



LA MISE À L'ÉCHELLE
DE L'INTRODUCTION
DU VACCIN

ANTI-PVH



Organisation
mondiale de la Santé

Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS

La mise à l'échelle de l'introduction du vaccin anti-PVH.

1.Vaccins antipapillomavirus. 2.Tumeurs du col de l'utérus – prévention et contrôle. 3.Programmes de vaccination. 4.Services de santé pour adolescents. 5.Programmes nationaux de santé. l.Organisation mondiale de la Santé.

ISBN 978 92 4 251154 3

(Classification NLM : WP 480)

© Organisation mondiale de la Santé 2016

Tous droits réservés. Les publications de l'Organisation mondiale de la Santé sont disponibles sur le site Web de l'OMS (www.who.int) ou peuvent être achetées auprès des éditions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) téléphone : +41 22 791 3264 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; courriel : bookorders@who.int.

Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées aux éditions de l'OMS via le site Web de l'OMS à l'adresse http://www.who.int/about/licensing/copyright_form

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les traits discontinus formés d'une succession de points ou de tirets sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Imprimé par le Service de production des documents de l'OMS, Genève (Suisse)

Crédits photos : couverture ; p. 6 ; p. 32 ; p. 40 ; p. 42 ; p. 60 : WHO/P. Bloem - p. XI : UNICEF/Taylor - p. 14 : UNICEF - p. 20 : UNICEF/Holt - p. 24 ; p. 44 : UNICEF/Asselin

Autres photos courtoisie C. McNab.

LA MISE À L'ÉCHELLE
DE L'INTRODUCTION
DU VACCIN

ANTI-PVH



Organisation
mondiale de la Santé

TABLE DES MATIÈRES

Liste des sigles	VI
Objet de ce rapport	VII
Résumé	VIII
Sources d'information et structure du rapport	X
Sources d'information	X
Structure du rapport	XI
Introduction : promesses et preuves liées à l'introduction du vaccin anti-PVH	1
Apprendre pour élargir le programme de vaccination	3
 LA DÉCISION D'INTRODUIRE LE VACCIN	 5
 PLANIFICATION EN TEMPS UTILE ET COORDINATION AVEC LES BONS PARTENAIRES	 9
Coordination	10
Difficultés liées aux dénominateurs	11
 STRATÉGIES D'ADMINISTRATION DU VACCIN	 15
Administration du vaccin en milieu scolaire	16
Administration du vaccin en établissement de santé	17
 ACCÉDER AUX FILLES DIFFICILES À ATTEINDRE	 19
 DÉMONSTRATIONS ET INTRODUCTIONS ÉCHELONNÉES	 23
 COMMUNICATION	 27
 LA GESTION DES CRISES	 33
 ENREGISTREMENT, SUIVI ET ÉVALUATION	 37
 INTÉGRATION	 43
Programmes de lutte contre le cancer du col utérin	44
Programmes pour la santé des adolescents	45
 COÛT, FINANCEMENT ET PÉRENNISATION	 51
 Les possibilités existantes et les connaissances qu'il reste à acquérir	 57
Conclusion	59
Résumé des répercussions sur les interventions	61
Bibliographie et ressources supplémentaires	69

LISTE DES SIGLES

CAP	étude « Connaissances, attitudes et pratiques »
CIRC	Centre international de recherche sur le cancer
CIN	néoplasie cervicale intraépithéliale
GAVI	Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (Alliance GAVI)
GVAP	Plan d'action mondial pour les vaccins 2011-2020
PVH	papillomavirus humain
LSHTM	École d'Hygiène et de Médecine tropicale de Londres
MAPI	manifestations postvaccinales indésirables
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	organisation non gouvernementale
PATH	Programme de technologie appropriée pour la santé
PEV	Programme élargi de vaccination
UNESCO	Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
V3P	plateforme Vaccine Product, Price and Procurement (prix et achats de produits vaccinaux)
VIH	virus de l'immunodéficience humaine
VIH+	séropositif au virus de l'immunodéficience humaine

OBJET DE CE RAPPORT

Ce rapport accompagne le Guide d'introduction du vaccin anti-PVH (2016) de l'OMS (<http://www.who.int/immunization/hpv/en/>).

Il présente essentiellement un résumé des expériences d'introduction du vaccin contre le papillomavirus humain (PVH) dans les pays et fournit des orientations à ceux qui interviennent dans son introduction. Chaque pays récapitule les enseignements tirés des différentes étapes de l'introduction du vaccin, de la prise de décisions au financement et à la pérennité. Ces expériences peuvent renseigner les directeurs de programmes sur la vaccination, le cancer, la santé des adolescents et la santé reproductive, ainsi que les décideurs au sein des ministères de la santé, de l'éducation et des finances, pour accompagner l'amélioration des activités de vaccination et de la couverture vaccinale ou l'introduction du vaccin anti-PVH dans un pays.

RÉSUMÉ

Ce rapport récapitule les principaux enseignements tirés et leurs répercussions sur les interventions liées à l'introduction et à la mise à l'échelle de la vaccination contre le PVH dans le cadre de l'effort global de réduction des cas et des décès de cancer du col utérin. Ce rapport se veut complémentaire du Guide d'introduction du vaccin anti-PVH (2016) de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et des initiatives visant à compiler les expériences, comme le projet (2015) sur les enseignements tirés du vaccin anti-PVH entrepris par le Programme de technologie appropriée pour la santé (PATH)/École d'Hygiène et de Médecine tropicale de Londres.

Dans le monde, des dizaines de pays de toutes les catégories de revenus ont introduit le vaccin anti-PVH depuis près d'une décennie. Ce rapport distille leurs expériences partagées notamment avec l'OMS et ses partenaires à l'occasion d'une réunion mondiale sur les enseignements tirés de l'introduction du vaccin anti-PVH qui s'est tenue en novembre 2015.

En particulier, ce rapport présente les expériences – souvent directement rapportées par les administrateurs de la santé dans les pays – et les répercussions sur les interventions dans les principaux domaines de l'introduction du vaccin : prise de décisions, planification et coordination, stratégies d'administration, communication, gestion des crises, suivi et évaluation, coût et pérennité. Ce rapport aborde également la question des populations difficiles à atteindre et de l'intégration du vaccin anti-PVH à la fois dans un plan global de prévention et de lutte contre le cancer du col de l'utérus et dans les programmes pour la santé des adolescents.

L'expérience des pays montre qu'il est possible d'introduire le vaccin anti-PVH et de parvenir à une large couverture vaccinale dans des contextes nationaux divers. La prise de décisions nécessite un engagement politique de haut niveau. La coordination et la pérennité requièrent un partenariat liant les programmes de vaccination, de santé des adolescents et de lutte contre le cancer, le ministère de l'éducation et les communautés. Expérimenter et choisir une stratégie d'administration offrant un bon rapport coût/efficacité, adaptée à la communauté et aux infrastructures de la santé et de l'éducation – qu'elle soit principalement mise en œuvre en milieu scolaire, dans les établissements de santé ou les deux – est fondamental pour assurer la couverture vaccinale et la pérennité du programme de vaccination. S'investir dans une stratégie de collaboration et de communication, y compris dans un processus de consentement efficace, est essentiel pour atteindre le but recherché. Les pays doivent élaborer un plan en cas de crises, faire preuve de souplesse et s'y attaquer rapidement lorsqu'elles surviennent.

L'expérience des pays met également en exergue les difficultés rencontrées et les questions restées en suspens. Les pays qui bénéficient d'un programme de démonstration pourraient gagner à sélectionner les districts qui représentent le mieux le panorama des communautés urbaines et rurales, y compris les filles difficiles à atteindre, afin d'obtenir un tableau plus réaliste des coûts et des ressources nécessaires pour élargir le programme de vaccination. L'intégration du vaccin anti-PVH avec d'autres services pour la santé des adolescents et la compilation des données correspondantes nécessiteront davantage de travail et de temps. Il est utile de renforcer les liens entre les programmes de vaccination et les programmes de lutte contre le cancer pour améliorer la prévention et la lutte contre le cancer du col utérin.

Les enseignements à tirer sont encore nombreux. Des rapports et des indicateurs de suivi standardisés aideront les pays et les partenaires à mieux estimer la couverture et recenser les difficultés. Appuyer le suivi des effets du vaccin et l'analyse précise des coûts sera essentiel pour promouvoir une introduction nationale durable. Le coût des vaccins reste un problème, en particulier dans les pays à revenu intermédiaire. Les pays à faible revenu auront accès aux vaccins au tarif de l'Alliance GAVI pendant plusieurs années après la cessation des subventions de GAVI. L'Alliance GAVI devrait

revoir les exigences des programmes de démonstration, et notamment s'assurer que les pays sont en mesure de réaliser les évaluations nécessaires dans des délais raisonnables.

En conclusion, ce rapport souligne que les activités de prévention du cancer du col de l'utérus, qui soulagent d'un poids considérable les femmes vivant dans des pays à revenu faible, sont plus que jamais nécessaires aujourd'hui, car la santé et le bien-être des femmes et des filles sont essentiels pour mettre fin à l'extrême pauvreté, favoriser le développement et la résilience, et atteindre les objectifs de développement durable.



SOURCES D'INFORMATION ET STRUCTURE DU RAPPORT

SOURCES D'INFORMATION

Ce rapport est une mise à jour des informations collectées jusqu'en décembre 2015 sur les expériences de vaccination contre le PVH. Il repose sur les enseignements précédemment tirés des programmes de vaccination anti-PVH, notamment sur des ressources publiées par l'OMS et ses partenaires, consultables à l'adresse <http://www.who.int/immunization/hpv/>, et par le Programme de technologie appropriée pour la santé (PATH) à l'adresse www.rho.org. Il puise en particulier dans les sources d'information ci dessous mentionnées.

