Demande médecin traitant	F	4	12,9	4,9	9,6	9,9	9	8,8
	G	4,3	9,8	3,9	7,6	12,6	8,3	7,9
	T	4,5	11,3	4,4	8,6	11,3	8,6	8,3
Sous-total non vaccinés	F	11,7	27,7	9	11,8	14,5	15,4	15,3
	G	10,7	22,6	7,2	12,1	17,8	14,9	14,3
	T	11,1	25,1	8,1	11,9	16,3	15,1	14,8
Sous-total statut vaccinal inconnu	F	38,1	21,7	45,1	22,1	20,5	14,2	27,2
	G	47,2	29,3	51	30,6	26	24,8	34,8
	T	43,2	25,6	48,1	26,5	23,4	20,2	31,2

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

Annexe 2 : statut vaccinal (%) pour la 1^{ère} dose contre HPV chez les élèves de 2^{ème} secondaire par province/région (*Panichelli F., Sarr K. et Brasseur C.,2021*)

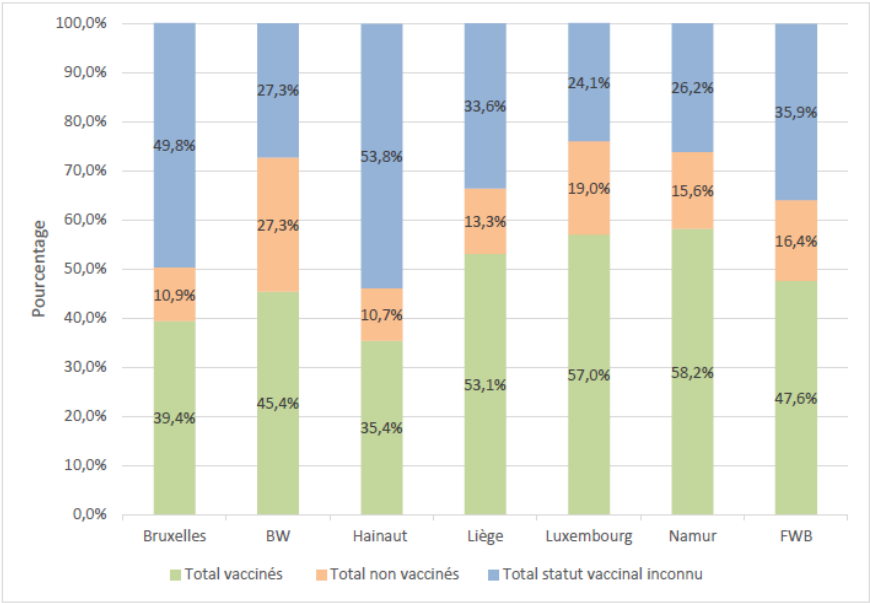


Annexe 3 : statut vaccinal (%) pour la 2^{ème} dose du vaccin HPV chez les élèves de 2^{ème} secondaire par province/région, par genre et par type de vaccinateur en 2019-2020
(Panichelli F., Sarr K. et Brasseur C., 2021)

