

Vaccination : un regain d'intérêt pour l'obligation ? Le cas HPV comme révélateur des choix politiques

Société

Par Mélanie Heard

Publié le 28 janvier 2026

Déléguée générale du think tank Evidences et responsable du pôle Santé de Terra Nova

La vaccination contre les papillomavirus humains (HPV) constitue aujourd'hui en France un enjeu majeur de santé publique, tant par l'ampleur de la morbi-mortalité évitable qu'elle cible que par les difficultés persistantes de sa mise en œuvre. Responsable d'environ 7 000 cancers et plus de 1 000 décès par an, les infections HPV peuvent être éradiquées par un vaccin sûr et efficace administré aux adolescents garçons et filles. Malgré ces évidences scientifiques et l'introduction depuis 2023 d'une offre vaccinale scolaire universelle en classe de 5e, la France demeure en retard par rapport à de nombreux

pays comparables : la couverture vaccinale complète à deux doses plafonne autour de 30–35 % selon le sexe et les territoires, très loin des objectifs nationaux (80 %) et internationaux.

Sommaire

Synthèse

Introduction

I. HPV : un enjeu majeur de santé publique

II. Des résultats en progrès, mais insuffisants

III. Le retard français : un problème moins culturel que politique

IV. Quand la vaccination devient un choix parental intime

V. Les limites du paradigme de l'hésitation vaccinale

VI. Vacciner à l'école : ce qui fonctionne... et ce qui manque

VII. L'enjeu de la communication et de l'information : quels vecteurs, quels messages pour convaincre ?

VIII. Opt-in et opt-out : une distinction méconnue

IX. Si convaincre ne suffit pas, faut-il obliger ?

Conclusion : quel idéal de santé scolaire ?

Synthèse

Ce retard apparaît d'autant plus paradoxal que la France a démontré, lors de la pandémie de Covid-19, sa capacité à déployer rapidement des politiques vaccinales ambitieuses, y

compris en milieu scolaire. L'échec relatif du programme HPV ne s'explique que partiellement par des facteurs culturels classiques (défiance vaccinale, tabous liés à la sexualité, culture médicale curative). L'hypothèse développée ici est qu'il tient à des choix politiques et institutionnels, en particulier au flou entre recommandation, systématичité et obligation vaccinale.

Le calendrier vaccinal français repose sur une coexistence complexe de régimes normatifs (obligatoire, recommandé, possible), qui évoluent selon les cohortes et les progrès scientifiques. Si cette évolutivité est en soi le signe d'une politique evidence-based réactive, elle produit aussi, du point de vue des familles, un brouillage normatif : un vaccin recommandé mais non obligatoire peut être perçu comme facultatif, voire optionnel, relevant d'un arbitrage parental individuel plutôt que d'un impératif collectif. Cette ambiguïté est particulièrement problématique à l'adolescence, période où le suivi médical en ville est plus lâche et où l'école constitue pourtant un levier d'équité et d'universalité.

Dans ce contexte, la vaccination HPV tend à être vécue par de nombreux parents comme un choix éducatif intime, analogue à d'autres décisions de bien-être (alimentation, soins corporels, pratiques alternatives), plutôt que comme un acte de citoyenneté sanitaire. Le paradigme de l'« hésitation vaccinale », longtemps central dans l'analyse des comportements, apparaît dès lors insuffisant : on peut se vacciner tout en doutant, ou refuser non par défiance radicale, mais par sur-responsabilisation parentale.

Face à ces limites, la question se pose de savoir s'il faut continuer à agir prioritairement sur les affects et la conviction, ou bien intervenir plus directement sur les comportements par des dispositifs plus systématiques. La littérature internationale montre clairement la supériorité des programmes scolaires structurés, combinant accessibilité, normalisation du geste vaccinal et procédures de consentement simplifiées. Les stratégies efficaces identifiées incluent des campagnes

d'information ciblées, la formation des professionnels, l'intégration scolaire, les partenariats multisectoriels et surtout les systèmes de rappel et de relance.

Le point politique central concerne les modalités de consentement. De nombreux pays ont recours à des stratégies dites *opt-out*, dans lesquelles la vaccination est réalisée par défaut sauf opposition explicite, et obtiennent des couvertures nettement supérieures. À l'inverse, la France maintient une approche *opt-in*, juridiquement contraignante, qui exige un consentement parental explicite, fragilise l'adhésion symbolique et constitue un goulet d'étranglement logistique. La littérature et les recommandations internationales, notamment de l'OMS, soulignent pourtant que les dispositifs de vaccination scolaire *opt-out* sont plus efficaces.

Cette option est pourtant absente de l'espace public français. A la place, c'est la piste de l'obligation vaccinale qui s'impose de plus en plus comme une alternative à l'échec partiel des stratégies de conviction. Les récents débats de la LFSS sur les obligations vaccinales (grippe, rougeole) des soignants, ou encore la vindicte dont un défenseur de l'obligation comme Mathias Wargon a fait l'objet cet hiver, montrent que la question doit être reposée à nouveaux frais, y compris pour HPV. La thèse défendue ici est qu'au vu des données disponibles, le débat sur l'obligation vaccinale HPV ne relève pas d'une spéculation philosophique abstraite, mais d'un arbitrage pratique fondé sur l'efficacité, l'équité et la proportionnalité. Dans un contexte international marqué par une fragilisation de la confiance vaccinale, la vaccination scolaire pourrait redevenir un vecteur central de solidarité, de justice sociale et d'éducation civique à la science et au bien commun.

Introduction

La France reste timorée dans la promotion de son programme de vaccination scolaire, lancé au collège depuis 2023 contre les virus HPV et étendu en 2025 aux méningites. Frileuse, invoquant sans cesse la faiblesse supposée de la « bande passante » de l'opinion – qu'elle renonce ainsi à vouloir élargir, la politique publique de vaccination des adolescents paie aujourd'hui la modestie de ses ambitions par des résultats en-deçà des objectifs affichés. À travers le cas du vaccin HPV, c'est plus largement la question du volontariat, de la recommandation et de l'obligation vaccinale qui se trouve remise à l'agenda politique.

Terra Nova et La Grande Conversation analysent depuis 2020 les enjeux politiques de la vaccination et se sont tôt mobilisés à ce titre dans la lutte contre l'épidémie de Covid-19 et pour la vaccination (voir la série Covid [ici](#) et notamment [ici](#) sur la vaccination des enfants), mais aussi pour les vaccinations des soignants ([ici](#)) puis pour le vaccin HPV ([ici](#) et [ici](#)) et la bronchiolite ([ici](#)). Quelles que soient les infections combattues, du Covid-19 aux HPV en passant par la grippe chez les soignants, nous avons montré qu'il était à la fois injustifié et dommageable que le principe d'obligation vaccinale (et même d'obligation de santé publique *en général*) précipite de fait des répulsions et tabous de principe chez les acteurs publics.

I. HPV : un enjeu majeur de santé publique

Organisée en milieu scolaire pour les élèves de 5e depuis 2023 et également accessible en médecine de ville et en pharmacie, la vaccination universelle des adolescents contre les papillomavirus humains (HPV) constitue l'un des grands défis de santé publique de cette décennie en France.

Elle est d'abord **légitime et nécessaire**. On estime que 80 % des personnes sont infectées par un HPV au cours de leur vie. Si la

majorité des infections régressent spontanément, une part non négligeable entraîne des verrues génitales, des lésions précancéreuses et plusieurs types de cancers (col de l'utérus, anus, oropharynx, pénis, etc.). En France, les HPV sont responsables d'environ 7 000 cancers et de plus de 1 000 décès par an. Le vaccin, sûr et efficace, administré aux garçons et aux filles (donc entre 11 et 14 ans), permet d'éviter ces maladies.

Elle est ensuite **faisable**. Depuis les années 1950, la santé publique sait vacciner une cohorte d'âge entière à l'école : polio, tuberculose, puis plus récemment Covid-19. Contre HPV, d'autres pays ont démontré qu'une stratégie scolaire bien conçue permettait d'atteindre rapidement des couvertures élevées, au point d'envisager son éradication. La littérature scientifique est abondante, tant au plan macro sur l'efficacité globale des stratégies de vaccination scolaire pour éradiquer à terme les infections HPV et les pathologies qu'elles favorisent, qu'au plan micro pour ajuster finement, au plus près des besoins du terrain, les paramètres de cette politique publique (modalités de proposition et d'accès, de mobilisation des professionnels scolaires et médicaux, de communication publique, de recueil du consentement, etc.).

Rien, donc, d'un saut dans l'inconnu.

Et pourtant, malgré ces évidences, la France demeure en retard et reste l'un des pays européens les moins performants en matière de couverture vaccinale HPV. Alors que plusieurs pays (Australie, Royaume-Uni, Portugal, Espagne) ont atteint ou s'approchent d'une couverture supérieure à 80 % chez leurs adolescents, la France plafonne à des niveaux bien inférieurs avec, pour la génération née en 2012 qui s'approche donc de ses 14 ans, une couverture vaccinale (schéma requis à deux doses) qui plafonne à 35 % chez les filles et 27 % chez les garçons ([données Santé publique France, décembre 2025](#)).