1. **Présentations et débats lors de la Réunion mondiale sur les enseignements tirés de l'introduction de la vaccination contre le PVH**, organisée par l'Organisation mondiale de la Santé du 10 au 12 novembre 2015 à Genève (Suisse). L'objet de cette réunion était d'abord de tirer les enseignements des programmes de démonstration et de l'introduction du vaccin anti-PVH dans les pays à revenu élevé, intermédiaire ou faible, puis de définir les besoins futurs en matière de développement des ressources ainsi que les questions liées à la recherche. La réunion, qui s'est déroulée sur trois jours, comptait des participants et/ou des présentations de 20 pays : trois pays à revenu élevé (Argentine, Australie et Lettonie), trois pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure (Fidji, Malaisie et Afrique du Sud), six pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure (Bhoutan, Cameroun, Ghana, Maroc, Sénégal et Zambie) et huit pays à faible revenu (Gambie, Madagascar, Malawi, Mozambique, Niger, Rwanda, Sénégal, République-Unie de Tanzanie et Zimbabwe) ; en outre, des spécialistes ont assuré des présentations sur les coûts et la pérennité des programmes, l'intégration avec les services de lutte contre le cancer du col et les services pour la santé des adolescents, et les études de suivi. Les partenaires suivants étaient également présents à cette réunion : L'Agence de médecine préventive, la Fondation Bill & Melinda Gates, les Centers for Disease Control and Prevention, l'Alliance GAVI, John Snow Inc., l'École d'Hygiène et de Médecine tropicale de Londres, le PATH, l'UNFPA, l'UNICEF et l'OMS.
2. **Réponses aux questionnaires** distribués avant la réunion mondiale sur les enseignements tirés de 2015. Huit pays ont rempli ces questionnaires qui visaient à examiner tous les aspects de l'introduction et de la pérennité de la vaccination contre le PVH.
3. **Enseignements tirés et recommandations relatives au vaccin anti-PVH** issus de la revue 2015 du PATH/LSHTM des expériences d'administration du vaccin anti-PVH dans 37 pays à revenu faible ou intermédiaire. Cette revue décrit en détail les résultats obtenus, les principaux enseignements et les recommandations issues de huit introductions nationales et de 55 projets de démonstration, et analyse l'information à travers cinq thèmes clés : préparation, communication, administration du vaccin, réalisations et pérennité. D'autres documents synthétiques abordent la valeur des projets de démonstration et les écueils possibles de la vaccination anti-PVH. Ils sont publiés à l'adresse www.rho.org.
4. Autres données accessibles au public issues d'études, de revues et d'évaluations de projets nationaux et de projets de démonstration.

STRUCTURE DU RAPPORT

De manière générale, chaque section de ce rapport correspond à un thème général de l'introduction du vaccin anti-PVH (par exemple planification, coordination, administration du vaccin, suivi) accompagné des conseils correspondants.

- Chaque section commence par un bref résumé de la problématique.
- Suivent ensuite les expériences rapportées par les pays – positives et difficiles – tirées des sources précitées.
- Enfin, sur la base de ces expériences, une liste des répercussions sur les interventions est dressée, et reprise dans les grandes lignes à la fin du document.



INTRODUCTION : PROMESSES ET PREUVES LIÉES À L'INTRODUCTION DU VACCIN ANTI-PVH

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) recommande la vaccination contre le PVH pour les filles âgées de 9 à 14 ans en tant que mesure de santé publique offrant le meilleur rapport coût/efficacité contre le cancer du col de l'utérus et comme stratégie de base pour la prévention primaire. L'OMS recommande l'introduction du vaccin dans les systèmes de vaccination des pays où le cancer du col est une priorité de santé publique, où l'introduction du vaccin est faisable, où des financements à long terme peuvent être obtenus et où les vaccins sont jugés d'un bon rapport coût/efficacité.¹

La survie, la santé et le bien-être des femmes, des enfants et des adolescents sont essentiels pour mettre fin à l'extrême pauvreté, favoriser le développement et la résilience, et atteindre les objectifs de développement durable.

- Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent

En décembre 2015, plus de 65 pays avaient introduit des programmes nationaux de vaccination anti-PVH et un certain nombre d'autres pays avaient introduit ou prévoyaient d'introduire des programmes de démonstration. L'allure à laquelle les pays à faible revenu éligibles au soutien de GAVI introduisent le vaccin s'accélère, et l'Alliance GAVI prédit qu'elle aura financé la vaccination de plus de 30 millions de filles, dans 40 pays, d'ici à 2020.

Néanmoins, malgré les progrès accomplis, l'OMS a estimé qu'en 2015 moins de 5 % des filles d'âge cible qui pourraient bénéficier du vaccin anti-PVH dans le monde étaient effectivement complètement vaccinées. Plus de 130 pays n'ont pas encore introduit le vaccin. En 2012, on estimait à 530 000 le nombre de femmes qui avaient développé un cancer du col de l'utérus, et à 270 000 le nombre de femmes qui en étaient décédées. Plus de 85 % de ces femmes vivaient dans des pays à revenu faible ou intermédiaire dans lesquelles l'accès au dépistage et au traitement sont parfois limités.

Il est de plus en plus pressant de soulager le monde du fardeau du cancer du col utérin et d'améliorer la santé et le bien-être des adolescents. Dans les objectifs de développement durable de 2030 figure la réduction d'un tiers de la mortalité prématurée due à des maladies non transmissibles à travers la prévention et le traitement. La Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030) préconise une approche multisectorielle pour améliorer la santé tout au long de la vie, notamment la vaccination des adolescents et le dépistage et la prise en charge du cancer du col utérin pour les femmes. Le Plan d'action mondial pour les vaccins (GVAP) 2011-2020 a pour objectif que tous les pays aient introduit et utilisent durablement un ou plusieurs vaccins sous-utilisés, notamment le vaccin anti-PVH.

Les vaccins anti-PVH bivalent (16, 18) et quadrivalent (16, 18, 11, 6) les plus utilisés actuellement dans les pays à revenu faible ou intermédiaire peuvent prévenir environ 70 % des cancers du col en prévenant l'infection par les types 16 et 18 de PVH à l'origine de la plus grande proportion des cancers du col de l'utérus (les types 11 et 6 causent des condylomes acuminés).

Les pays qui ont introduit le vaccin anti-PVH peu après son homologation en 2006 ont eu le temps de mesurer ses effets. L'Australie en est un exemple.

¹ Les vaccins anti-PVH peuvent aussi prévenir les cancers de la vulve, du vagin, de l'oropharynx, de l'anus et du pénis. L'OMS révisera sa note de synthèse de l'OMS sur le vaccin anti-PVH en 2017, à la lumière des recommandations du SAGE d'octobre 2016. Les principaux changements porteront sur cibler les jeunes âgés de 9 à 14 ans et la recommandation de vacciner plusieurs cohortes d'âge lors de l'introduction du vaccin anti-PVH pour entraîner un impact plus rapide au niveau de la population.

L'Australie a proposé une vaccination de rattrapage aux filles et aux femmes âgées de 12 à 26 ans entre 2007 et 2009 et, depuis lors, a utilisé le vaccin quadrivalent pour toutes les filles au cours de la première année de collège, principalement dans le cadre d'une vaccination en milieu scolaire. Environ 75 % des filles âgées de 12 et 13 ans étaient complètement vaccinées entre avril 2007 et mi-2015.

De plus, les garçons en première année de collège sont également inclus dans le programme de vaccination contre le PVH depuis 2013.

Une étude australienne de 2014 a révélé que 29 % des femmes testées dans les années précédant le programme de vaccination contre le PVH étaient positives pour les quatre génotypes ciblés par le vaccin quadrivalent (types 16, 18, 11, 6) alors que seuls 7 % des femmes de la cohorte vaccinée présentaient des résultats positifs.² Une étude de 2013 a montré que parmi 431 jeunes femmes australiennes testées, aucune ne présentait de résultats positifs pour les types 18, 11 ou 6, et le PVH-16 n'a été détecté que chez six femmes qui avaient toutes déjà débuté leur vie sexuelle avant d'être vaccinées.³

Une analyse des résultats de dépistage du col de l'utérus au niveau national réalisé en Australie entre 2005 et 2013 montre, de façon très encourageante, que le nombre d'anomalies cervicales de haut grade a diminué de 57 % chez les femmes âgées de moins de 20 ans (le groupe le plus susceptible d'être immunisé) et de 25 % chez les femmes âgées de 20 à 24 ans. Dans l'État de Victoria, les données du registre de dépistage du col montrent qu'à partir de la fin 2014, ces diminutions se constatent également chez les femmes âgées de 25 à 29 ans.⁴ L'Australie a montré que une bonne couverture vaccinale contre le PVH des filles d'âge cible réduit l'infection par le PVH et les lésions précancéreuses du col de l'utérus, ce qui suggère que la vaccination prévient les lésions qui auraient sinon progressé vers un cancer du col. Des résultats similaires ont été obtenus au Danemark où l'on a observé une réduction du risque de lésions cervicales six ans après l'homologation du vaccin anti-PVH quadrivalent.⁵

Plusieurs pays utilisant le vaccin anti-PVH quadrivalent ont constaté une réduction significative des condylomes acuminés chez les femmes susceptibles d'être immunisées, notamment l'Australie, le Danemark, les États-Unis, la Nouvelle-Zélande et la Suède, et certains ont également observé cette réduction chez les hommes, probablement du fait d'une immunité collective.⁶

² Tabrizi SN, Brotherton JM et al., *Assessment of herd immunity and cross-protection after a human papillomavirus vaccination programme in Australia: a repeat cross-sectional study*. The Lancet Infectious Diseases, Volume 14, Issue 10, October 2014, Pages 958-966.