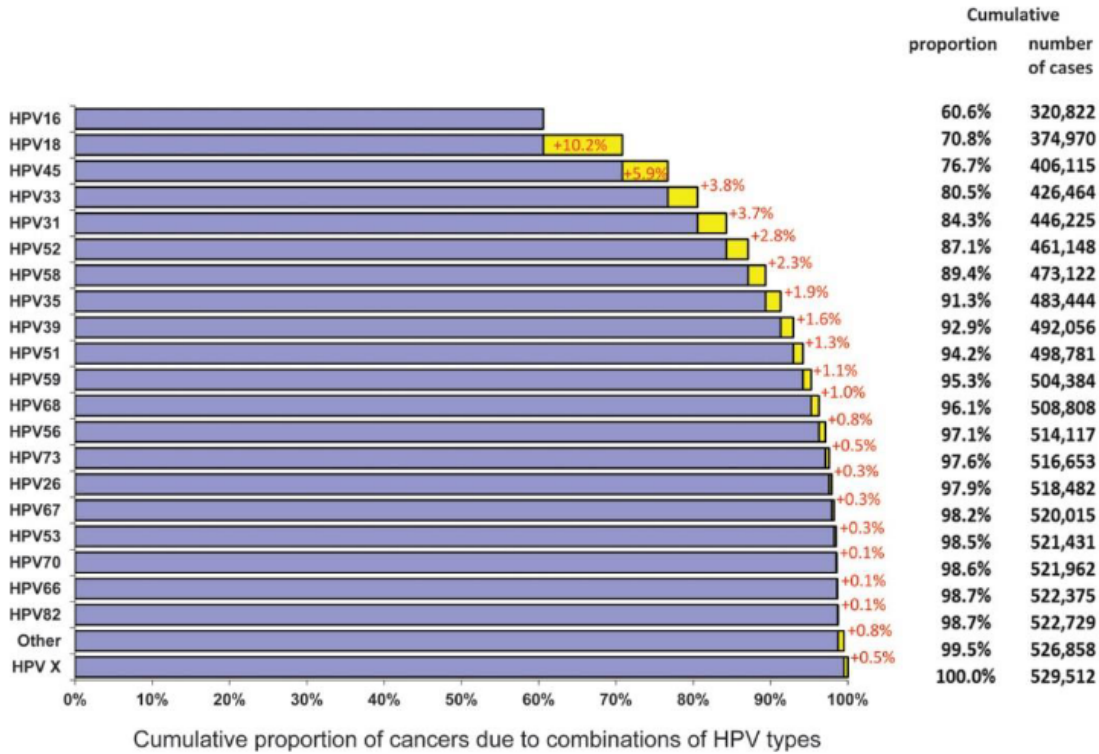
		Bruxelles- Capitale (n=709)	Brabant Wallon (n=858)	Hainaut (n=903)	Liège (n=864)	Luxem- bourg (n=769)	Namur (n=768)	FWB (n=4870)
Médecin scolaire	F	41,1	31,5	27,4	44,2	42	49,4	38,6
	G	34,7	43	31,9	46,3	43,3	50,2	41,6
	T	37,5	37,5	29,7	45,3	42,7	49,9	40,2
Autres vaccinateurs	F	2,9	12,9	9,6	11,8	19,1	14,2	11,6
	G	1	3,4	2	4	10	3,9	3,8
	T	1,8	7,9	5,8	7,8	14,3	8,3	7,5
Sous-total vaccinés	F	43,9	44,4	37	56	61	63,6	50,2
	G	35,7	46,3	33,9	50,3	53,2	54,1	45,4
	T	39,4	45,4	35,4	53,1	57	58,2	47,6
Refus	F	5,4	15,1	3,1	2,4	4,6	5,7	6,1
	G	5,3	13,4	2,6	3,6	5,2	7,1	6,3
	T	5,4	14,2	2,9	3	4,9	6,5	6,2
Demande médecin traitant	F	3,8	13,2	4,9	9,9	10,4	9	8,9
	G	2,8	8,9	3,5	6,3	11,9	8,5	7,1
	T	3,2	11	4,2	8	11,2	8,7	7,9
COVID19	F	2,5	2,4	2	1,4	2,2	0	1,7
	G	2	1,8	5,3	3,1	3,5	0,7	2,7
	T	2,3	2,1	3,7	2,3	2,9	0,4	2,2
Sous-total non vaccinés	F	11,8	30,7	10,1	13,7	17,2	14,8	16,8
	G	10,1	24,2	11,4	13	20,6	16,3	16,1
	T	10,9	27,3	10,7	13,3	19	15,6	16,4
Sous-total statut vaccinal inconnu	F	44,3	24,9	52,9	30,3	21,8	21,7	33
	G	54,2	29,5	54,7	36,7	26,1	29,6	38,5
	T	49,8	27,3	53,8	33,6	24,1	26,2	35,9

Légende : F= filles ; G= garçons ; T= total ; 100% = sous-total vaccinés + sous-total non vaccinés + sous-total statut vaccinal inconnu ; autres vaccinateurs = pédiatre, médecin traitant, hôpitaux, ... ; Refus = s'il existe un refus de vaccination connu ; Demande médecin traitant = si la vaccination a été demandée chez le médecin traitant (sur base de l'autorisation vaccinale parentale signée) ; les résultats (%) ont été pondérés par province/région ; COVID19 = en raison du Covid-19, la dose n'a pas pu être administrée.