« *C'est encourageant, note le ministère, mais encore loin de l'objectif de 80 % de couverture vaccinale fixé par la stratégie*

décennale de lutte contre les cancers d'ici 2030 » et de l'objectif de 60 % qui avait été initialement fixé pour la première campagne de vaccin scolaire à l'horizon 2023. Ce retard est d'autant plus frappant que notre pays vient de démontrer face au Covid-19 sa capacité de fait à déployer rapidement des politiques vaccinales ambitieuses, y compris auprès des adolescents et y compris à l'école.

L'Académie de médecine avait alerté les pouvoirs publics dès 2022 sur un constat alarmant : la France était à la 27e et dernière position des pays de l'UE en termes de couverture vaccinale HPV. Alors que, dès 2020, la couverture vaccinale avait dépassé 50% dans 20 pays et même 75% dans 11 pays dont le Portugal, l'Espagne et le Royaume-Uni.

Depuis, le taux de croissance de la couverture française est certes orienté à la hausse ; mais avec la pente actuelle, une étude récente estime que la France ne pourra rejoindre le groupe des pays qui atteignent un taux cible de 90% qu'en ... 2035 – donc pour les 15 ans de la génération née en 2020, alors que c'est en fait celle qui a 20 ans aujourd'hui qui, née avec l'arrivée du vaccin sur le marché^①, aurait dû être la première à bénéficier de ce progrès^②.

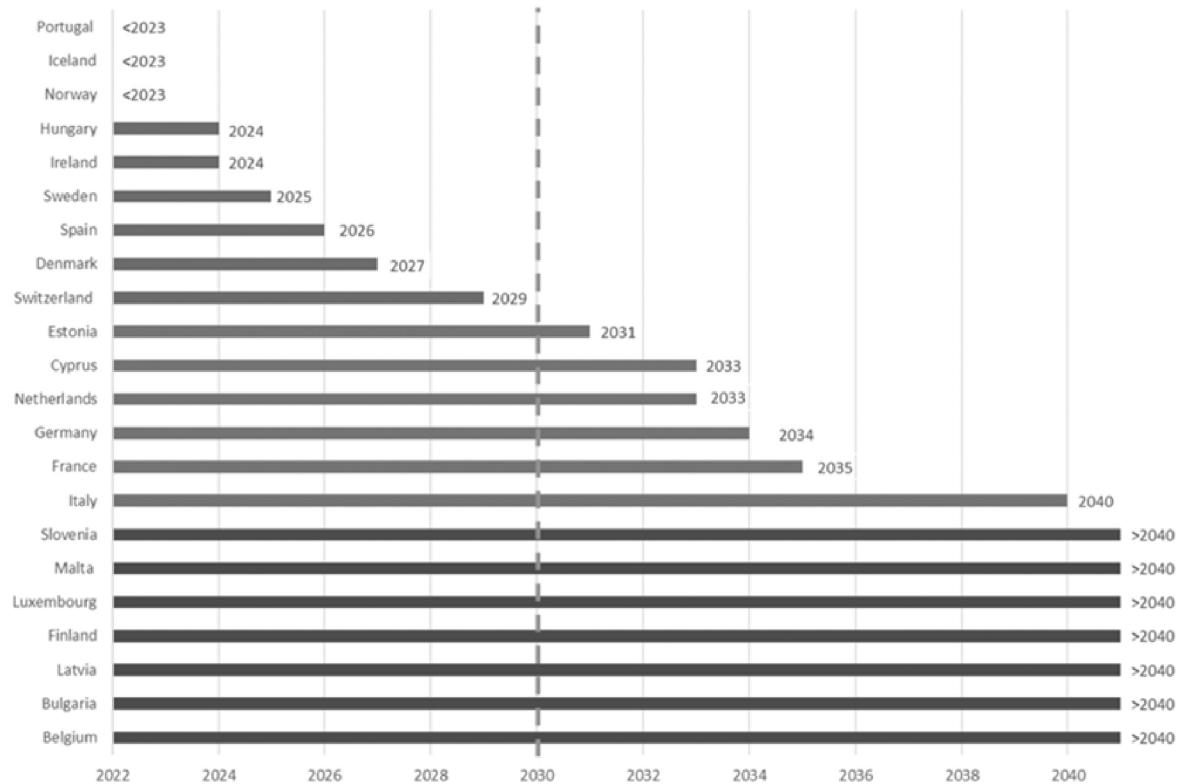


Figure 1. Expected time to reach 90% vaccine coverage rate target across Europe.

Source : I.Gountas, 2025

II. Des résultats en progrès, mais insuffisants

Les explications avancées sont connues : défiance vaccinale, culture médicale française curative plutôt que préventive, tabous moraux autour de la sexualité.

Mais ces hypothèses peinent à convaincre dès lors que d'autres pays comparables obtiennent de bien meilleurs résultats. Autre indicateur parlant : les écarts importants constatés entre régions françaises. Pour la cohorte née en 2012, la couverture vaccinale est nettement plus faible dans les DROM, avec 10 à 13 % chez les filles et 5 à 8 % chez les garçons, contre 36 % chez les filles et 28 % chez les garçons en France hexagonale. En France hexagonale, elle était la plus faible en Provence-Alpes-

Côte d'Azur, en Corse et en Ile-de-France (respectivement 29 %, 28 % et 25 % chez les filles, 21 %, 19 % et 19 % chez les garçons) et la plus élevée en Bretagne (52 % chez les filles et 43 % chez les garçons). Comment expliquer ces écarts importants ?

Avant d'en venir au détail des modalités organisationnelles qui varient de fait entre les régions, commençons par examiner les choix politiques d'ensemble qui ont façonné la stratégie vaccinale HPV.

III. Le retard français : un problème moins culturel que politique

La thèse explorée ici est que l'échec relatif du programme HPV tient d'abord à l'hésitation de l'action publique elle-même, et notamment au flou de la distinction entre recommandation, systématичité et obligation.

La difficulté qu'a le débat public aujourd'hui à distinguer les *obligations* en santé publique de ce qu'elle se contente de recommander complique substantiellement les représentations sociales de la vaccination. Qu'on se souvienne ici des nuances que la population a dû assimiler pendant la pandémie de Covid, entre l'*obligation* portant à certaines périodes sur le port du masque à l'école, la simple *recommandation* de vaccination pour les enfants de 5 à 12 ans, ou l'extension du pass vaccinal pour les adolescents, vécue comme une obligation vaccinale de fait puisque conditionnant bon nombre d'accès.

Le calendrier vaccinal repose sur une distinction entre ce que les autorités sanitaires *recommandent* et ce qui est *obligatoire*. Certains vaccins sont obligatoires pour accéder à l'école (leur nombre a été porté à 11 en 2018), tandis que d'autres sont

seulement recommandés aux familles – l'offre vaccinale en milieu scolaire étant alors l'instrument le plus sûr d'une couverture universelle équitablement accessible. En particulier pour les adolescents, dont le suivi médical en ville est souvent plus léger qu'aux premiers âges. Rappelons en la matière quelques repères pratiques, en prenant ici l'exemple d'un adolescent né en 2011 et en bonne santé :

- *Obligation* : il ou elle a été vacciné avant l'âge de deux ans contre la diphtérie, le tétanos et la polio (DTP) de manière obligatoire pour accéder à l'école ;
- *Recommandation* : pour lui, les autres vaccins du nourrisson (coqueluche, méningocoques, hépatite B, influenza B, pneumocoque, rougeole, oreillons, rubéole) n'étaient que recommandés jusqu'en 2017 ; en outre, à l'âge de onze ans, il s'est vu instamment proposer un rappel DTP (souvent perçu comme obligatoire de fait puisque prolongeant une primo-vaccination obligatoire) ; enfin, les vaccinations HPV (depuis 2007 si c'est une fille et 2021 si c'est un garçon) et de nouvelles valences méningites (depuis 2025) lui sont recommandées ;
- *Possibilité* : il a aussi accès, s'il le souhaite, à un boost Covid par exemple ou à une vaccination grippe, a priori sans remboursement sauf indication spécifique.

Notons que si cet enfant né en 2011 a un petit frère une petite sœur née après 2017, tout le paradigme vaccinal est changé : cette fois, l'obligation porte non seulement sur le DTP, mais aussi sur ceux qui pour l'aîné n'étaient que recommandés : coqueluche, méningocoques, hépatite B, influenza B, pneumocoque, rougeole, oreillons, rubéole.

Ces deux enfants-là auront-ils aussi été vaccinés contre le rotavirus, en prévention des gastro-entérites (20 000 hospitalisations par an chez les enfants de moins de 3 ans) ? Peut-être : mais cela aura alors été un choix, et sans

remboursement : la recommandation ouvrant proposition systématique et remboursement ne date en France que de 2022 et les enfants nés depuis.

En dépit des efforts significatifs de pédagogie entrepris par Santé publique France et son site d'information interactive [vaccination-info-service.net](https://www.vaccination-info-service.net), le calendrier vaccinal est donc un objet politique mouvant et très complexe.