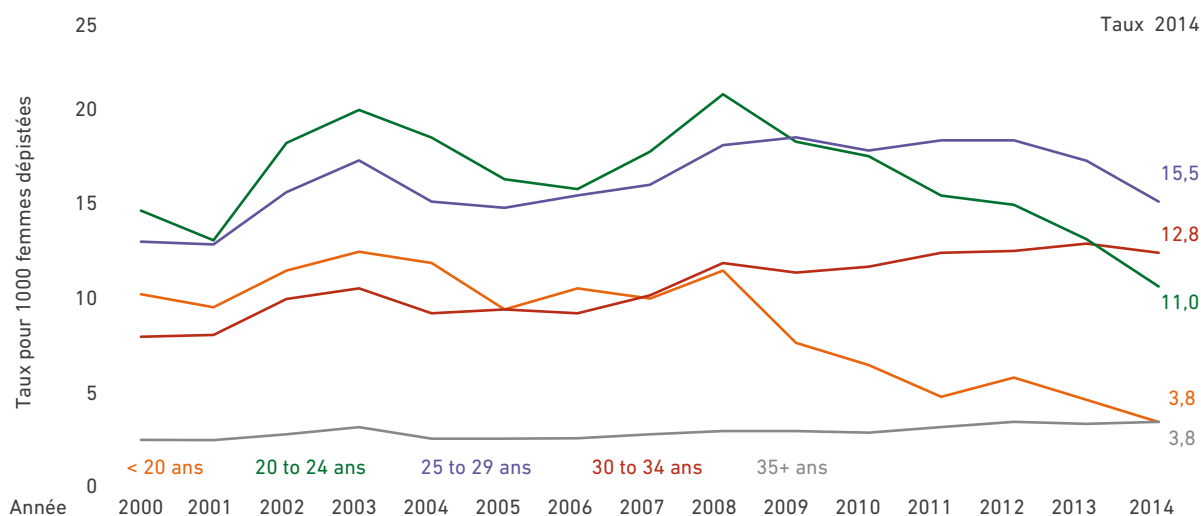
³ Osborne SL et al., *Assessing genital human papillomavirus genoprevalence in young Australian women following the introduction of a national vaccination program*. Vaccine. 2015 Jan 1;33(1):201-8.

⁴ Brotherton JM, et al., *HPV vaccine impact in Australian women: ready for an HPV-based screening program*. Med J Aust 2016; 204 (5): 184.

⁵ Baldur-Felskov B, et al., *Early impact of human papillomavirus vaccination on cervical neoplasia – nationwide follow-up of young Danish Women*. J Natl Cancer Inst. 2014.

⁶ Mariani L et al., *Early Direct and Indirect Impact of Quadrivalent HPV (4HPV) Vaccine on Genital Warts: a Systematic Review*. Advances in Therapy. 2015;32:10-30.

► Figure 1 Tendence des taux de lésions du col de haut grade histologiquement confirmés, selon l'âge, 2000-2014, Victoria, Australie.



SOURCE : <http://www.vccr.org/data-research/statistical-reports/annual-statistical-reports>.

APPRENDRE POUR ÉLARGIR LE PROGRAMME DE VACCINATION

le vaccin anti-PVH. Les enseignements tirés de chacune des étapes de cette introduction – du plaidoyer à la prise de décisions, à la planification et à la mise en œuvre – peuvent aider les pays à déployer de meilleurs programmes de démonstration, à surmonter les difficultés et à élargir plus efficacement la couverture vaccinale. Les pays et les partenaires ont partagé leurs expériences réciproquement et avec les chercheurs dans des publications et lors de la réunion mondiale de novembre 2015 sur les enseignements tirés de l'introduction du vaccin anti-PVH. Ces expériences et leurs répercussions sur les interventions sont résumées dans les pages qui suivent.





LA DÉCISION D'INTRODUIRE LE VACCIN



LA PROBLÉMATIQUE

En raison de la multitude de partenaires pour lesquels le vaccin anti-PVH et la lutte contre le cancer du col utérin présentent un intérêt, la prise de décisions peut s'avérer complexe et chronophage ; mais s'assurer l'appui adéquat des bons partenaires peut faire la différence à la fois pour l'introduction du vaccin et pour sa pérennité.



LES EXPÉRIENCES

De nombreux pays rapportent que l'**appui de haut niveau de la part de figures politiques** comme la **First Lady** a été un élément clé dans la prise de décisions. Dans plusieurs pays, l'épouse du Président a assisté à une réunion régionale ou mondiale sur le cancer, a appris sur la charge que représente le cancer du col et sur le rôle du vaccin anti-PVH, puis, à son retour, a demandé au pays de renforcer les programmes de lutte contre le cancer du col utérin, notamment par l'introduction du vaccin anti-PVH. De nombreux pays veulent montrer qu'ils **s'impliquent davantage dans la santé de la femme**, et l'introduction du vaccin anti-PVH fait d'eux des pionniers.

La **charge de morbidité** et l'accès au dépistage et au traitement constituent un autre facteur déterminant. Plusieurs pays ont analysé la morbidité et la mortalité du cancer du col utérin et ont constaté que ce cancer était très répandu et était une cause majeure de décès par cancer chez la femme.

L'**initiative des programmes pour collecter des données** est un facteur également. Dans plusieurs pays, les programmes pour la santé de la femme, le Programme élargi de vaccination (PEV) ou les programmes de lutte contre le cancer ont collecté des informations sur le cancer du col de



l'utérus et plaidé en faveur de l'inclusion du vaccin anti-PVH dans le programme sanitaire national. Dans les Amériques, par exemple, les programmes de lutte contre le cancer ont collecté des données probantes sur le cancer du col et ont préconisé l'introduction du vaccin anti-PVH. Quelques pays disposaient d'un registre pour le cancer qui a également fourni des données. Certains pays ont réalisé des études de faisabilité et d'acceptabilité.

Une recommandation sur les politiques à adopter émanant du groupe consultatif technique national sur la vaccination ou d'une entité indépendante équivalente est un facteur déterminant majeur dans la prise de décisions : c'est un avis scientifique crédible qui a une influence, notamment sur le ministère de la santé.

Les dons de vaccins ont été un facteur motivant dans certains pays, de même que **la possibilité** de faire appel à l'Alliance GAVI pour l'introduction du vaccin anti-PVH, les programmes de démonstration et les prix subventionnés des vaccins.¹

Certains pays font état d'une convergence de facteurs : par exemple, le ministère de la santé et/ou des organisations non gouvernementales (ONG) ont collecté des informations sur la charge de morbidité et ont proposé de renforcer les programmes de lutte contre le cancer du col de l'utérus, la First Lady a préconisé un renforcement des programmes de lutte contre le cancer du col à son retour d'une réunion, et un don ou un soutien financier de l'Alliance GAVI ont créé l'occasion pour introduire le vaccin.

Cependant, dans certains pays, **on constate un manque de coordination entre les programmes de lutte contre le cancer et le PEV, ou une absence de coordination avec le ministère des finances**. Les décisions ont été prises sans inclure toutes les parties prenantes, ce qui a par la suite entraîné des complications, notamment le manque de financements.

Les pays à revenu intermédiaire ou élevé qui ont introduit le vaccin anti-PVH au niveau national décrivent **un processus de prise de décisions long**, qui comprend notamment : le plaidoyer par les spécialistes et la société civile, l'analyse des données (par exemple la charge de morbidité, l'accès et le recours au dépistage, le rapport coût/efficacité), les étapes réglementaires (par exemple l'homologation, l'entrée du vaccin anti-PVH dans le calendrier national), la prise de décisions par les comités (par exemple la santé, l'éducation), puis une décision du cabinet ou du parlement qui, théoriquement – mais ce n'est pas toujours le cas – se traduit par un financement sécurisé à long terme.

Aperçu de la situation dans deux pays

L'appui de la First Lady a fait la différence

La First Lady de la **Zambie**, gynécologue-obstétricienne, a assisté à une réunion régionale des First Ladies au cours de laquelle le cancer du col de l'utérus a été abordé. Elle y a appris que le cancer du col était un problème majeur pour les femmes zambiennes et en est sortie convaincue qu'il pouvait être évité. À son retour, elle a préconisé l'introduction du vaccin anti-PVH. Une ONG active dans le dépistage du cancer du col utérin avait fait la promotion du vaccin anti-PVH dans le pays car la Zambie accuse la deuxième charge de morbidité liée au cancer du col la plus élevée en Afrique, qui représente 40 % des hospitalisations pour traitement anticancéreux. Le plaidoyer de la First Lady a fait basculer la décision en faveur de l'introduction du vaccin anti-PVH. La Zambie a fait une demande de don auprès d'un fabricant de vaccins et a mis en œuvre un programme pilote en 2013-2014. Elle envisage maintenant d'élargir le programme à l'échelle nationale.