Annexe 4 : statut vaccinal (%) pour la 2^{ème} dose contre HPV chez les élèves de 2^{ème} secondaire par province/région (Panichelli F., Sarr K. et Brasseur C.,2021)



Annexe 5 : « Cumulative proportion of cervical cancers in the world that are attributed to a ranked combination of 20 HPV types and the estimated number of cercival cancers in 2008 expected to be caused by these types » (Arbyn M., Tommasino M. et al., 2014)



Annexe 6 : Brochure « A chaque âge sa vaccination ! – La vaccination à 13-14 ans – Édition 2021 » (e-vax., 2021)

EN PRATIQUE

Qui peut vacciner ?

- Votre médecin traitant ;
- L'équipe de Promotion de la Santé à l'École : L'équipe vérifie le statut vaccinal des élèves à chaque bilan de santé. Selon les âges, elle peut proposer une vaccination prévue dans le calendrier vaccinal ou un rattrapage ; ou vous proposer de prendre contact avec votre médecin traitant.
- L'équipe du planning familial.

Qu'allez-vous payer ?

- Les vaccins sont gratuits et fournis directement par le professionnel de santé qui participe au Programme de vaccination. Il ne faut pas l'acheter en pharmacie.
- D'éventuels frais de consultation chez le médecin traitant sont à votre charge.
- Vous n'avez aucun frais dans le cadre de la Promotion de la Santé à l'École.

FOCUS

Le papillomavirus humain (HPV)

- Le HPV est un virus qui se déclare en différents types. Il en existe plus d'une centaine.
- Près de 80% de la population est infectée au cours de sa vie par un type de virus HPV. La plupart l'élimineront naturellement et ne développeront pas de complication.
- Certains types peuvent entraîner des infections au niveau des organes génitaux, de l'anus ou de la gorge. Ces infections peuvent évoluer en cancer (col de l'utérus, vulve, vagin, pénis, anus, bouche-pharynx). Environ 20 % des cancers se déclarent chez l'homme. Les types HPV16 et 18 sont les plus dangereux et les plus fréquents.
- D'autres types HPV sont responsables de verrues génitales.
- Le HPV se transmet lors des relations sexuelles ou lors de caresses intimes. La vaccination est préconisée, même après le début de la vie sexuelle et jusqu'à 26 ans.
- Le préservatif ne protège pas totalement contre une infection transmise par le HPV.
- La vaccination ne protège pas contre tous les types de virus HPV. Pour les filles, la prévention du cancer nécessite toujours un dépistage par frottis.

Pour plus d'informations, consultez votre médecin traitant ou le site : www.vaccination-info.be

@vax Le système de commande de vaccins, et d'encodage des données vaccinales, utilisé par les vaccinateurs dans le cadre du Programme, se nomme e-vax. Ce système permet d'enregistrer les dates de vaccination et de constituer le registre vaccinal permettant le suivi de votre vaccination. Les données sont gérées dans le respect de la loi relative à la protection de la vie privée. Si vous ne souhaitez pas que vos données vaccinales soient encodées, informez-en votre vaccinateur.



13/14 ans

A CHAQUE ÂGE SA VACCINATION !

La vaccination à 13-14 ans

Programme de vaccination de la Fédération Wallonie-Bruxelles

édition 2021

Pourquoi vacciner ?