On voit bien qu'il y a de très bonnes raisons à cela : la rapidité de l'innovation scientifique d'abord (après tout, les essais cliniques conclusifs du vaccin HPV n'ont que 30 ans cette année), et en corollaire le progrès des connaissances épidémiologiques, qui modifient conjointement et en continu la balance scientifico-politique d'évaluation des bénéfices attendus pour chaque stratégie vaccinale. Il faut le rappeler : le fait que le calendrier vaccinal soit changeant d'une cohorte à l'autre est d'abord, en soi, une excellente nouvelle. C'est le signe d'un progrès continu des produits et des connaissances, mais aussi d'une réactivité significative des décisions politiques à l'égard du progrès des évidences scientifiques.

Pour autant, sous un angle pragmatique, cette évolutivité permanente *evidence-based* est aussi un objet sociétal et politique difficile à manier. Dans les familles, un calendrier vaccinal qui change à chaque enfant peut induire de l'incompréhension et du doute. Comment est-il justifiable que l'aîné ait pu se passer sans encombre du vaccin qu'on a été obligé d'administrer au cadet ? C'est particulièrement le cas s'agissant des changements de statut normatif des vaccins : quand celui qui n'était que possible devient recommandé, quand celui qui était recommandé pour les filles devient recommandé pour les garçons, ou, plus encore sans doute, quand celui qui n'était que recommandé devient obligatoire.

Le grand public perçoit-il clairement la distinction entre les vaccins que l'Etat rend *obligatoires* dans l'intérêt de tous (et gratuits), ceux qui sont *recommandés* (et remboursés à 65%)

pour chacun, et ceux qui sont possibles (mais payants) pour les plus zélés ? Les professionnels de la santé publique guident la décision publique dans ces choix sur des arguments dont la valeur dûment evidence-based leur semble devoir constituer le critère-clé à l'échelle populationnelle, en pondérant les bénéfices pour l'intérêt général avec ses coûts pour la collectivité et, dans le cas des obligations, avec ses coûts pour les libertés. Mais ces jugements de proportionnalité sont complexes, leurs justifications font appel à des littératures vastes et nuancées, et on peut faire l'hypothèse qu'au bout de la chaîne des délibérations scientifiques et politiques, dans l'opinion, ces différences de régime tendent à dévaluer spécifiquement l'importance des vaccins recommandés. « Recommandés », c'est-à-dire suffisamment bénéfiques au plan collectif pour être remboursés... mais pas assez pour être obligatoires ? Que signifie cet entre-deux conceptuel et politique au moment de choisir la piqûre ? Comment des parents peuvent-ils se l'approprier suffisamment bien pour faire le bon choix, celui qu'on attend d'eux ?

IV. Quand la vaccination devient un choix parental intime

Le statut de la simple recommandation vaccinale sans obligation, qui fait certes partie du répertoire politique classique de la santé publique, est désormais en pratique un facteur de doute et d'hésitation, renforcé aujourd'hui à la fois par l'essor du vaccinoscepticisme nourri des philosophies naturopathes *new age*, et par les évolutions de la parentalité.

L'OMS classe aujourd'hui l'hésitation vaccinale parmi les dix principales menaces sanitaires mondiales. Elle concerne les adultes pour certaines maladies (Covid, grippe), mais dans bon

nombre de maladies elle concerne surtout les choix des parents pour leurs enfants. Mais de quoi parle-t-on exactement ?

Un détour par la parentalité contemporaine éclaire la situation. Prenons ici la focale particulière des parents d'adolescents. Dans les pays les plus riches, les mêmes parents qui hésitent à faire vacciner leur enfant ado contre les HPV et les méningites passent aussi manifestement un temps considérable à choisir sa « routine *skincare* » : les chiffres qui circulent suggèrent que jusqu'à 75% des parents de filles et 65% des parents de garçons âgés de 7 à 17 ans déclarent accompagner leur enfant dans la quête d'une peau parfaite ! La littérature médicale explose en dermatologie autant qu'en santé mentale pour mesurer l'impact des comportements qui découlent de cette obsession croissante.

Ces mêmes parents inquiets de *skincare*, il est probable que dans le même temps, sollicités cette fois par le collège de leur ado, ils cherchent aussi à se renseigner sur la vaccination HPV et sur la vaccination méningite : en France, elles sont recommandées en cette rentrée à tous les parents d'élèves au collège.

Or parmi les enfants nés en 2011 en France (soit la première cohorte à bénéficier d'une vaccination organisée à l'école), seuls 30% des garçons et 38% des filles ont reçu le schéma vaccinal HPV recommandé (2 doses). Pour ceux nés en 2012, les résultats viennent de paraître : ces parts sont de 27% et 35%, parmi lesquels 13% vaccinés au collège et les autres en ville ([SPF, 2025](#)).

Skincare et vaccin : on rapproche ici sans ambages deux registres de décisions parentales qui n'ont bien évidemment rien de commun en principe ! Ne serait-ce que parce que, rappelons-le, la vaccination est accessible à nos ados sans avance de frais ni effort logistique parental, grâce à un investissement conséquent de l'Etat et de l'Assurance maladie. Surtout, la différence tient bien sûr à la portée altruiste de la

vaccination, à sa dimension collective et solidaire ? Là où pour le *skincare* nous raisonnons en “coachs bien-être” de nos enfants, n'est-ce pas plutôt en *citoyens* que nous serions censés délibérer (et leur apprendre à décider) devant leurs vaccinations ?

Or pareil idéal politique n'a guère le vent à poupe. De fait, il semble bien que la décision de vacciner ou non son enfant soit aujourd'hui bien souvent vécue par les parents comme un choix d'éducation parmi d'autres : pomme versus chocolat, soda versus jus de pomme, doliprane versus tisane au thym... et vaccin versus propolis ! A chacun de choisir pour sa famille les moyens de son bien-être.

Ce type de ressenti des parents devant les décisions qu'on leur demande de prendre pour leur enfant devient aujourd'hui centrale dans les analyses de l'hésitation vaccinale. La sociologue et chroniqueuse Jennifer Reich montre dans le New York Times que les parents vivent désormais la vaccination comme une décision intime, relevant de leur responsabilité individuelle de “coachs bien-être” de leur enfant. Elle écrit que, dans une culture où la santé est pensée, non comme une affaire publique solidaire, mais comme le produit des choix éclairés du consommateur, les postures naturopathiques à tendance new-age et vaccinosceptiques, qui assument des choix individualistes et reposent sur l'idée que chacun est expert de soi-même, de son régime, de son bien-être et de son immunité, sont factuellement cohérentes.

Si un vaccin n'est que recommandé, n'est-ce pas, en pratique, le signe que chacun est reconnu pour compétent d'y recourir ou non ? Jennifer Reich montre que c'est en tous cas ainsi que le signal est reçu – et avec tous les atours de la rationalité logique. Alors que l'hésitation vaccinale est souvent décrite comme erratique ou irrationnelle, en réalité une « *approche {sélective} des vaccins est tout à fait logique dans une culture qui insiste sur le fait que la santé est le résultat d'un travail acharné et de décisions éclairées de la part des consommateurs*

(...) Cela correspond aux messages de santé publique qui, au cours des dernières décennies, se sont éloignés des objectifs collectifs tels que l'amélioration de la qualité de l'air et de l'eau pour se concentrer sur les changements de comportement, comme l'alimentation et l'exercice physique. (...) Dans un monde qui semble de plus en plus incertain et dangereux pour les enfants, il n'est pas étonnant que les parents en général, et les mères en particulier, aient adopté la philosophie selon laquelle ils sont les mieux placés pour savoir ».

Selon ce cadre d'analyse centré sur le vécu parental/maternel des vaccinations de l'enfant, l'hésitation vaccinale reflète finalement le nombre de parents qui, sans se réclamer d'une posture antivax ou *new age*, pensent désormais qu'ils doivent faire confiance à leur propre jugement plutôt qu'aux conseils d'experts et d'autorités : non pas parce qu'ils s'en défient, mais parce qu'ils pensent que leur devoir propre de parents est de personnaliser les choix éducatifs qu'ils offrent à leurs enfants et de choisir les conditions les plus propices à leur bien-être. *Si le vaccin n'est que recommandé, pourquoi ne pas parier aussi bien sur la propolis ?*

Pourtant, même si nous savons qu'un mode de vie sain aura certes une valeur cruciale pour nos enfants, nul ne peut évidemment ignorer s'il est allé à l'école que ni la propolis, ni la tisane de thym, ni les huiles de poisson et ni le yoga ne préviennent ni ne guérissent aucune maladie infectieuse. Qu'un mode de vie fort sain, pour désirable qu'il soit pour chacun qui saura le définir, n'a en tous cas jamais éradiqué la variole, la rougeole ni la grippe, et ne constituera jamais une protection collective adéquate contre les maladies infectieuses – laquelle devrait donc relever d'un registre différent dans l'exercice des responsabilités parentales.

Mais où et par qui est-il réellement porté aujourd'hui ? Proposer le vaccin à l'école est en soi une réussite impressionnante pour en faciliter l'accès ; mais cela ne suffit manifestement pas à

incarner le récit des raisons pour lesquelles le vaccin est l'une des composantes de l'éducation d'un futur citoyen.