¹ Des conseils de l'UNICEF/OMS pour adopter de bonnes pratiques en matière de dons de vaccins sont fournis dans la déclaration conjointe consultable à l'adresse : http://www.who.int/immunization/hpv/plan/who_unicef_joint_statement_on_vaccine_donations_who_unicef_2011.pdf.

Les processus nationaux

Les Fidji ont introduit le vaccin anti-PVH pour la première fois à l'occasion d'un don de vaccins de la part d'un fabricant en 2008/2009. S'agissant d'un don unique, le programme a pris fin une fois que toutes les doses de vaccin étaient utilisées. Les Fidji ont ensuite entamé un processus de prise de décisions rigoureux afin d'introduire le vaccin au niveau national. La Family Health Unit a d'abord émis la proposition, s'appuyant sur des données qui montraient que la charge du cancer du col était très élevée, s'établissant à 42,4 pour 100 000 femmes. Puis, le National Health Executive Committee a approuvé la proposition d'inclure le vaccin anti-PVH dans le calendrier vaccinal national. En mai 2011, le Cabinet a approuvé une demande pour mettre en œuvre un programme de vaccination contre le papillomavirus humain. La Family Health Unit a ensuite lancé une vaste consultation avec les parties prenantes pour préparer l'introduction, et a notamment collaboré étroitement avec le School Health Programme. Néanmoins, aucun budget n'était alloué à ce projet à l'époque. La Family Health Unit a alors fait un plaidoyer et réussi à sécuriser le financement de la part de donateurs, ce qui lui a permis de réintroduire le vaccin en 2013 dans le cadre du School Health Programme. Les Fidji continuent de rechercher des donateurs pour pérenniser leur programme.

La prise de décisions : répercussions sur les interventions

- ✓ **Obtenir l'appui de partisans de haut niveau**, comme la First Lady, peut avoir un impact majeur sur la décision d'introduire le vaccin anti-PVH.
- ✓ **Préparer les données probantes** : mener des investigations et faire rapport sur la charge du cancer du col, le rapport coût/efficacité, la faisabilité et l'acceptabilité sont autant d'informations importantes pour les décideurs.
- ✓ **Assurer une coordination avec les parties prenantes appropriées** dès le départ permettra de réunir tous les acteurs autour de la table lorsque le moment sera venu de prendre des décisions et de les mettre en œuvre. Les ministères de la santé, de l'éducation et des finances sont particulièrement importants.
- ✓ **Préparer un processus impliquant les comités chargés des politiques, les organismes de réglementation, les entités politiques et financières** afin de s'assurer que la décision est ancrée dans les politiques et le budget nationaux.
- ✓ **Envisager un financement pérenne**. Les dons et les aides extérieurs peuvent aider un pays à introduire le vaccin anti-PVH à court terme, mais les pays devront contribuer en partie au financement, et les partisans doivent avoir un plan pour sécuriser un financement à plus long terme.



PLANIFICATION EN TEMPS UTILE
ET COORDINATION AVEC LES
BONS PARTENAIRES



LA PROBLÉMATIQUE

À l'instar du processus de prise de décisions, la coordination et la planification pour la mise en œuvre fait intervenir de nombreux partenaires, y compris des partenaires qui n'ont peut-être jamais travaillé étroitement ensemble par le passé. Pour accroître les chances de réussite de la vaccination contre le PVH, les responsables du PEV – habituellement « propriétaires » des programmes de vaccination – devront peut-être adapter leur manière de travailler afin de construire un partenariat fructueux avec de nouvelles parties prenantes dans la lutte contre le cancer, la santé reproductive, la santé de la femme et de l'adolescent, le secteur de l'éducation et autres.



LES EXPÉRIENCES

COORDINATION

Les pays qui ont introduit le vaccin anti-PVH ont généralement travaillé avec un comité de suivi (comme le comité de coordination interinstitutions ou ICC), et un comité de planification au niveau national dirigé par le ministère de la santé/le PEV en étroite collaboration avec le ministère de l'éducation (pour les programmes en milieu scolaire).

La création d'un ensemble de sous-comités, notamment pour la communication, la formation, la gestion des vaccins et la logistique, et le suivi et l'évaluation s'est révélée bénéfique. Les pays ont noté que les réunions régulières de ces comités (par exemple chaque semaine) contribuaient au bon déroulement des plans de travail.

Concernant la stratégie de vaccination contre le PVH en milieu scolaire, les pays ont souligné l'importance de la coordination entre le ministère de la santé et le ministère de l'éducation aux niveaux national, régional/provincial, des districts et local. Plusieurs pays ont fait valoir l'importance des démarches visant à faire participer les associations parents-enseignants localement.

Les pays ont fait intervenir dans la planification d'autres partenaires du PEV non traditionnels, notamment en œuvrant dans les domaines de la lutte contre le cancer/les maladies non transmissibles, la santé des adolescents, la santé de la femme, la sexospécificité, et les associations professionnelles d'oncologues, de gynécologues, de pédiatres et de généralistes à tous les niveaux. Une étroite collaboration avec les partenaires techniques et financiers, notamment l'Alliance GAVI, la Clinton Health Access Initiative, le PATH, l'UNFPA, l'UNICEF et l'OMS était importante.

Les pays ont discuté de la différence entre solliciter des partenaires pour la planification d'une part, et pour la sensibilisation et la mobilisation communautaire d'autre part. Par exemple, un pays a inclut un conseil religieux national dans le comité de planification, tandis que les autres font généralement participer les organisations religieuses aux activités de sensibilisation et de mobilisation communautaire.

Les pays ont utilisé soit les structures et les processus du PEV pour administrer le vaccin anti-PVH, soit, s'il existait, le programme de santé à l'école (en particulier dans les pays à revenu intermédiaire). Les programmes robustes existants du PEV ou de la santé à l'école se sont traduits par une bonne couverture vaccinale contre le PVH.

“ En passant d'une administration séparée du vaccin, type campagne de vaccination en milieu scolaire, aux structures programmatiques du PEV, avec notamment les ressources humaines, la gestion des vaccins et la chaîne du froid, la formation, le transport et le suivi, nous avons réduit nos coûts opérationnels de US \$193 000 à US \$22 000 par tournée de vaccination. 📌 – Rwanda, couverture vaccinale contre le PVH >95 %.

“ Parce que nous bénéficions d'un programme de santé à l'école bien établi, les seuls coûts supplémentaires pour la vaccination anti-PVH sont ceux relatifs aux vaccins, une partie de la chaîne du froid et la communication. 📌 – Malaisie, couverture vaccinale contre le PVH >95 %.

DIFFICULTÉS LIÉES AUX DÉNOMINATEURS

Déterminer le dénominateur est un problème majeur pour les pays, en particulier pour ceux qui ne disposent pas de registres de naissance ou de cartes d'identité, ou qui comptent un grand nombre de filles non scolarisées. Il existe différentes sources de données, certaines plus fiables que d'autres. Les pays ont généralement utilisé les registres scolaires pour la vaccination en milieu scolaire, et confié à des agents de santé communautaires volontaires l'enregistrement des filles non scolarisées. Les autres sources d'informations sont les registres municipaux, le recensement national, les estimations de l'UNESCO, le recensement local et le dénombrement des effectifs. Chacune de ces sources peut receler des difficultés.

“ Nous nous sommes basés sur les registres scolaires des années précédentes, mais nous nous sommes heurtés au problème des filles qui avaient redoublé ou qui avaient changé d'école 📌, rapporte un pays d'Afrique de l'Ouest. Dans d'autres pays, des problèmes similaires sont survenus lorsque des filles changeaient de districts et d'école en cours d'année, ce qui modifiait le dénominateur et ne permettait pas toujours de savoir si les filles avaient reçu toutes les doses de vaccin.

“ Nous ne pouvions jamais savoir avec certitude si les agents de santé communautaires avaient recensé toutes les filles non scolarisées », indique un pays qui a mis en place une démonstration. « Ou bien il arrivait parfois que les noms soient dupliqués 📌, précise un autre pays.

“ Les chiffres de l'UNESCO étaient surestimés de 50 % dans une région, et sous-estimés de 50 % dans une autre 📌, rapporte un pays d'Afrique de l'Ouest qui, en conséquence, a réalisé un recensement local et constitué un registre pour le vaccin anti-PVH.

Des pays ont également évoqué des difficultés liées au critère utilisé pour déterminer le dénominateur : la classe fréquentée ou l'âge. Le critère de l'âge peut se révéler plus simple si les filles possèdent une carte d'identité ou un autre document prouvant leur âge, et il est plus facile à expliquer aux communautés. Néanmoins, certains pays indiquent que ce critère peut être perturbant dans les écoles si l'on doit regrouper des filles de différentes classes pour la vaccination (dans d'autres pays, cela n'a pas été un problème). Le critère de la classe fréquentée peut être plus simple à gérer à l'école. Cependant, il peut aussi poser problème lorsque des filles plus âgées (ou plus jeunes) que l'âge recommandé – 9 à 14 ans – fréquentent la même classe.

Lorsque les directeurs d'école et les enseignants de toutes les écoles s'impliquent et coordonnent leurs actions avec l'équipe chargée de la santé à l'école dans certaines régions où le taux de scolarisation est élevé, les dénominateurs peuvent être très précis.

“ Nous vérifions le recrutement avec les directeurs d'établissement de toutes les écoles publiques, privées et religieuses », précise un pays à revenu intermédiaire avec un programme de santé à l'école et une couverture de la vaccination anti-PVH supérieure à 95 %, « et l'équipe chargée de la santé à l'école vérifie les chiffres. 📌

Certains pays rapportent aussi que le moment choisi pour le dénombrement est important : le recrutement est plus précis quand le dénombrement est réalisé quelques semaines après le début des cours, une fois que les élèves ont eu le temps de bien s'adapter à leur école et à leur classe.