- **Pour se protéger contre certaines maladies.** Les vaccins utilisés dans le Programme de vaccination contiennent des fragments d'un virus ou d'une bactérie, ou une faible quantité de ceux-ci tués ou affaiblis. Grâce aux vaccins, le système immunitaire se prépare à les reconnaître et à les combattre. S'il les rencontre encore une fois, il pourra plus facilement les neutraliser.
- **Pour protéger les autres contre certaines maladies.** Quelques personnes ne peuvent pas être vaccinées : nourrissons trop jeunes, personnes pour lesquelles c'est médicalement contre-indiqué. Plus il y a de personnes vaccinées contre une maladie, moins le virus ou la bactérie circulent dans la population, ce qui protège notamment les personnes qui ne peuvent pas être vaccinées.

Des réactions sont-elles possibles ?

Certains effets indésirables sont possibles. Ils sont généralement **sans gravité** : rougeurs, légère douleur à l'endroit où l'injection du vaccin est faite et fièvre de courte durée. Ces réactions disparaissent après quelques jours au maximum.

Pour plus d'informations, consultez votre médecin traitant ou le site : www.vaccination-info.be

Calendrier de vaccination 2021-2022

	Nourrissons					Enfants et adolescents				
	8 sem. (2 mois)	12 sem. (3 mois)	16 sem. (4 mois)	12 mois	15 mois	5-6 ans	7-8 ans	13-14 ans	15-16 ans	
Hexavalent	✓	✓	✓		✓	✓			✓	Recommandé à tous et gratuit
Poliomyélite										Recommandé à tous, remboursé mais pas gratuit
Diphtérie										Vaccin combiné (une seule injection)
Tétanos										Depuis septembre 2020, la deuxième dose du vaccin RRO est administrée à 7-8 ans. Les enfants plus âgés qui n'ont pas encore reçu la vaccination peuvent être vaccinés à 11-12 ans.
Coqueluche										Vaccination en 2 doses à 6 mois d'intervalle (minimum 5 mois d'écart)
Haemophilus influenza de type b										Hexavalent : Vaccin qui confère une protection contre 6 maladies.
Hépatite B										
Rougeole				✓			✓			
Rubéole								✓		
Oreillons									✓	
Tr O										
Méningocoque C					✓					
Pneumocoque	✓	✓	✓	✓						
Rotavirus (vaccin oral)	✓	✓	✓							
Papillomavirus (HPV)								✓	✓	

Ce calendrier est susceptible d'être modifié au fil des ans. Il peut éventuellement être adapté à votre enfant, parlez-en avec votre médecin.

Quels vaccins sont recommandés à 13 - 14 ans ?

Une vaccination en 2 doses contre le **papillomavirus humain (HPV) pour tous les jeunes inscrits en 1^{ère} différenciée, 2^{ème} secondaire ou âgés de 13-14 ans** dans l'enseignement spécialisé.

En retard de vaccination ?
Un **rattrapage** pour tous les jeunes n'ayant pas encore reçu les 2 doses de vaccin contre la rougeole-rubéole-oreillons (RRO).
Un **rattrapage** pour tous les jeunes qui ne sont pas vaccinés contre l'hépatite B.

A NOTER :
La vaccination concerne, depuis la rentrée scolaire 2019, les filles et les garçons dans le cadre de la prévention d'autres cancers liés au HPV (pas seulement celui du col de l'utérus) et de la prévention des verrues génitales.

Annexe 7 : Les protections internes et externes (s.n., 2022)



Annexe 8 : Vaccination contre le Papillomavirus humain (HPV) : autorisation vaccinale 2022-2023 (e-vax., 2022)



HPV ED. 2022

Vaccination contre le Papillomavirus humain (HPV)

(Ce document est destiné au médecin et à l'infirmier(ère) de l'école)

Madame, Monsieur, Chers parents,

Notre service/centre se propose de vacciner **gratuitement** les élèves contre des infections à papillomavirus humain (HPV). La vaccination complète comporte 2 doses, une première dose suivie 5 mois plus tard d'une deuxième dose. Cette vaccination pourra se faire au cours de l'année scolaire, mais seulement **avec l'accord parental (autorisation signée)**.