V. Les limites du paradigme de l'hésitation vaccinale

Les analyses scientifiques autant que politiques des comportements vaccinaux se réfèrent depuis plusieurs décennies au concept d'hésitation vaccinale, structuré dans les années 2010 dans les papiers fondateurs d'Heidi Larson. La chercheuse reconnaît cependant aujourd'hui la nécessité de le faire évoluer.

De fait, on peut se vacciner tout en doutant. Certains auteurs font ainsi valoir que beaucoup de données, notamment depuis le Covid-19, montrent qu'un nombre important de personnes vaccinent leur enfant tout en le regrettant, ce qui suggère que l'acte vaccinal lui-même n'est pas le bon sujet pour comprendre la relation des gens au vaccin et combattre des taux d'adhésion qui baissent. Accréditant ces critiques qui déplorent le caractère peu opérationnel du concept d'hésitation vaccinale, Heidi Larson a publié certaines clarifications importantes dans Nature en 2022 : constatant que le terme désignait finalement un état psychique changeant « *d'indécision* », plutôt qu'un comportement effectif, elle a convenu que « *la distinction entre la nature affective de l'hésitation vaccinale dans la prise de décision, et sa traduction en comportement, est cruciale* ». En conséquence, elle concluait : « *Peut-être posons-nous les mauvaises questions et devons-nous nous pencher sur les nouvelles réalités d'une science contestée et de gouvernements remis en cause par un public armé de ses propres notions de preuve* ».

Le cas est intéressant : un modèle scientifique consacré dans la littérature, qui a dûment influencé la recherche et les politiques publiques, se trouve aujourd’hui soumis à la critique et son caractère opérationnel est questionné. Dès lors, une interrogation s’impose pour la fabrique de la décision politique : **faut-il continuer, comme y incitait le cadre d’analyse de l’hésitation vaccinale, à agir sur les affects par la conviction, ou bien, puisque ce cadre cognitif d’interprétation est aujourd’hui en partie fragilisé, choisir d’agir désormais directement sur les comportements par des dispositifs plus contraignants ?**

Il est possible que le régime de la « recommandation » accorde un rapport individualiste au vaccin et renforce désormais l’idée dangereuse selon laquelle chacun est le mieux placé pour faire ses propres recherches, établir ses propres évidences, statuer sur ses propres besoins, et finalement choisir ses propres vaccins en piochant ou non parmi les recommandations.

Les résultats modestes de la vaccination HPV suggèrent que le modèle actuel atteint bel et bien ses limites : la couverture vaccinale tourne aujourd’hui autour de 3/4 ados sur 10, quand on visait il y a cinq ans d’en atteindre au plus vite 8 à 9 sur 10 pour se débarrasser à terme de la morbi-mortalité évitable des HPV. Faut-il donc changer de registre ? Faut-il rouvrir le débat de l’obligation s’agissant de la vaccination HPV des ados ? L’heure est-elle venue de mettre en débat le choix public acté à ce jour en faveur de la simple recommandation ?

Lorsqu’il avait affirmé sa volonté d’organiser la vaccination HPV au collège pour tous les élèves de 5e, à Jarnac en février 2023, Emmanuel Macron avait pris la peine (encore que très rapidement) de justifier son choix entre recommandation et obligation. Il avait dit préférer mener d’abord auprès des parents « *un travail de conviction, pour généraliser par l’adhésion* ». Mais il précisait au passage ne pas exclure tout à fait cependant qu’il faille peut-être se replier à moyen terme sur

l'obligation : « *si on n'atteint pas les 80%* », car « *il n'y a pas de tabou* » et « *avoir des vaccins obligatoires c'est très utile* »³.

De même, en 2022, avant l'installation de l'offre vaccinale au collège, le ministre François Braun, interrogé sur l'opportunité de rendre la vaccination anti-HPV obligatoire, ne fermait pas la porte et répondait : « *J'aimerais qu'elle soit généralisée, car c'est un enjeu majeur de santé publique. Mais faisons les choses dans l'ordre* ».

...Mais dans quel ordre au juste ? Car les résultats 2025 montrent que l'objectif d'une couverture vaccinale généralisée à 80% est hors de portée pour des générations qui auraient dû être libérées des HPV.

A l'époque en 2022-23, la volonté politique affirmée d'une mobilisation vaccinale scolaire sur HPV était très attendue et bienvenue, de sorte que le choix opéré en faveur du volontariat n'a que peu été discuté dans l'espace public. Mais, au vu même des caveats dûment exprimés d'emblée au plus haut niveau politique, l'heure est à présent venue de revenir sur ce choix initial et de recourir à l'obligation.

Le propos ici sera de montrer qu'il ne faudrait pas croire que l'enjeu du choix politique entre obligation et volontariat est philosophique, éthique ou spéculatif : on dispose de données (observationnelles et même interventionnelles) qui sont suffisamment robustes pour guider la délibération politique. Et en pareille situation, ce que l'éthique commande, c'est surtout d'éviter les spéculations amatrices de grands principes et de leur préférer la lecture de la littérature scientifique. Il est possible de bâtir une rationalité pratique *evidence-based*, donc transparente et dûment justifiée, au service d'une action publique efficace qui, dans l'intérêt général, justifie le recours, si ce n'est à l'obligation stricte, en tous cas à l'adhésion dite *opt-out* c'est-à-dire tenue pour systématiquement acquise par défaut, sauf exemption expresse. C'est là le design de

campagne vaccinale dont la littérature internationale démontre aujourd’hui la supériorité et que l’OMS recommande clairement.

VI. Vacciner à l’école : ce qui fonctionne... et ce qui manque

Pour agir sur les comportements individuels, on sait que l’Etat dispose de leviers dont l’efficacité est loin d’être une boîte noire. De même qu’on n’est pas « pour » ou « contre » un vaccin, on ne peut pas non plus se déclarer « pour » ou « contre » le recours au volontariat, à l’obligation ou à l’information en matière de vaccination : des données renseignent l’efficacité respective des différentes options d’action publique. La santé publique, les sciences humaines et sociales, les sciences comportementales et de la communication, ont abordé ces questions et produit des connaissances utiles depuis des décennies, sur les enjeux de santé en général et singulièrement sur la vaccination ! Le savoir-faire de la santé publique dispose de connaissances publiées sur les multiples variables sur lesquelles jouer pour favoriser ce comportement, et les décisions publiques ne se résument pas, loin s’en faut, à trancher entre persuasion et obligation vaccinale.

Quels choix politiques sont au fondement de la situation actuelle ? Dans un contexte de défiance à l’égard de la vaccination, la réflexion des autorités scientifiques et politiques se concentre sur le choix des bons leviers pour susciter la décision de faire vacciner son enfant. L’éventail des possibles est relativement structuré, comme pour toute politique publique ou tout accès à un droit : on peut jouer sur l’accessibilité (qui propose ? où ? quel parcours ? quel remboursement ?), sur l’information (est-elle ciblée ou générale ? qui la diffuse et sur quels supports ? etc.), sur les

incitations (financières, positives ou négatives, conditionnalité de l'accès à certains services...), sur la plus ou moins grande systématique de l'offre (proposition ciblée ou bien à chaque point de contact avec le système de soins), sur le type de consentement (expressément sollicité ou bien tenu pour acquis sauf refus) ou enfin sur la sanction (obligations et interdictions).

Le risque d'une délibération mal avisée sur ces différentes options est que les efforts scientifiques, politiques, industriels et financiers déployés pour un programme de vaccination échouent sur le dernier kilomètre, faute de candidats suffisamment nombreux à la vaccination⁴.

Que sait-on des leviers que le programme français de vaccination HPV actionne aujourd'hui pour favoriser l'adhésion des parents ? On en distingue trois principaux :

- la voie privilégiée est celle de persuader les parents de manifester leur souhait d'entrer dans le programme vaccinal, l'obligation et même le consentement tenu pour présumé d'office étant pour l'heure exclus ;
- la simplification du parcours vaccinal est recherchée, en particulier grâce à l'école mais aussi en ville ;
- l'appui des soignants et des personnels éducatifs sera sollicité dans l'effort de pédagogie et de conviction.

L'objectif est que le plus grand nombre de parents adopte sur cette base un comportement donné : dire qu'ils veulent faire vacciner leur enfant.

Les débats des dernières années, en France et dans le monde, sur la vaccination des adolescent(e)s contre le virus HPV ont souligné les multiples formats que peut prendre une « recommandation » vaccinale : s'agit-il d'informer, de convaincre, d'inciter, de faciliter l'accès, de le promouvoir, de rendre la proposition de vaccin systématique ? La littérature disponible permet de calibrer l'efficacité respective des

nombreux paramètres d'une stratégie vaccinale ; une revue systématique récente de la littérature retient, après analyse de 168 études retenues, que « *les stratégies ayant montré une amélioration de l'adhésion à la vaccination contre les HPV dans la littérature examinée comprennent des campagnes visant à accroître la sensibilisation et les connaissances des communautés sur les HPV, des formations à destination des professionnels de santé, l'intégration de la vaccination contre les HPV dans le cadre scolaire, des efforts coordonnés via des partenariats multisectoriels, ainsi que des systèmes de rappel et de relance vaccinale* ».