Calendrier

Le temps, ou le manque de temps, a posé des problèmes dans certains pays. Lorsque les plans de travail et le calendrier étaient respectés par tout le monde, et que les dispositions garantissaient le déblocage des fonds en temps utile, les résultats étaient meilleurs.

Microplanification

Les pays qui ont eu recours à une **microplanification basée sur les établissements** avec les parties prenantes locales, notamment les écoles et la communauté, ont obtenu de meilleurs résultats.

Formation

Les pays ont généralement employé une **approche en cascade** en matière de formation, du niveau national au niveau infranational, puis des districts et enfin local. La formation ciblait les administrateurs de la santé, les superviseurs, les agents de santé, les éducateurs pour la santé, les équipes de santé à l'école, les pharmaciens, les directeurs d'école, les enseignants et les agents de santé communautaires.

La formation était jugée réussie quand les pays disposaient de **guides standardisés et de suffisamment de supports d'information, d'éducation et de communication**, et que les rôles et les responsabilités de chacun étaient clairement établis.

La durée insuffisante de la formation est souvent citée. Plusieurs pays indiquent qu'ils auraient préféré prévoir des formations plus longues (par exemple deux jours au lieu d'un) pour les agents de santé. Certains pays, agents de santé et/ou enseignants s'accordent à dire que leur formation était trop courte.

Pendant au moins une partie du temps de formation alloué, certains pays ont **formé les agents de santé et les enseignants ensemble, et ont constaté que les enseignants pouvaient être d'une grande aide** aux agents de santé en matière de planification, de mobilisation et de mise en œuvre. D'autres ont formé les agents de santé et ont prévu une initiation à part pour les enseignants en fonction de leurs rôles et responsabilités.

Concernant le **contenu de la formation**, un pays a souligné que « les agents de santé doivent absolument comprendre le cancer du col et sa prévalence dans le pays, le lien avec le PVH, et le rôle du vaccin dans la prévention de l'infection à PVH ainsi que ses effets secondaires. **Plus ils possèdent de connaissances, plus ils peuvent promouvoir la vaccination** ».

Coordination et planification : répercussions sur les interventions

- ✓ Créer un **comité de planification nationale et des sous-comités**, qui devront se réunir régulièrement pour suivre la progression des plans et les adapter.
- ✓ Pour les programmes en milieu scolaire, le **ministère de la santé et le ministère de l'éducation doivent coordonner leur action dès le début et étroitement à tous les niveaux** – ministères, enseignants, associations parents-enseignants et agents de santé communautaires.
- ✓ **Utiliser les plateformes existantes** – PEV ou programmes de santé à l'école – pour l'administration du vaccin anti-PVH.

- ✓ **Recenser les partenaires non traditionnels, qui peuvent être les plus fervents partisans, et coordonner avec eux les interventions** ; ce sont, par exemple, ceux qui interviennent dans les domaines du cancer/des maladies non transmissibles, de la santé des adolescents, de la santé de la femme, les associations professionnelles (gynécologues, oncologues, généralistes, pédiatres), les associations parents-enseignants et, dans certains pays, les associations religieuses.
- ✓ Envisager un moyen pour que la **vaccination puisse être coordonnée avec les activités de prévention du cancer du col pendant et après l'introduction du vaccin.**
- ✓ **Allouer suffisamment de temps et de ressources à la vérification rigoureuse des dénominateurs**, en utilisant des sources fiables comme les données statistiques d'inscription à l'école du secteur de l'éducation et les informations issues des directeurs d'école, en prenant soin d'envisager une solution pour prendre en compte les filles qui redoublent une classe ou qui changent d'établissement scolaire. Dénombrer et enregistrer les filles non scolarisées prendra du temps et doit faire intervenir les établissements de santé, les agents de santé communautaires, les ONG et les chefs communautaires.
- ✓ **Recenser et contacter toutes les écoles** – y compris les écoles privées et religieuses – et **coordonner les activités pour éviter que la vaccination ne coïncide avec les périodes de vacances scolaires ou d'examen.**
- ✓ **Prévoir au moins six mois** pour la planification, la microplanification à l'échelle communautaire et la formation, qui comprend la préparation de supports de formation standardisés.
- ✓ **S'assurer que les processus nécessaires pour le déblocage des fonds en temps utile sont prévus dans la planification.**
- ✓ **Définir qui doit être formé et initié**, et veiller à allouer **suffisamment de temps** à la dispensation du cursus de formation. Quelques heures ne sont pas suffisantes. Il peut être utile de former les agents de santé et les enseignants ensemble au moins pendant une partie du temps de formation. S'assurer que toutes les personnes formées ont une bonne compréhension du cancer du col utérin, des liens avec le PVH, des effets protecteurs et des effets secondaires du vaccin, ainsi que de leur rôle dans la communication en situation de crise et dans la gestion des rumeurs.





STRATÉGIES D'ADMINISTRATION DU VACCIN



LA PROBLÉMATIQUE

Choisir une stratégie d'administration qui offre un bon rapport coût/efficacité est l'un des facteurs de réussite les plus importants pour une introduction pérenne du vaccin anti-PVH. La stratégie aura un impact sur les coûts, les ressources humaines, le suivi, l'acceptabilité, la couverture et, en fin de compte, la pérennité.



LES EXPÉRIENCES

ADMINISTRATION DU VACCIN EN MILIEU SCOLAIRE

Les programmes de démonstration ont presque tous adopté comme stratégie primaire l'administration en milieu scolaire pour vacciner les filles d'âge cible, et prévu pour les filles non scolarisées la possibilité d'être vaccinées grâce à des services de proximité ou dans les établissements de santé. Pour les filles qui étaient malades le jour de la vaccination ou qui ont manqué une dose d'une manière ou d'une autre, les équipes sont retournées dans les écoles pour un rattrapage (une stratégie coûteuse), ont invité les filles à se rendre dans un centre de santé, ou les ont vaccinées lors de la tournée de vaccination suivante programmée à l'école.

Avis des pays sur les avantages de l'administration du vaccin en milieu scolaire

- La couverture peut être très satisfaisante quand le PEV/programme de santé à l'école est robuste, le taux de scolarisation est élevé, et la coordination avec le ministère de l'éducation, les agents de santé, les enseignants et les parents est bien menée.
- Les directeurs d'école et les enseignants, souvent influents et respectés, peuvent être mis à contribution pour mobiliser les communautés, enregistrer les filles, coordonner le consentement, fournir un espace (bibliothèque ou salle de classe) pour les séances de vaccination, renforcer l'éducation à la santé ou apporter une aide dans ce domaine. Ils peuvent également assurer le suivi des filles qui étaient absentes le jour de la vaccination.
- La vaccination contre le PVH est une occasion pour prévoir d'autres interventions auprès des adolescents, comme l'administration d'autres vaccins ou d'antiparasitaires, et l'éducation à l'hygiène menstruelle et aux savoir-faire pratiques.
 - Certains pays demandent aux enseignants de donner des comprimés antiparasitaires pendant ou peu après les séances de vaccination contre le PVH.

Avis des pays sur les difficultés liées à l'administration du vaccin en milieu scolaire

- Ce type de démarche peut être coûteux, en particulier s'il est mis en œuvre à la façon d'une campagne de vaccination ou s'il est envisagé comme un service de proximité spécial qui implique des coûts d'indemnités journalières et de transport pour les agents de santé qui se rendent dans les écoles.
- C'est une démarche qui doit être menée dans toutes les écoles – y compris les écoles privées, religieuses et spéciales – qui peuvent se trouver hors de la juridiction du ministère de l'éducation ou du programme de santé à l'école.
- Un manque de coordination, de mobilisation, de participation et de sensibilisation, en particulier dans les écoles privées et religieuses, peut conduire à une résistance de la part de la direction de l'école qui peut refuser de délivrer l'autorisation de vacciner ou de la part des parents qui peuvent refuser de donner leur consentement.

- Le calendrier d'administration du vaccin anti-PVH doit tenir compte des vacances scolaires et des périodes d'examen.
- La planification et la mise en œuvre peuvent être coûteuses pour les agents de santé en termes de temps pris sur leur travail, et peuvent gêner la continuité de la prestation de services.
- Les écoles peuvent désapprouver le temps de classe perdu à cause de la vaccination anti-PVH.
- Il peut s'avérer difficile de vacciner complètement les filles en cas d'absence, de changement d'école ou de décrochage scolaire. Les données relatives aux meilleurs moyens d'atteindre ces filles sont assez limitées à ce jour. De nombreux pays indiquent que les agents de santé communautaires peuvent être d'une grande aide pour mobiliser les filles non scolarisées.

Une discussion plus approfondie sur les stratégies d'administration est présentée dans le Guide d'introduction du vaccin anti-PVH.

ADMINISTRATION DU VACCIN EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

Les chiffres relatifs à la couverture aux États-Unis d'Amérique peuvent être consultés à l'adresse <http://www.cdc.gov/vaccines/who/teens/vaccination-coverage.html> ; ceux de la couverture en Lettonie ont été fournis par le pays lors de la réunion sur les enseignements tirés de 2015.¹ D'autres pays sont parvenus à une couverture supérieure à 80 % (Danemark ; Portugal².)