LE VACCIN PROTÈGE CONTRE DES INFECTIONS LIÉES AU PAPILLOMAVIRUS HUMAIN :

Il existe une centaine de Papillomavirus humains. Une quarantaine d'entre eux peuvent provoquer des verrues génitales et/ou des cancers (au niveau génital et de la gorge). Ces virus sont courants, très contagieux et se transmettent lors de contacts intimes et des relations sexuelles. La vaccination ne protège pas contre tous les types de virus HPV mais contre les plus fréquemment incriminés dans les cancers.

LA VACCINATION :

Votre enfant recevra les injections dans le haut du bras.

RÉACTIONS APRÈS LA VACCINATION :

Certains effets indésirables sont possibles après une vaccination. Ils sont généralement sans gravité et ne durent que quelques jours: rougeur, légère douleur à l'endroit où l'injection du vaccin est faite et fièvre de courte durée. De légers maux de tête, nausées et vertiges sont également possibles.

Prenez contact avec votre médecin traitant si les effets indésirables durent plus longtemps ou ne s'améliorent pas.

QUI PEUT VACCINER ?

L'équipe de médecine scolaire peut vacciner gratuitement votre enfant.

Votre médecin traitant peut également vacciner. Le vaccin est gratuit, mais uniquement s'il est commandé par votre médecin. Vous ne devez donc pas l'acheter en pharmacie. Contactez votre médecin pour plus d'information. La consultation reste toutefois payante.

AUTORISATION DE VACCINATION

Merci de nous renseigner votre choix à la page suivante.

Pour plus d'informations sur la vaccination : www.vaccination-info.be





Autorisation de vaccination 2022 - 2023

(Ce document est destiné au médecin et à l'infirmier(ère) de l'école)

HPV ED. 2022

NOM, Prénom de l'élève :

Date de naissance : / /

Ecole :

Classe :

Apposer ici UNE VIGNETTE DE MUTUELLE AU
NOM DE L'ENFANT ou noter son NUMÉRO
NATIONAL BELGE : - -



VEUILLEZ JOINDRE UNE COPIE DE LA CARTE DE VACCINATIONS DE VOTRE ENFANT OU DES PAGES VACCINATION DE SON CARNET DE SANTÉ.

VEUILLEZ COCHER LA CASE DE VOTRE CHOIX

- ☐ Mon enfant **a déjà reçu** 1 ou 2 doses de vaccins contre le papillomavirus humain.
Veuillez préciser les dates ou nous fournir une copie de la carte de vaccinations.
1^{re} Dose reçue le / / 2^e Dose reçue le / /
Nom du vaccin :
- ☐ Je demande à l'équipe de médecine scolaire de vacciner gratuitement mon enfant contre le papillomavirus humain.
- ☐ Je demanderai au médecin traitant (généraliste ou pédiatre, ...) de vacciner mon enfant.
- ☐ Je ne souhaite pas faire vacciner mon enfant actuellement pour la raison suivante :
.....

POUR NOUS PERMETTRE D'OFFRIR UN SERVICE DE QUALITÉ, MERCI DE RÉPONDRE À CES QUESTIONS :

- Votre enfant a-t-il déjà eu une allergie grave à la vaccination (exemples: gonflement de la bouche ou de la gorge, difficulté à respirer ou problème cardiaque) ? ☐ OUI ☐ NON
- En cas de données manquantes, j'autorise le médecin/l'infirmier(ère) scolaire à contacter la consultation ONE ou le médecin ayant vacciné mon enfant: ☐ OUI ☐ NON

Coordonnées de la consultation ONE et/ou du médecin traitant (nom, adresse, téléphone) :
.....