La supériorité du cadre scolaire fait donc aujourd'hui consensus. Il présente l'avantage de toucher par une proposition simple et attractive tous les élèves d'une cohorte de la même manière, quel que soit leur milieu social. Il permet également de renforcer l'éducation et la littératie en santé des élèves puisqu'il les touche dans leur milieu de vie. Il est aussi, tout bonnement, un effort crucial en termes d'accessibilité⁵ : ici, le programme HPV français investit certes toutes les pistes. Gratuité sans avance de frais, offre large au collège mais aussi en ville (médecin, pharmacien, sage-femmes et infirmier) et sans prescription préalable : la simplicité du parcours vaccinal est maximale dans notre pays, et l'école apporte ici une pierre cruciale.

Reste à déterminer les paramètres qui permettent de maximiser l'impact d'un programme scolaire. On l'a vu avec la revue de littérature citée plus haut : ce sont des variables comme l'existence ou non de rappels sms aux parents qui peuvent faire toute la différence.

L'enquête française PrevHPV est la première étude à grande échelle menée en France pour examiner l'efficacité de la vaccination en milieu scolaire. Ses résultats parus en août 2025 dans BMJ Public Health confirment la pertinence de la stratégie scolaire, mais permettent aussi d'analyser les leviers pratiques qui n'ont pas été exploités pour améliorer son impact. Car Prev-

HPV est un bel exemple de recherche interventionnelle en santé des populations (un domaine d'expertise crucial pour l'action publique en prévention mais qui reste très sous-dimensionné en France avec, selon l'IGAS en 2024, « des *financements récents et limités (moins de 10M€ par an)* »).

Ce type de recherches permet de calibrer au plus près des besoins du terrain des paramètres fins de la campagne vaccinale. Par exemple, le recueil du consentement se fait-il en ligne ou bien par formulaire distribué et à retourner à l'école ? Sur ce point, une revue de littérature n'a pas pu relever d'impact significatif. Un autre enjeu fondamental, sur un plan juridique, concerne la question de savoir si l'on requiert le consentement d'un seul ou bien des deux parents – et avec quel impact sur l'adhésion ? La question de l'autorité parentale a causé, au moment du Covid, bien des soucis au Conseil d'Etat qui a tranché pour requérir l'autorisation des deux parents pour les vaccins qui sont seulement recommandés. Pour HPV au collège, la modalité retenue consiste à demander au parent signataire, s'il ne souhaite pas ou ne peut pas solliciter la signature de l'autre parent, d'y suppléer en s'engageant sur l'honneur quant à son consentement.

VII. L'enjeu de la communication et de l'information : quels vecteurs, quels messages pour convaincre ?

Dès lors que le choix politique est celui de la conviction, le levier clé de l'efficacité devient logiquement celui de l'information et

de la communication.

Sur l'accès des parents à l'information HPV, une étude menée par Ipsos pour MSD France⁶ a livré à l'issue de la deuxième campagne scolaire des résultats rassurants : 88% des parents savent que la vaccination contre le HPV est proposée à tous les collégiens en classe de 5ème. Parmi ceux qui ont adhéré au vaccin, qu'ils aient décidé de faire vacciner leur enfant à l'école ou bien en ville, ils sont une grande majorité à déclarer avoir reçu une information concernant la campagne de vaccination HPV à l'école : 84% pour les parents ayant fait le choix de faire vacciner leur enfant à l'école et 80% pour les parents qui ont fait vacciner leur enfant en dehors du milieu scolaire. 93% des parents dont l'enfant a été vacciné à l'école (ou ayant donné leur consentement pour le faire), jugent que l'information fournie était claire et suffisante pour prendre une décision éclairée et 90% sont d'accord avec la praticité de la vaccination au collège qui ne nécessite pas de prendre rendez-vous chez un médecin.

Reste que près de 4 parents sur 10 déclarent cependant un besoin d'informations plus détaillées : 38% des parents dont l'enfant est vacciné au collège ou ayant donné leur consentement pour le faire ; 47% dont l'enfant est vacciné en ville ; 41% dont l'enfant n'est pas vacciné. Quant aux parents qui choisissent de ne pas faire vacciner leur enfant, le manque d'information est principalement en cause, avec 38% qui mettent encore en doute la sécurité même de cette vaccination.

Quels messages permettraient d'améliorer nos stratégies d'information ?

On dispose sur ce point de données passionnantes grâce à l'enquête française PrevHPV qui testé différents messages de promotion du vaccin auprès des parents selon la méthode des choix discrets. Les résultats les plus significatifs suggèrent des pistes importantes :

- la mention d'une couverture vaccinale à 80% déjà atteinte dans d'autres pays avait un fort impact positif sur l'adhésion (OR 1.92), de même que l'idée fictive qu'elle serait déjà atteinte en France (OR 1,65) ;
- dans un autre registre, le fait d'évoquer une probable « élimination » de la maladie à terme améliorait nettement l'adhésion par rapport à la perspective d'un bénéfice limité à son propre enfant (OR 1,33), alors que la perspective d'une « protection pour les autres » demeurait en revanche sans effet sur la motivation (OR à 1,00) ;
- enfin, ces résultats montrent que l'idée, fréquemment avancée, selon laquelle l'association entre HPV et vie sexuelle nuirait à l'adhésion des parents, en particulier pour des raisons religieuses, n'est pas pertinente : comparé à un message fictif disant que l'âge de la vaccination serait indifférent, le message qui affirme que l'immunogénicité est meilleure avant 14 ans motive l'adhésion (OR 1.56), et celui qui requiert la vaccination « avant toute relation sexuelle » n'a pas d'impact significatif (OR 1.20 IC_{95%}[0.94–1.51]).

Au-delà du calibrage des messages, l'un des piliers qui s'impose pour vacciner à l'école concerne naturellement la mobilisation du personnel scolaire : enseignants, infirmières et médecins scolaires, administration et personnels de vie scolaire.

Or l'une des leçons de ce qui est remonté du terrain, de manière plus ou moins formelle, en matière de vaccination HPV depuis 2023, c'est la faiblesse de la mobilisation du milieu scolaire sur la vaccination HPV.

Parce que les injections sont actuellement confiées à des équipes soignantes mobiles rémunérées sur des vacations extérieures, sur place dans les collèges les infirmières scolaires n'ont eu à endosser qu'un nombre limité – quoique crucial – de missions opérationnelles : envoyer les mails d'information aux

parents via l'ENT, afficher dans l'établissement les visuels fournis par le ministère et l'InCA, organiser les journées d'injection pour la venue des personnels vacataires. Avec une moyenne de 0,6 infirmière pour 1 000 élèves et de 13 000 élèves par médecin scolaire aujourd'hui au collège, il est clair que, comme récemment renseigné par le Sénat dans un rapport de 2024, les ambitions en matière d'information des élèves, et a fortiori des parents, ne pouvaient que rester modestes dans les infirmeries.

La mobilisation des enseignants, dans les classes, a-t-elle pris le relai ? Sans qu'il soit possible de les documenter objectivement, certaines mauvaises pratiques sont citées sur le terrain, qui illustrent qu'en pratique la vaccination ne s'insère pas dans la classe. Quelques voix s'élèvent pour que l'Instruction dédiée du ministère de l'Education nationale cadre mieux le déroulé concret des créneaux d'injection : que les élèves qui se rendent à l'infirmerie pour l'injection ne soient pas pénalisés, qu'aucun contrôle ne soit organisé en leur absence et qu'il leur soit facile de rattraper la leçon manquée ; que le groupe de ceux qui sont vaccinés au collège, souvent très minoritaire, soit valorisé pour son engagement au moment de se rendre à l'infirmerie, et que ceux qui auront été vaccinés en ville en soient également remerciés pour le service rendu à l'intérêt général.

Quant aux enseignants les plus légitimes pour promouvoir l'immunité vaccinale de groupe, a priori en sciences de la vie et en éducation civique, il est difficile de documenter aujourd'hui s'ils se sont ou non emparés du rôle pédagogique crucial qui leur revenait. Le programme PrevHPV met à disposition des enseignants des ressources pour animer une séance de cours dédiée et un « *serious game* » en ligne « hpvgame » ; d'autres activités pour la classe sont proposées par le site de ressources pédagogiques en santé publique e-bug, piloté par le CHU de Nice.