Le Bhoutan est passé d'un programme d'administration en milieu scolaire à une vaccination systématique en établissement de santé, puis il est revenu à la vaccination à l'école. En 2010, le Bhoutan a mené une campagne de rattrapage pour les filles âgées de 12 à 18 ans dans les écoles et est parvenue à une couverture administrative du PVH3 de 91 %. Cependant, le pays a jugé la vaccination en milieu scolaire coûteuse ; il est donc passé à une vaccination en établissement de santé pour les filles âgées de 12 ans de 2011 à 2013. La couverture du PVH3 est tombée à 70 % au cours de cette période. Le pays est donc revenu à la vaccination en milieu scolaire pour les filles en classe de 6e, et la couverture du PVH3 en 2014 est remontée à 94 %. Le Ministère de la santé, avec le soutien de l'OMS, réalise actuellement une analyse économique au Bhoutan pour comprendre le rapport coût/efficacité des stratégies de vaccination en milieu scolaire et de vaccination systématique en établissement de santé. Le Bhoutan continue de chercher l'équilibre optimal entre ces stratégies de vaccination dans l'ensemble du pays afin de maintenir le programme sur le long terme. Les administrateurs des programmes examinent les possibilités de gagner en efficacité, par exemple en envisageant la coadministration du vaccin antitétanique et du vaccin anti-PVH.

La revue du PATH/LSTHM a montré que l'administration de toutes les doses en une année scolaire réduisait au minimum les abandons et facilitait le suivi des filles jusqu'à ce qu'elles aient pris toutes les doses.

La Tanzanie teste actuellement une stratégie de vaccination systématique pour sa deuxième année de programme de démonstration soutenu par l'Alliance GAVI. En 2014 (première année), la Tanzanie avait adopté une démarche de vaccination anti-PVH en milieu scolaire, en deux tournées de vaccination espacées de six mois, pour les filles âgées de neuf ans, dans le cadre d'une campagne d'une semaine menée dans les écoles. Une enquête sur la couverture vaccinale a révélé que celle-ci s'élevait à 94 %. Néanmoins, cette démarche s'est révélée plus coûteuse que prévu ; la deuxième année, la Tanzanie est donc passée à une vaccination systématique selon un

¹ Les chiffres relatifs à la couverture aux États-Unis d'Amérique peuvent être consultés à l'adresse <http://www.cdc.gov/vaccines/who/teens/vaccination-coverage.html> ; ceux de la couverture en Lettonie ont été fournis par le pays lors de la réunion sur les enseignements tirés de 2015.

² Brotherton JM., Bloem P.; *HPV Vaccination: Current Global Status*. Curr Obstet Gynecol Rep (2015) 4:220–233.

schéma mixte comprenant l'administration en établissement de santé et un service de proximité assuré notamment dans les écoles et les communautés. Le pays indique que les établissements de santé se situent généralement assez près des écoles, et que les agents de santé coordonneront étroitement leurs interventions avec les écoles pour mobiliser les filles à vacciner. Une fois que l'on connaîtra les résultats pour cette deuxième année, l'expérience de la Tanzanie constituera une excellente occasion d'apprendre sur les différentes stratégies de vaccination anti-PVH.

Stratégies d'administration du vaccin : répercussions sur les interventions

- ✓ Afin de comprendre le compromis entre l'objectif d'une couverture vaccinale élevée et l'impact correspondant sur la couverture elle-même, les coûts, les ressources humaines, la logistique et d'autres facteurs, **les pays qui mettent en place des projets de démonstration peuvent envisager de tester et d'évaluer plusieurs types de stratégies d'administration du vaccin.** Cela peut aussi se faire dans deux districts différents la même année.
- ✓ Les pays devraient **analyser plusieurs options pour l'administration du vaccin** afin de déterminer comment ils peuvent parvenir à la plus haute couverture possible à un coût abordable. Il faudra peut-être varier les stratégies en fonction des régions dans le pays (par exemple dans les districts où les filles scolarisées sont nombreuses), et les faire évoluer dans le temps à mesure que le programme gagne en maturité.
- ✓ Les pays **peuvent être en mesure de parvenir à une couverture élevée en employant une stratégie de vaccination en milieu scolaire, mais ne pas être capables d'en supporter les coûts.**
- ✓ L'administration du vaccin en milieu scolaire peut s'avérer **plus efficace et plus abordable** si d'autres interventions – comme la vaccination antitétanique ou l'administration d'antiparasitaires – sont **intégrées à la vaccination contre le PVH**, ce qui permet de partager les coûts d'administration entre différents programmes.
- ✓ Les pays devraient de tenir compte des coûts associés à des approches de type campagne de vaccination et évaluer la possibilité d'utiliser des approches de vaccination systématique en établissement de santé et par l'intermédiaire de services réguliers de proximité.
- ✓ **La vaccination systématique en établissement de santé peut nécessiter davantage de ressources pour la communication et la mobilisation sociale** pour que les filles et les personnes qui en ont la charge sachent quand et où le vaccin est disponible, en particulier dans les pays dans lesquels les établissements de santé ne proposent pas de service pendant les week-ends ou en dehors des heures de classe.
- ✓ **L'OMS et ses partenaires continueront de mettre à jour les données** issues des analyses de coûts et des études de couverture, et de conseiller les pays afin de les aider à prendre des décisions en matière de stratégie pérenne d'administration du vaccin. **L'analyse des coûts et de la couverture vaccinale, y compris plusieurs années après l'introduction, est essentielle** pour que les pays puissent choisir des stratégies durables d'administration du vaccin et pour éventuellement revoir et ajuster leurs stratégies.



ACCÉDER AUX
FILLES DIFFICILES
À ATTEINDRE



LA PROBLÉMATIQUE

Accéder aux personnes difficiles à atteindre est une question d'équité et un principe directeur du Plan d'action mondial pour les vaccins. Ces filles sont souvent exposées à un risque plus élevé d'infection par le PVH et de cancer du col utérin, en particulier quand elles sont séropositives au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ; pour autant, il peut s'avérer difficile d'enregistrer ces cas et de les suivre. Les filles difficiles à atteindre peuvent être des filles qui ne sont pas inscrites à l'école ou qui la fréquentent rarement, des filles vivant dans des zones touchées par des conflits, des filles vivant dans des lieux difficiles ou dans des zones urbaines densément peuplées, des filles appartenant à une communauté minoritaire, des filles qui travaillent dans le secteur informel, des filles atteintes de handicaps, des filles séropositives au VIH, des filles qui se déplacent fréquemment (par exemple les communautés nomades), ou des filles à la charge de personnes réticentes au vaccin. Le nombre de filles difficiles à atteindre peut être très important : par exemple, dans les pays éligibles au soutien de GAVI, environ une fille sur quatre ayant l'âge de fréquenter l'école primaire n'est pas scolarisée. Dans les pays situés dans le quintile le plus pauvre, quatre filles sur dix ne vont pas à l'école.¹



LES EXPÉRIENCES

De nombreux pays ont récemment introduit le vaccin anti-PVH et ne se sont pas encore penchés sur la question des filles difficiles à atteindre. L'expérience rapportée à ce jour a révélé des résultats mitigés.

Les pays signalent qu'il peut être coûteux de localiser, d'enregistrer et de suivre les filles difficiles à atteindre pour la vaccination.

Certains pays indiquent que la proportion des filles difficiles à atteindre est très faible (par exemple <3 %), et qu'ils n'ont donc pas envisagé de démarches particulière pour les atteindre. Un pays à revenu intermédiaire a indiqué que son programme couvrait uniquement les filles inscrites dans

¹ Ces chiffres sont issus d'une analyse de la base de données de l'Institut de statistique de l'UNESCO : <http://data.uis.unesco.org/>.





des écoles publiques et spéciales, mais reconnaît qu'il devrait commencer à envisager des moyens pour atteindre les filles non scolarisées.

Un pays à revenu intermédiaire a fait savoir qu'il disposait un très bon système de soins infirmiers communautaires en mesure de dénombrer, d'enregistrer et d'aider les filles non scolarisées à être complètement vaccinées.

Deux pays latino-américains ont créé des registres nominatifs pour la vaccination contre le PVH qui aident à identifier et à suivre les filles difficiles à atteindre.

Les **pays** ont utilisé différentes stratégies concernant les filles difficiles à atteindre :

- la plus couramment employée est une **démarche des agents de santé communautaires consistant à se mettre en relation avec les chefs locaux pour dénombrer et mobiliser les filles non scolarisées** où qu'elles soient – à la maison, à la ferme, sur le marché ou dans des lieux de transit ;
- les pays choisissent généralement un âge précis pour les filles non scolarisées, neuf ou 10 ans par exemple ;
- il peut être difficile d'évaluer l'âge des filles et d'être certain que chaque fille a bien été localisée et enregistrée ;
- une autre difficulté concerne les pays dans lesquels il est illégal pour les filles de cet âge de ne pas être scolarisé ; dans ce cas, les personnes qui s'occupent de l'enfant peuvent se montrer réticentes à l'identification de leur fille et ne pas se présenter à la vaccination ;
- **très peu de pays ventilent et notifient les données de couverture vaccinale des filles non scolarisées**, et ceux qui le font rencontrent des difficultés avec les dénominateurs ;
- généralement, les pays traduisent la documentation dans les langues locales pour les communautés minoritaires ;
- **lorsque les personnes qui s'occupent de l'enfant sont réticentes à la vaccination**, les pays sollicitent des personnes influentes de confiance comme les chefs religieux ou traditionnels, ou bien les directeurs d'écoles s'entretiennent avec les personnes qui ont la charge de la fille.