Numéro de téléphone des parents : /

Date : / /

SIGNATURE(S) PARENTALE(S) :

Annexe 9 : Guide d'entretien

Introduction lors de l'appel : *nous avons au préalable contacté la personne ayant donné ses coordonnées et nous avons placé un entretien (date + heure de l'appel)*

- Présentation personnelle : *je m'appelle Julie et je suis étudiante en master de santé publique. Je clôture ma 2^{ème} année avec l'élaboration de ce travail et c'est important dans le cadre de ma réussite*
- Explication de l'intérêt de ce mémoire de recherche : *l'intérêt de ce mémoire est de pouvoir comprendre les raisons de l'hésitation vaccinale et tout particulièrement concernant la vaccination contre les papillomavirus*
- L'importance d'avoir des réponses pour répondre à ma question : *l'objectif n'est pas d'évaluer les connaissances mais bien de trouver des réponses par rapport à ma question de recherche et donc, c'est important pour moi d'avoir des entretiens afin d'alimenter mon travail*
- Je demande si la personne est toujours d'accord de participer : *vous avez marqué votre accord pour participer à cet entretien. Est-ce toujours le cas ?*
- Je demande l'accord pour enregistrer l'entretien : *afin que je puisse réécouter l'entretien et le retranscrire, êtes-vous d'accord que je l'enregistre ?*
- Explication que l'anonymat sera respecté : *l'anonymat sera respecté donc en aucun cas vous ne pourrez être identifié par le lecteur*

Première partie : récapitulatif et présentation de la personne interrogée

- Pour résumé les informations récoltées du questionnaire en ligne, vous avez reçu la convocation du vaccin contre les papillomavirus via la médecine scolaire et vous avez faire le choix de ne pas accepter
- Pour commencer, comment avez-vous tu connaissance de mon projet de mémoire ?
- Puisque la recherche se porte sur votre enfant, pourriez-vous me faire une brève présentation de lui ?
- Avez-vous d'autres enfants ? Ont-ils également été concernés par la problématique ?
- Votre enfant est scolarisé en Brabant Wallon mais y êtes-vous domicilié ?

Deuxième partie : les représentations du répondant

Je vous propose que nous passions au cœur du sujet. Les questions aborderont le vaccin de manière générale, la problématique des papillomavirus et les différents contextes s'y rapportant. Si vous ne comprenez pas une question, n'hésitez pas à me demander de la répéter ou de la formuler autrement. De mon côté, je me permettrai également de reformuler certaines de vos réponses afin de bien comprendre vos idées.

- Quand je vous dis vaccin, qu'est-ce que cela évoque chez vous ? (réponse à reformuler)
 - (Approfondir selon la réponse ou les réponses données)
 - Existe-t-il une ou des peur(s) spécifiques vis-à-vis des vaccins ? ou d'un vaccin en particulier ?
 - Quelles sont ces peurs ?
 - Existe-t-il un manque de confiance envers les politiques de santé et/ou les lobbies pharmaceutiques ?

- Vous avez marqué dans le questionnaire sur internet que vous vous étiez opposé au vaccin contre les papillomavirus. Si vous deviez évaluer ce refus au moment de la convocation, vous diriez que vous étiez plutôt :
 - Peu opposé
 - Hésitant
 - Ou fortement opposé ?
 - Pourriez-vous m'expliquer pourquoi ?
- Qu'est-ce qui aurait pu vous faire changer d'avis ?
 - (Selon la réponse, voir si le répondant est toujours sur cette position ou si sa réflexion a changé depuis)
- La crise sanitaire a-t-elle impacter votre position à faire vacciner votre enfant contre les HPV ?
 - Si oui, pour quelles raisons ?
- Vous avez reçu la convocation concernant la vaccination de votre enfant contre les papillomavirus humain.
 - Pourriez-vous me dire s'il s'agissait d'une convocation du SPSE, d'un CPMS ou de l'enseignement libre ?
 - Qu'avez-vous pensé de cette convocation ?
 - Était-elle claire ?
 - Y avait-il assez d'informations selon vous ?
 - Qu'auriez-vous aimé savoir de plus ?
 - Quel avis partage la maman/le papa de votre enfant au sujet de cette vaccination ?
 - (selon réponse : approfondir) Pour quelle raison tient-elle/il cette position ?
 - Avez-vous eu l'occasion d'en discuter avec votre enfant ?
 - Que pense-t-il de cette vaccination ?
 - Vous refusez le vaccin anti-HPV mais supposons que votre enfant aurait formulé le désir de le faire. Quel aurait été votre position par rapport à ça ?