Les données produites dans l'enquête PrevHPV illustrent en tous cas une réalité préoccupante : le niveau très bas

d'information et de motivation des personnels scolaires sur HPV. C'est ce que montre une étude publiée en 2023 dans *BMCPublicHealth* sur les connaissances, attitudes et représentations des personnels de l'Education nationale, peu avant la première campagne scolaire, sur le vaccin HPV et sur le rôle du milieu scolaire. Menée par questionnaires et focus-groupes auprès d'infirmières scolaires, d'enseignants et de membres du personnel administratif et d'encadrement de collèges de quatre régions françaises en 2020-2021, cette étude montre que plus de la moitié des répondants doutaient de l'innocuité du vaccin (notamment parce qu'ils pensaient qu'il n'y avait pas assez de recul sur ce vaccin). Moins de la moitié des répondants savaient que les HPV peuvent provoquer des verrues génitales ou des cancers ORL et 18 % seulement qu'il n'existe pas de traitement antiviral contre les HPV, et beaucoup déclaraient ne pas comprendre pourquoi ce vaccin est recommandé avant les premiers rapports sexuels ou pour les garçons. Les infirmières scolaires avaient de meilleures connaissances que les autres professionnels et considéraient que l'éducation des élèves au sujet des HPV fait partie intégrante de leur mission tout en disant n'aborder que rarement ce sujet, notamment en raison d'un manque de connaissances et/ou d'outils. Toutes les catégories de personnels interrogées en focus-groupes désapprouvaient l'idée de proposer la vaccination HPV en milieu scolaire, notamment en raison du manque de ressources, de la crainte d'être confrontés à des réactions négatives de la part des parents, et car ils n'en percevaient pas l'utilité (la vaccination étant accessible dans d'autres lieux). Citant des données illustratives de leviers pertinents dans d'autres pays, les auteurs de *PrevHPV* soulignaient en conclusion l'impérative montée en compétences des personnels de l'Education nationale sur HPV, le besoin de pédagogie générale sur le rôle de l'école en matière de santé publique, et enfin la nécessité de déployer des outils facilitant l'implication des parents dans l'organisation locale des campagnes scolaires (interventions de parents en classe, présence en appui le jour de l'injection...) pour

désamorcer la forte crainte, chez les personnels, de réactions hostiles. Une recommandation qui ne semble pas avoir été mise en pratique.

VIII. Opt-in et opt-out : une distinction méconnue

Notons qu'il faut bien distinguer l'offre de vaccination à l'école, qui est une mesure de facilitation de l'accès, de la scolarisation *sous condition* de vaccin, qui revient quant à elle à une obligation vaccinale pédiatrique. Dans les programmes de mise à disposition de la vaccination à l'école, la finalité est de faciliter l'accès tout en maintenant un principe de consentement. Dans la littérature, le rationnel stratégique qui supporte ces programmes vaccinaux en milieu scolaire comporte trois finalités : accélérer l'introduction d'un nouveau vaccin dans la population cible, augmenter la couverture vaccinale cohorte par cohorte, et ainsi contrôler à terme la circulation virale dans la population.

Le cas de la vaccination scolaire anti-HPV a apporté en la matière depuis 15 ans des données concluantes, en particulier en Australie et au Royaume-Uni qui ont porté des programmes d'accès scolaire à cette vaccination et connaissent des taux de couverture vaccinale très élevés (de l'ordre de 80%) au point de pouvoir parler d'éradication des virus HPV et de leur morbi-mortalité⁷. Les facteurs d'adhésion à ces programmes implantés en milieu scolaire sont désormais mieux connus, et comprennent en particulier l'implication des personnels de l'établissement, la fluidité de l'organisation logistique⁸, et la qualité des outils déployés pour informer les familles et pour recueillir le consentement des parents⁹. Mais globalement, il est démontré que le simple fait que l'école endosse la

campagne vaccinale est en soi un facteur de confiance et d'adhésion des familles¹⁰.

Comment l'école produit-elle cette normalisation ? La littérature scientifique internationale montre qu'elle n'y parvient pas à elle seule : il ne suffit pas que le vaccin soit accessible à l'école, il faut aussi que l'adhésion à la vaccination y soit présentée comme un comportement parental standard. Ceci passe par une série de paramétrages de l'offre plus ou moins fins.

Les modalités du recueil du consentement sont reconnues comme un déterminant crucial de l'adhésion des parents. Par définition, et sauf vaccin obligatoire, le consentement doit être éclairé, compris et volontaire. Mais ceci ne dit rien des modalités concrètes : le consentement doit-il être alors expressément formulé (« je veux que mon enfant soit vacciné ») ou bien peut-il être tenu pour acquis par défaut (« je n'ai pas d'argument particulier à faire valoir pour que mon enfant soit exempté »).

Cette distinction dans la procédure de consentement est fondamentale dans l'histoire de la santé publique. La langue anglaise la nomme en distinguant deux catégories explicites de stratégies : le consentement est soit « opt-out » (« je consens sauf exemption expressément formulée ») soit « opt-in » (« j'affirme expressément mon intérêt »).

Il faut rappeler que, même en France, les politiques publiques de santé fourmillent de dispositifs « opt-out » : où le consentement est tenu pour acquis sauf opposition expresse. On rappellera, par exemple, que toute personne s'étant mariée entre 1942 (Alexis Carrel, loi du 16 décembre 1942) et 2007 (Jean-François Copé, loi du 21 décembre 2007) aura tenu pour acquis de devoir se livrer avant le mariage à certains dépistages obligatoires et à certaines vaccinations systématiquement pratiquées en routine sauf refus exprès. Ainsi, au moment de l'abrogation en 2007, l'établissement du certificat prénuptial

tenait pour acquis (sauf opposition expresse) le consentement de la femme pour les sérologies rhésus, rubéole et toxoplasmose, et le consentement du couple pour les dépistages syphilis, VIH, hépatites A et C – avec, dans la foulée, pratique des vaccinations anti-rubéole et VHA/VHC pratiquées en routine si utile et sauf opposition expresse.

Ces interventions de routine, opérées de façon systématique en population générale, sans engagement individuel particulièrement exprès, sont simplement à la base du répertoire de la santé publique. Elles permettent de repérer et de suivre des tendances épidémiologiques, mais aussi d'intervenir sur ces tendances quand une intervention curative ou préventive (un vaccin) est disponible.

Sur un autre plan, s'agissant de la santé de l'enfant, la loi française comporte à ce jour une série d'obligations, assurées en partie en milieu scolaire et sans consentement exprès des parents ex ante, dont le site service-public.fr récapitule ainsi la liste pour les enfants de 6 ans et plus :

→ Sur quoi portent les examens obligatoires pour un enfant de 6 ans et plus ?

Le contenu de ces examens porte sur les points suivants :

- Courbe de croissance
- Développement physique, psychique et comportemental
- Vie affective de l'enfant
- Dépistage des troubles sensoriels (vue, audition) et psychiques (exemples : anxiété), des troubles du langage et du neurodéveloppement
- Vaccinations (vérification du statut vaccinal, pratique des vaccinations obligatoires et recommandées et éventuellement administration de traitements préventifs pour des maladies infantiles)
- Comportements et environnements favorables à la santé (exemples : activité physique et sportive, exposition aux écrans)
- Respect du suivi dentaire.

Enfin, à 6 ans et plus, d'autres thématiques sont ajoutées, et en fonction de l'âge, des dépistages et des évaluations portant sur la durée d'exposition aux écrans, l'adaptation à la vie scolaire, la durée hebdomadaire d'activité physique et sportive, les troubles «dys», le développement pubertaire, les signes de mal-être, de harcèlement...

Ces examens permettent de s'assurer :

- De la bonne santé de l'enfant
- Et d'orienter les parents vers une prise en charge complémentaire en cas de besoin.

On le voit donc bien ici : les notions de systématичit  du dépistage de santé publique et de consentement parental tenu pour acquis ne sont pas étrangères aux pratiques françaises, ni chez le médecin (pédiatre ou généraliste) ni à l cole.

Pourtant, le débat politique français sur les stratégies vaccinales ignore largement l'intérêt des stratégies classiques dites « opt-out », dans lesquelles un acte de santé publique (dépistage, vaccination) est accompli par défaut en routine par le médecin ou l cole sauf opposition expresse et motivée.

Dans de nombreux pays, la vaccination HPV est effectu e  en routine par défaut en milieu scolaire, le consentement étant présumé sauf opposition explicite des parents. Ces stratégies ont montré leur efficacité supérieure dans de nombreux pays par rapport aux stratégies dites « opt-in » qui conditionnent,

comme en France, l'entrée dans le programme à l'expression explicite d'un choix actif¹¹. L'OMS a ainsi clairement formulé dès 2016 la supériorité des programmes « opt-out » : « *En ce qui concerne le vaccin HPV, les pays ont constaté que l'introduction de nouvelles procédures de consentement – par exemple, des procédures formelles écrites d'opt-in, alors que le consentement à la vaccination était traditionnellement verbal et opt-out – a suscité des soupçons quant au caractère expérimental ou risqué du vaccin contre le HPV. En général, les pays ont obtenu de meilleurs résultats en matière de vaccination contre le HPV lorsque le consentement est opt-out ; plusieurs pays sont passés à une approche opt-out après avoir essayé pendant un an une approche opt-in. En outre, les pays ont généralement constaté que la longueur des procédures de consentement a conduit certains enfants à manquer l'occasion d'être vaccinés* ».

L'OMS retient donc que les stratégies de vaccination dites « opt-out », où le consentement est tenu pour acquis en routine et par défaut sans besoin qu'il soit expressément formulé, présentent une efficacité supérieure à la stratégie « opt-in » privilégiée en France, où un enfant n'est vacciné que si ses parents ont manifesté leur souhait actif d'entrer dans le programme. Mais qui, en France, a jamais entendu parler de ce débat entre opt-in et opt-out et des arguments qui motiveraient d'avoir écarté l'opt-out dans notre pays ?