Idées pour améliorer la couverture des filles difficiles à atteindre :

- **s'investir dans le renforcement des liens entre les communautés et les établissements de santé :**
 - en améliorant la mobilisation communautaire pour augmenter la demande ;
 - en sollicitant des figures féminines influentes de la communauté ;
 - en sollicitant des défenseurs de la cause dans les établissements de santé ;

Les filles séropositives au VIH peuvent aussi être difficiles à atteindre.

Il est important de protéger ces filles avec trois doses de vaccin plutôt que deux, car les données factuelles montrent qu'elles sont plus à risque de progression du cancer du col vers des stades avancés et de lésions invasives. En 2012, on dénombrait environ 2,1 millions d'adolescents vivant avec le VIH et environ un septième des nouvelles infections par le VIH survenait pendant l'adolescence. Nombre d'entre eux ne connaissent pas leur état sérologique vis-à-vis du VIH. L'incidence de la néoplasie cervicale intraépithéliale (CIN) confirmée par colposcopie est quatre à cinq fois plus élevée chez les femmes et les adolescentes séropositives au VIH que chez les femmes et les adolescentes séronégatives au VIH qui ont des comportements sexuels à haut risque. Développer un cancer du col utérin peut prendre seulement cinq à 10 ans chez les femmes dont le système immunitaire est affaibli, par exemple en cas d'infection à VIH non traitée. Il faudra encore des efforts pour atteindre ces filles – qui sont parfois déjà confrontées à la stigmatisation, à la discrimination ou qui ont un accès limité au dépistage et au traitement – tout en préservant la confidentialité.

- en renforçant les liens avec la communauté locale et les organisations confessionnelles.
- **utiliser des outils pratiques et les enseignements tirés du PEV ou d'autres programmes de santé publique**, par exemple :
 - ajouter le vaccin anti-PVH aux services de vaccination systématique de proximité ;
 - demander aux agents de santé communautaires d'effectuer un recensement chaque année dans leur zone ;
 - mettre à profit les enseignements et les données du programme d'éradication de la poliomyélite ;
 - cartographier les lieux où les filles se rassemblent ;
 - proposer aux filles difficiles à atteindre des services intégrés et y inclure des interventions sanitaires supplémentaires comme des vaccins, des moustiquaires, des comprimés antiparasitaires, des produits d'hygiène menstruelle ou des indications pour se procurer des bons pour l'école ;
 - offrir aux filles de petits cadeaux incitatifs comme des en-cas ou de simples bracelets.
- **utiliser les lois et les politiques** comme la loi sur la protection sociale ;
- **veiller à ce que les filles et les parents ne soient pas punis** pour avoir identifié des filles non scolarisées dans les pays où l'école est obligatoire ;
- chercher à comprendre les filles difficiles à atteindre et à trouver le moyen de les approcher à **travers des études anthropologiques et autres études sociocomportementales** ;
- comprendre les coûts et les bénéfices des interventions visant à accéder aux populations difficiles à atteindre à travers des **études coûts-efficacité** et de la modélisation.

À plus long terme, les pays s'accordent à dire que pour réduire le nombre de filles difficiles à atteindre, il est nécessaire **d'accroître le taux de scolarisation, d'enregistrer les naissances et de disposer de davantage de financements.**

Les filles difficiles à atteindre : répercussions sur les interventions

- ✓ **Élaborer un plan d'équité visant à consacrer davantage de temps et de ressources** au dénombrement, à l'enregistrement et à la couverture vaccinale des filles difficiles à atteindre.
- ✓ **Suivre l'enregistrement et la couverture vaccinale des filles difficiles à atteindre.**
- ✓ **S'investir dans le renforcement des liens entre les établissements de santé et les communautés**, notamment à travers la microplanification de la vaccination contre le PVH en collaboration avec les chefs communautaires.
- ✓ **Envisager d'ajouter la vaccination anti-PVH aux services de vaccination systématique de proximité.**
- ✓ **Former les agents de santé à accueillir les filles difficiles à atteindre et à ne pas les dénoncer ni les punir** quelle que soit leur situation au regard de l'école ou autre.
- ✓ **Mettre en place des stratégies de communication pour accéder aux filles difficiles à atteindre et les mobiliser**, notamment en faisant intervenir des personnes influentes de confiance et les médias, et en élaborant des supports accessibles d'information, d'éducation et de communication adaptés au niveau d'alphabétisation et à la langue locale.
- ✓ **Envisager**
 - une offre de services intégrés pour les communautés difficiles à atteindre ;
 - de petits cadeaux incitatifs pour les filles qui se présentent à l'établissement de santé ;
 - un moyen pour que la vaccination contre le PVH puisse être l'occasion d'établir un lien entre les filles difficiles à atteindre et le système éducatif.
- ✓ **Conduire des études qui aideront à mieux comprendre les comportements, les risques, les motivations et les déplacements des filles difficiles à atteindre et des personnes qui en ont la charge.**



DÉMONSTRATIONS
ET INTRODUCTIONS
ÉCHELONNÉES



LA PROBLÉMATIQUE

Les programmes de démonstration et les introductions échelonnées constituent pour les pays une occasion d'apprendre sur le tas, et de comprendre comment parvenir à une couverture élevée durablement. À ce jour, 30 pays ont commencé ou s'apprêtent à commencer des projets de démonstration soutenus par l'Alliance GAVI. Ils ont testé différentes manières de mettre en œuvre des programmes de démonstration efficaces et ont une multitude de conseils à partager, même si certains prennent davantage de temps pour trouver la meilleure stratégie d'administration du vaccin. De nombreux autres pays ont mis en œuvre des programmes pilote à différentes échelles. Certains pays échelonnent les introductions nationales sur quelques années, suivant un processus par étapes, afin d'élaborer des stratégies d'administration du vaccin financièrement accessibles dans différents contextes.



LES EXPÉRIENCES

De manière générale, les pays s'accordent à dire que les projets de démonstration et les petits projets pilote ont été précieux pour acquérir de l'expérience dans les domaines suivants :

- utiliser un nouveau vaccin pour un nouveau groupe cible constitué uniquement de filles ;
- dénombrer, enregistrer, obtenir le consentement et vacciner une nouvelle population cible ;
- expérimenter et évaluer différentes stratégies d'administration du vaccin ;
- rassembler des données pour éclairer les décisions budgétaires ;
- gérer la communication sur un vaccin connu pour être associé à des rumeurs et des incompréhensions ;





- collaborer avec de nouvelles parties prenantes, notamment le ministère de l'éducation, et les programmes de lutte contre le cancer, de santé à l'école et de santé des adolescents ;
- renforcer les capacités des agents de santé et développer leur confiance ;
- renforcer les liens avec la communauté, notamment avec les chefs religieux et les enseignants ;
- développer la communication, la formation et les outils de suivi nécessaires.

La revue du PATH/LSHTM a montré que « les programmes de démonstration bien conçus évaluent différentes stratégies d'administration du vaccin, explorent les moyens de parvenir à une couverture élevée dans des populations et des zones associées à des difficultés spécifiques, et sont axés sur une intégration avec les systèmes nationaux ».

Certains pays ont également eu l'impression que les programmes de démonstration avaient contribué à déclencher l'élan et la demande pour une introduction nationale.

Les pays ont également décrit les difficultés rencontrées avec les programmes de démonstration et les programmes pilote :

- les démonstrations de GAVI ont demandé beaucoup de travail – planification, mise en œuvre et évaluations – pour une population très restreinte ;
- les districts qui ont bénéficié de démonstrations étaient souvent choisis par rapport à leur potentiel pour parvenir à une bonne couverture (par exemple une zone facile d'accès avec un taux de scolarisation très élevé) ; les enseignements tirés de ces districts ne s'appliquent donc pas nécessairement à un déploiement national ;
- les programmes n'ont pas servi à tester différentes stratégies d'administration du vaccin et n'ont pas été déployés dans des districts difficiles.
 - La revue du PATH/LSHTM des enseignements tirés a mis en évidence que seuls cinq des 36 pays examinés avaient délibérément choisi des zones comprenant des groupes problématiques ou difficiles à atteindre, ou avaient testé et comparé différentes stratégies d'administration du vaccin ;
- la plupart des pays ont choisi des stratégies type campagnes de vaccination pour parvenir à une couverture élevée, ce qui demande d'importantes ressources et n'est pas toujours envisageable pour un programme national pérenne ;
- les pays soumettent parfois une demande de programme de démonstration ou réitèrent un programme en réponse à des pressions politiques pour introduire le vaccin anti-PVH, alors qu'il n'existe pas d'engagement politique fort pour élargir la vaccination contre le PVH à l'échelle nationale ; en outre, prolonger la vaccination contre le PVH dans le cadre de programmes de démonstration ou de programmes pilote peut couper l'élan pour une introduction nationale ;
- le calendrier suggéré par GAVI, qui prévoit des évaluations la première et la deuxième année, avant l'introduction nationale, n'était pas réaliste (noter que GAVI envisage une troisième année pour éviter une interruption entre la démonstration et l'introduction nationale) ;
- certains pays ont rapporté que le terme « démonstration » déclenchait dans la population la peur des « essais de vaccin » ;
- expliquer pourquoi un certain nombre de districts seulement bénéficiaient d'une « démonstration » n'était pas toujours aisé ;
- des pressions politiques ont parfois été exercées pour élargir une démonstration à certains districts ou à d'autres districts.