Si vous êtes d'accord, nous allons aborder de manière plus approfondie la problématique des papillomavirus. Pour rappel, il n'est pas question d'évaluer vos connaissances donc si vous n'avez pas la réponse à certaines questions, ce n'est pas grave.

- Pourriez-vous me dire ce que vous savez sur les papillomavirus ?
 - (Selon explications données → approfondir ; reformuler si nécessaire)
 - Pourriez-vous me dire de quelle manière les HPV se transmettent ?
 - Pouvez-vous me dire de quelle manière on peut s'en protéger ?
 - On associe souvent « HPV et femme », que pensez-vous de cela ?
 - Pourriez-vous m'expliquer si l'orientation sexuelle influence la propagation des maladies sexuellement transmissibles dont les papillomavirus font partie ?
 - Pourriez-vous me dire où est-ce qu'on peut retrouver des traces du HPV sur le corps ?
 - Savez-vous comment détecter la présence du virus ? Et si oui, comment ?

- Pourriez-vous m'expliquer quelle(s) maladie(s) les HPV peuvent provoquer ?

Nous avons discuté de plusieurs éléments à propos des HPV.

- Est-ce que vous pourriez me dire où est-ce que vous avez eu ces informations ?
- Selon vous, est-ce que ces informations étaient fiables ?
 - Si oui, en quoi elles étaient fiables ?
- Pourriez-vous me dire ce qui pourrait être amélioré dans les informations données sur les papillomavirus ?
- Avez-vous une idée de quand date le premier vaccin contre les HPV ?

Maintenant que nous avons abordé vos représentations au sujet des vaccins, de la vaccination contre les papillomavirus mais également des concepts plus théoriques, j'aimerais me pencher avec vous sur tout ce qui touche à l'influence.

Troisième partie : Les influences (*personnelles et collectives*) selon le contexte

- Savez-vous si votre enfant a eu une séance d'information concernant les MST à l'école ?
 - Avez-vous eu l'occasion de discuter avec lui par rapport à ça ? (approfondir si nécessaire et reformuler)
 - Si oui, pourriez-vous m'expliquer son point de vue sur le sujet ?
- Savez-vous si votre enfant est au courant de la manière dont on peut se protéger de certaines MST dont les HPV ?
 - Si oui, pourriez-vous me dire les informations que vous avez pu échanger ?
 - Si non : y a-t-il une raison pour laquelle vous ne désirez pas parler de ça avec lui ?
- Pensez-vous qu'il est adéquat pour votre enfant de recevoir des informations en lien avec les MST via l'école ?
 - (Approfondir si nécessaire)
 - Via quelle plateforme/personne aimeriez-vous que votre enfant soit informé ?
- Est-ce que d'autres enfants de votre entourage, ayant eu accès au vaccin via la médecine scolaire, se sont fait vacciner contre les HPV ?
 - (approfondir + reformulation)
 - Pourriez-vous me dire quelle expérience ils ont retiré de cette vaccination ?
 - (Approfondir si nécessaire selon la réponse)
 - Si refus également de l'entourage : Savez-vous pour quelle(s) raison(s) ils ont refusé ?
- Pouvez-vous m'expliquer s'il existe d'autres éléments qui influencent votre position concernant la vaccination anti-HVP dont on n'a pas discuté ?
 - (Approfondir + reformulation)
- Pour terminer, pourriez-vous vous présenter en quelques mots ?

Je vous remercie pour le temps que vous avez pris pour cet entretien. Avez-vous des questions ou quelque chose à ajouter ?

Clôture de l'entretien