IX. Si convaincre ne suffit pas, faut-il obliger ?

L'équipe Prev-HPV a souligné l'intérêt de passer d'une stratégie opt-in à une stratégie opt-out en conclusion d'un papier récent paru dans Journal of Infection and Public Health. Mais les auteurs retiennent que « *bien qu'un passage d'une approche opt-in à une approche opt-out puisse avoir un impact positif sur la couverture vaccinale contre les HPV, une telle approche n'est pas juridiquement autorisée en France* ». Le

principe invoqué comme intangible dans le papier est celui du consentement libre et éclairé exprimé par les parents.

La seule option favorable à la généralisation serait donc l'inscription dans la loi d'une obligation scolaire – l'accès au collège devenant conditionné à la vaccination. De fait, ce qui occupe l'espace public en France, ce n'est pas le choix entre stratégies opt-in et opt-out, pour bien balisé qu'il soit dans la littérature internationale en santé publique, mais bien celui qui oppose périodiquement l'obligation vaccinale au volontariat.

C'est bien ce que suggère aujourd'hui un certain retour des discours pro-obligation au travers de quelques prises de position récentes sur la vaccination : ainsi Edouard Philippe, au sortir du Covid-19, s'est-il carrément déclaré scandalisé dans son livre *Le prix de nos mensonges que la vaccination des soignants contre la grippe (dont l'obligation légale datée de 2005 a été constamment suspendue par décret depuis 2006) ou bien la vaccination HPV des adolescents ne soient pas obligatoires*. Notable également, la position tranchée en faveur de l'obligation vaccinale HPV prise en avril 2025 par le président de la Ligue contre le cancer, Philippe Bergerot : « *il est temps de rendre ce vaccin obligatoire. C'est la seule manière d'assurer une couverture universelle, d'éliminer les inégalités et d'éradiquer les cancers HPV. C'est à la fois une mesure de santé et de justice* ». De fait des propositions de loi (PPL) sont régulièrement déposées en faveur de l'obligation de vaccination HPV : par Les Républicains dès 2018, avec un texte signé notamment par Agnès Firmin Le Bodo qui faisait valoir dans son exposé des motifs que, « *Compte-tenu des résultats obtenus dans les pays pratiquant une vaccination quasi systématique et mixte, il apparaît indispensable d'ajouter la vaccination contre le papillomavirus humain dans le calendrier vaccinal obligatoire* ». Ou de nouveau en 2022 par Pierre Morel-à-L'huissier (LIOT).

Plus globalement, s'agissant de la grippe, l'actualité récente a été marquée par le grand retour du débat sur l'obligation.

D'abord avec l'article 55 de la LFSS pour 2026 qui, sous réserve de décrets en Conseil d'Etat qui seront pris après avis de la Haute autorité de santé, vient d'étendre l'obligation vaccinale des soignants contre la grippe (déjà consacrée dans la loi en 2005 mais suspendue depuis 2006) aux professionnels de santé libéraux et à leurs collaborateurs, mais aussi aux résidents en EHPAD. Au moment des débats, la couverture vaccinale contre la grippe était de 85% chez les résidents d'Ehpad et de 21% chez leurs soignants. Notons en outre que la LFSS créée une nouvelle obligation vaccinale pour l'ensemble des soignants : la vaccination contre la rougeole, qui vient désormais s'ajouter aux vaccinations obligatoires DTP et VHB. Une mesure que la HAS recommandait depuis 2023, considérant qu'il n'était pas acceptable de constater que les professionnels de santé sont impliqués dans 75 à 83% des cas de rougeole en établissement de santé en France.

Ces nouvelles mesures LFSS n'auront certes pas fait l'unanimité au cours de l'examen du texte : l'Assemblée les avait d'ailleurs rejetées en première lecture. Si certains députés repèrent qu'en matière de santé publique, revendiquer la liberté de ne pas se vacciner c'est en somme revendiquer une « *liberté de transmettre des maladies* » (Michel Lauzzana, Ensemble), la première lecture du PLFSS à l'Assemblée a montré que l'obligation demeure une ligne rouge honnie dans de nombreux groupes. « *Adieu liberté individuelle, consentement libre et éclairé : on infantilise et on constraint d'une manière inacceptable* », considérait ainsi Jérôme Nury (Droite républicaine) ; au RN de même, pour Sandrine Dogor-Such « *chacun doit être libre de se faire vacciner ou pas* », tandis qu'à LFI Ségolène Amiot jugeait que l'obligation « *favorise la défiance* »¹².

Depuis ces débats, le sujet a connu un regain plus polémique encore aux premiers jours de 2026 avec une violente campagne de dénigrement dirigée contre Mathias Wargon, chef du service des urgences et du SMUR de l'hôpital Delafontaine à Saint-

Denis, après son plaidoyer en faveur de l'obligation vaccinale des plus de 65 ans : dans cette population, une adhésion très insuffisante à la vaccination (44,2% cette année) entraîne selon lui des risques que le système de soins ne parvient plus à prendre en charge qu'au prix d'une grave saturation. Soulignons que la virulence des attaques contre Mathias Wargon a surtout pris une coloration franchement antisémite, avec un tweet du député insoumis Aly Diouara, élu de Seine-Saint-Denis : « *Soutenir un génocide et diriger un service d'urgences : voilà le « chef » d'un hôpital à deux pas de chez moi. Effrayant* ». Plusieurs figures politiques¹³ et médicales¹⁴ ont immédiatement protesté contre cette attaque inadmissible ; mais la question de l'obligation, elle, demeure ouverte.

Contrairement aux idées reçues, l'**obligation n'est pas l'inverse de la conviction**. Comme l'a montré le philosophe Bruno Bernardi dans son livre *Le principe d'obligation*, obliger en démocratie, c'est exprimer une volonté collective, non contraindre arbitrairement. La jurisprudence américaine de la Cour suprême *Jacobson v. Massachusetts* rappelle que l'obligation vaccinale est légitime lorsqu'elle est utile, nécessaire, proportionnée et équitable. C'est, fondamentalement, le jugement de proportionnalité entre, d'une part, le coût imposé aux libertés, et d'autre part les bénéfices qu'on en attend pour le bien commun, qui commande la légitimité de l'obligation. C'est bien là tout le métier de juge que notre démocratie confie au Conseil d'Etat. Et c'est bien cela qui distingue l'obligation d'une contrainte : l'obligation limite la liberté, certes, mais la qualité de la justification *evidence-based* de ses bénéfices pour servir d'autres valeurs fondamentales, comme ici la sécurité et la solidarité avec les vulnérables, nous oblige à y consentir.

Pour HPV, plusieurs scénarios sont possibles : obligation conditionnant l'accès au collège, obligation avec exemptions limitées, paquet vaccinal adolescent. Ces options sont

documentées, débattues ailleurs, mais largement évitées en France.

S'agissant de l'infection HPV, le sujet de l'obligation n'a finalement encore été que peu débattu dans notre pays, mais il a fait l'objet d'une forte polémique aux Etats-Unis en 2006/2007, plusieurs états ayant envisagé ou décidé de faire de la vaccination anti-HPV un critère conditionnel de scolarisation en 6^e. Aujourd'hui, les états de Virginie, Washington D.C. Porto Rico, Rhode Island et Hawaï requièrent la vaccination HPV pour l'accès au collège tout en laissant aux parents une large capacité de refuser (opt-out) pour raisons médicales, religieuses ou philosophiques. Une étude menée à l'échelle nationale et publiée en 2022 dans *Vaccine* a cherché à évaluer le soutien des parents à une telle politique ; 38 % des parents étaient d'accord pour que le collège requière la vaccination HPV même sans aucune exemption (ce qui revient à une obligation de fait) mais le soutien grimpait à 45 % si des exemptions pour raison philosophique étaient admises, à 50 % si les raisons religieuses étaient acceptées et à 59 % en cas de possibilité d'exemption pour raison médicale. Selon les auteurs, le seul dilemme de l'action publique devrait donc être de doser les critères d'exemption (et l'ampleur de l'attrition qu'ils entraîneront logiquement) dans une stratégie opt-out qui augmente l'adhésion des parents au vaccin. Cette stratégie ne semble pourtant jamais discutée en tant que telle France.

Encore un cran au-delà de l'opt-out, une stratégie d'obligation serait-elle légitime ?

Comme l'explique dans le *New England Journal of Medicine* le spécialiste des enjeux d'équilibre entre libertés individuelles et bien commun en santé publique James Colgrove, professeur à Columbia : « *De nombreuses preuves démontrent que l'obligation vaccinale en milieu scolaire est un moyen efficace et efficient d'augmenter les taux de couverture vaccinale. Il est presque certain qu'en imposant la vaccination HPV, on obtiendra une protection plus étendue contre la maladie que les*

politiques qui reposent exclusivement sur la persuasion et l'éducation. Selon les défenseurs de la vaccination, cette efficacité constitue une justification claire ». Mais d'un autre côté, ajoutait-il : « Les analyses éthiques et épidémiologiques sont essentielles à la décision de rendre obligatoire le vaccin HPV, tout comme le sont les raisonnements d'opportunité politique ».

Un scénario crédible auquel un certain nombre d'acteurs politiques et professionnels sembleraient pouvoir adhérer pour HPV, au vu du succès limité atteint à ce jour, serait de mettre en débat l'alternative suivante : soit sanctionner financièrement les établissements scolaires où le nombre de vaccinations est particulièrement bas ; soit transformer le mode de consentement au collège pour passer à une vaccination systématique par défaut opt-out ; soit aller jusqu'à rendre obligatoire (comme condition d'accès au collège) un paquet vaccinal comprenant HPV, méningites, rappel DTP et rappel ROR.

Conclusion : quel idéal de santé scolaire ?

En France, la santé scolaire constitue dans les textes une responsabilité partagée entre les ministères de l'Éducation nationale et de la Santé publique : selon le *Code de la santé publique* (article L.1411-1) la politique de santé « vise à assurer la promotion de la santé dans tous les milieux de vie, notamment scolaire », et de son côté l'école doit « veiller à la protection de la santé des élèves » selon le *Code de l'éducation* (article L.541-1)

En pratique, une politique de santé scolaire peut se penser normativement à la croisée de trois grands référentiels : les droits de l'enfant ; la santé publique dans son sens le plus régalien de lutte contre les menaces sanitaires et l'éthique de la

prévention, de la promotion de la santé voire du bien-être des enfants.

Dans quel champ normatif intervient ici la vaccination ? Si elle peut de fait être promue comme un outil de prévention et de promotion de la santé, permettant à chacun de prendre soin de soi, elle est aussi porteuse d'une culture historique que l'on a longtemps appelée hygiéniste, centrée sur la lutte régaliennes solidaire contre des menaces collectives d'ordre infectieux ou environnemental. Ces deux registres de valeurs se rejoignent bien sûr, mais la distinction demeure substantielle : dans un cas, le vaccin vise l'émancipation de la santé de chacun, tandis que dans l'autre il vient fonder, dose par dose et bras par bras, un édifice solidaire de sécurité sanitaire au même titre que les limitations de vitesse sur la route, l'eau potable ou l'hygiène alimentaire.

Or la santé scolaire dans son ensemble pâtit peut-être de cette ambiguïté normative : qu'aimerait-t-on au juste qu'il se passe dans une infirmerie idéale ? A l'heure où on les sait désertées par les professionnels, il est souhaitable de s'interroger collectivement.

Veut-on consacrer dans les infirmeries ce qui fut leur rôle historique majeur : les interventions clés de la santé publique hygiéniste, les dépistages et les vaccinations de masse qui y ont longtemps régné ? Leur atout principal en la matière est leur capacité, sans pareille depuis la fin du service militaire, de toucher l'ensemble d'une cohorte d'âge. Ce qui fait d'elles d'abord un outil incontournable de la lutte contre les inégalités sociales en santé, mais aussi un gisement colossal d'efficacité face aux menaces infectieuses présentes et les pandémies à venir.

A l'autre extrême, souhaite-t-on plutôt y promouvoir l'émancipation, l'empowerment en santé, pour des choix individuels libres et éclairés en prévention permettant d'affermir l'accès de tous à cet « état de complet bien-être

physique, mental et social, [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » – selon la fameuse définition de la santé que l'OMS a livrée dans sa constitution de 1948 ? L'atout principal des infirmeries dans ce scénario est d'accueillir les élèves à la demande, sur leur lieu de vie et en lien avec leurs éducateurs, au plus près de leurs besoins et de leurs doutes intimes et quotidiens. Une compétence sur laquelle il semble incontournable de parier, trente ans après la reconnaissance de leur rôle crucial dans la lutte contre le VIH, les infections sexuellement transmissibles et les addictions, et plus encore aujourd'hui à l'heure de l'explosion des souffrances adolescentes en santé mentale.

L'opposition entre ces deux scénarios normatifs possibles pour les infirmeries semblera peut-être artificielle, la justesse tenant comme souvent aux nuances et aux complémentarités entre les options. Mais si, comme on l'a défendu ici, les résultats trop modestes de la vaccination HPV sont imputables à une ambiguïté politique persistante dans les choix publics (sur les modalités pratiques, le consentement, la communication publique, l'implication des communautés etc. mais aussi sur la systématique et l'obligation), alors un retour radical aux questions normatives fondamentales s'impose peut-être.

C'est dans cet esprit qu'on défendra ici pour conclure la piste d'une obligation scolaire de vaccination HPV.

Le contexte sociopolitique actuel sur la vaccination nous ramène quoi qu'on veuille aux fondamentaux de l'hygiénisme en santé publique : protection solidaire, conjonction heureuse des intérêts individuels et collectif, confiance dans la science et les services qu'elle rend au progrès social équitable. A l'heure où la légitimité de la vaccination est méthodiquement sapée par l'administration Trump outre-Atlantique et par la communauté antivax sur les réseaux sociaux ; où la chute probable de la couverture vaccinale des Américains pourrait devenir une menace pour le monde ; et où les vaccinations scolaires sont comparées par l'Etat de Floride à un « esclavage », il serait

urgent, non seulement de vacciner au mieux nos enfants, mais aussi de leur enseigner sans hésiter, grâce au vecteur d'universalité que constitue la vaccination à l'école, combien le progrès scientifique et, avec lui, la santé publique solidaire qu'il permet toujours plus, sont des biens communs précieux qui permettent à chacun de prendre soin des autres en prenant soin de soi – et réciproquement.

Pareil objet proprement politique (au sens de l'incarnation d'un destin commun) qui, à la main opérationnelle de l'Etat et grâce à son financement solidaire, illustre si substantiellement le lien que nos démocraties libérales font depuis les Lumières entre vérité scientifique, progrès de la connaissance, solidarité, justice sociale, émancipation et bien commun, mérite que l'école en soit le fer de lance. Or ce que racontent les résultats récents de la campagne scolaire de vaccination HPV, c'est tout au contraire une auto-censure péjorative des autorités sanitaires et scolaires à l'égard du lien qui unit la science et le progrès social et politique.

Notes

- ① Les premiers essais cliniques remontent à 1996, en octobre 2005 les essais de phase 3 confirment l'efficacité vaccinale qui s'étend au-delà de HPV 16 et 18 grâce à la protection croisée, l'AMM est obtenue en juin 2006 aux Etats-Unis et en septembre 2006 en France et en Europe, le remboursement est effectif en France en juillet 2007.
- ② Gountas, I., Aman, M., Alexander, D., Hughes, R., Weston, G., & Sabale, U. (2025). Estimating the time required to reach HPV vaccination targets across Europe. *Expert Review of Vaccines*, 24(1), 165–172.
- ③ verbatim, minute 29:45

- ④ C. Chevallier, A.-S. Hacquin, H. Mercier, « Trois recommandations d'actions pour lutter contre l'hésitation vaccinale », *Terra Nova*, 3/12/2020 ; <https://tnova.fr/notes/trois-recommandations-d-actions-pour-lutter-contre-l-hesitation-vaccinale>
- ⑤ C. Chevallier, A.-S. Hacquin, H. Mercier, « Trois recommandations d'actions pour lutter contre l'hésitation vaccinale », *Terra Nova*, 3/12/2020 ; <https://tnova.fr/notes/trois-recommandations-d-actions-pour-lutter-contre-l-hesitation-vaccinale>
- ⑥ MSD France est un laboratoire pharmaceutique qui commercialise le vaccin HPV. MSD France est un des mécènes de Terra Nova
- ⑦ P. Paul, A. Fabio, Literature review of HPV vaccine delivery strategies: considerations for school- and non-school based immunization program
Vaccine., 32 (3) (2014), pp. 320-326
- ⑧ Perman, Sarah, et al. "School-based vaccination programmes: a systematic review of the evidence on organisation and delivery in high income countries." *BMC public health* 17.1 (2017): 1-11.
- ⑨ Chantler, Tracey, et al. "Optimising informed consent in school-based adolescent vaccination programmes in England: A multiple methods analysis." *Vaccine* 37.36 (2019): 5218-5224.
- ⑩ Davies, Cristyn, et al. "School-based HPV vaccination positively impacts parents' attitudes toward adolescent vaccination." *Vaccine* 39.30 (2021): 4190-4198.
- ⑪ WHO, HPV Vaccine Communication, 2016 ; <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250279/WHO-IVB-16.02-eng.pdf;jsessionid=C53A2EC1D38CABCB2EC4E3974300609F?sequence=1>

- ⑫ Troisième séance du 8/11/2025 ; l'article 20 du PLFSS, portant les mesures d'obligation vaccinale, est rejeté par 108 voix contre 95
- ⑬ Ainsi le député européen Raphaël Glucksmann dans un post sur X : « Nous sommes en 2025. Un médecin parle vaccination. Un député répond en le traitant de génocidaire. Le médecin n'aurait pas été juif, ne me dites pas qu'on serait passé aussi vite de « grippe » à « génocide ». Voilà ce qu'est LFI. Soutien @wargonm face à la haine la plus crasse. »
- ⑭ Un collectif de médecins, dont Karine Lacombe et Mathieu Molimard ont appelé l'Ordre des médecins à réagir dans une tribune pour Le Point.