Certains des pays qui ont mis en œuvre des programmes de démonstration ont discuté de ce qu'ils feraient différemment avec le recul :

- réaliser une étude des coûts avant de faire une demande de démonstration ;
- travailler avec les partenaires largement à l'avance pour mieux évaluer les difficultés majeures (comme le budget, l'administration du vaccin) ;
- encourager les partenaires à organiser davantage de réunions d'initiation avec les pays potentiellement intéressés par une démonstration afin de partager les enseignements tirés ;
- tester et évaluer différentes stratégies d'administration du vaccin la première année ;
- choisir des districts plus difficiles, notamment ceux qui abritent des communautés plus difficiles à atteindre ;
- envisager une introduction nationale échelonnée au lieu d'une démonstration. Il s'agit là d'une des recommandations formulées par les chercheurs du projet PATH/LSHTM sur les enseignements tirés.

Quelques pays ont indiqué qu'ils auraient préféré une introduction nationale plutôt que des programmes de démonstration.

Démonstrations et introductions échelonnées : répercussions sur les interventions

- ✓ Les pays qui envisagent des programmes de démonstration pourraient collaborer étroitement avec leurs partenaires, à l'avance, pour évaluer les stratégies potentielles d'administration du vaccin, l'intégration avec le PEV, les coûts et autres implications de la démonstration et du déploiement national.
- ✓ Les pays peuvent envisager de **tester deux stratégies primaires différentes pour l'administration du vaccin**, même la première année.
- ✓ Les pays devraient **choisir des districts pour la démonstration plus représentatifs** des conditions nationales et tester des possibilités d'administration du vaccin aux populations difficiles à atteindre.
- ✓ Les pays devraient **évaluer si le terme « démonstration » est susceptible de déclencher des rumeurs ou des incompréhensions** vis-à-vis du programme, et choisir d'autres termes pour le décrire.
- ✓ Les pays peuvent **envisager un déploiement national échelonné** plutôt qu'un projet de démonstration, car c'est l'occasion de sécuriser les budgets et d'encourager l'élan politique tout en tirant des enseignements qui pourraient être appliqués à l'échelle nationale.
- ✓ **Les donateurs pourraient évaluer et actualiser les exigences** des programmes de démonstration sur la base des enseignements tirés à ce jour.
- ✓ **Les partenaires techniques devraient prévoir davantage de réunions d'initiation en temps utile** pour partager les enseignements tirés avec les pays qui envisagent de mettre en œuvre des programmes de démonstration ou un déploiement national.



COMMUNICATION



LA PROBLÉMATIQUE

L'expérience acquise à l'échelle mondiale dans le domaine du vaccin anti-PVH montre l'importance de s'investir dans la communication. Il s'agit d'un vaccin unique, qui cible les jeunes adolescentes, pour prévenir une infection transmise par voie sexuelle, et ses bénéfices ne seront pas visibles pendant des décennies. Les rumeurs et les incompréhensions autour de l'introduction du vaccin anti-PVH sont fréquentes. Une mauvaise planification de la communication, de nouveaux processus de consentement et des réponses tardives aux rumeurs dans certains pays se sont traduits par une mauvaise acceptation et une mauvaise couverture vaccinale. Néanmoins, il est rassurant de constater que s'investir dans la communication avec les parties prenantes appropriées, mobiliser et faire participer la communauté dès le début et démentir rapidement les rumeurs permet de parvenir à une couverture vaccinale élevée.



LES EXPÉRIENCES

Les pays ont conseillé de s'y prendre tôt et de tirer parti des plateformes existantes et des enseignements en matière de communication tirés des programmes pour l'éradication de la poliomyélite, la vaccination antitétanique, la vaccination antirougeoleuse et la vaccination systématique.

Un pays à revenu intermédiaire a négocié pour inclure dans le processus d'achat des vaccins un soutien pour les programmes de communication.

Plusieurs pays et partenaires ont suggéré de rassembler des données avant, pendant et après afin de mesurer l'impact de la communication. Il s'agit notamment des données issues d'études CAP (connaissances, attitudes et pratiques), d'enquêtes succinctes, d'activités de suivi pendant la mise en œuvre (y compris les rumeurs) et d'évaluation de l'impact.

« Notre étude CAP nous a indiqué qu'il existait un risque de confusion entre PVH et VIH », a indiqué un pays. « Nous avons donc tenu compte de cela dans notre plan de communication. ». Un pays d'Afrique de l'Est a précisé : « Nous avons réalisé une étude CAP et découvert que différentes communautés linguistiques utilisaient des termes différents pour désigner le cancer du col, donc nous avons adapté les messages afin qu'ils soient compris par tous. »

Plusieurs pays ont indiqué avoir rencontré des problèmes lorsqu'ils ne travaillent pas avec les parties prenantes appropriées suffisamment tôt.

« Nous avons incité le chef de district à faire venir sa communauté pour qu'elle soit vaccinée, ce qu'il a fait. Nous avons obtenu une couverture très élevée dans cette communauté », a rapporté un pays d'Afrique centrale. « Mais nous avons omis de solliciter un chef issu d'une tradition religieuse différente dans ce même district, et ses fidèles ne se sont pas présentés pour la vaccination. »

« Peu avant l'introduction, une organisation pour les droits de l'homme a menacé de poursuivre en justice le gouvernement car elle présumait qu'il s'agissait d'un essai. Nous avons dû faire en sorte de rencontrer rapidement cette organisation, de l'écouter et d'apaiser ses peurs », a indiqué un pays d'Afrique de l'Est.

« Nous nous sommes aperçus que travailler avec les organisations parents-enseignants était absolument essentiel », a déclaré un pays d'Afrique australe, comme s'accordent à le dire de nombreux autres pays.

« Pour faire en sorte que le vaccin anti-PVH soit culturellement acceptable, nos chefs religieux ont lancé une fatwa pour que les filles soient vaccinées », rapporte un pays dont la population est majoritairement musulmane et qui est parvenu à une acceptation quasi universelle et une couverture élevée pérenne.

Les pays conseillent de se préparer à l'avance et de répondre rapidement aux rumeurs et aux questions courantes sur le vaccin anti-PVH :

« Est-ce que cela va rendre ma fille stérile ? »
 « Pourquoi doit-elle être vaccinée maintenant alors qu'elle n'est pas encore sexuellement active ? »
 « Est-ce que cela va la rendre sexuellement active ? » « Quels sont les effets secondaires ? » « J'ai entendu que cela rendait les filles paralysées. »
 « Pourquoi moi/ma fille/ma mère ne peut-on pas être vaccinées également ? » « Pourquoi les filles et pas les garçons ? »

For more on HPV vaccine communication, see WHO's *HPV Vaccine Communication: Special Considerations for a Unique Vaccine* (2016) at <http://www.who.int/immunization/hpv/communicate/en/>

Le consentement a posé problème dans un certain nombre de pays, surtout quand ceux-ci avaient introduit un processus inhabituel. L'obtention du consentement dans les écoles privées et les internats, d'une part, et dans les écoles publiques, d'autre part, devait souvent être géré différemment.

« Nous n'avons pas de consentement formel pour les autres vaccins. Mais nous en avons introduit un pour le PVH. Quand les personnes qui s'occupent des filles ont vu ça, elles ont commencé à douter de l'innocuité du vaccin anti-PVH. Un nombre considérable de zones urbaines ont refusé que les filles se fassent vacciner. Nous avons dû prendre une décision rapide pour supprimer les formulaires de consentement. »¹

« Les directeurs d'écoles privées ne permettront pas aux filles d'être vaccinées sans consentement. Alors, il faut agir de manière coordonnée avec ces écoles pour veiller à ce que des processus de consentement acceptables soient en place » advised one country.

Les différents publics, notamment les médias, les filles difficiles à atteindre et les décideurs, auront besoin de différents lots d'informations, des plus simples aux plus complexes. Ils répondront aussi à des personnes influentes différentes. La revue du PATH/LSTHM a révélé que les principaux messages à faire passer sont la prévention du cancer du col de l'utérus, l'innocuité et l'efficacité du vaccin, l'approbation du gouvernement, et le lieu et le moment de la vaccination.

« Nous avons utilisé des messages simples pour les filles et les personnes qui en ont la charge », a expliqué un pays qui a bénéficié d'une démonstration. « Mais nous avons besoin de réponses et de messages plus scientifiques pour les personnes qui se penchent davantage sur le sujet ou qui ont des questions par rapport à ce qu'elles lisent sur Internet », a précisé un autre pays.

« Il faut veiller à ce que les médias disposent de toutes les informations et qu'ils soient informés dès le début », conseille un autre pays. « S'ils présentent mal les faits, cela peut créer beaucoup de problèmes. S'ils font des erreurs, il faut immédiatement prendre contact avec eux et demander des corrections »

« La First Lady peut être un merveilleux soutien pour mobiliser les parties prenantes de haut niveau et le pays », suggère un pays d'Afrique de l'Est. « Mais les filles sont également sensibles aux célébrités », fait remarquer un autre pays.

¹ Pour en savoir plus, consulter le document de l'OMS intitulé « Considerations regarding consent in vaccinating children and adolescent between 6 and 17 years old » à l'adresse http://www.who.int/immunization/programmes_systems/policies_strategies/consent_note_en.pdf.

Les pays estiment que la cohérence de la langue est très importante.

« Nous avons tellement de langues minoritaires avec différentes nuances dans chacune d'elles », explique un pays insulaire du Pacifique. « Mais tout le monde comprend l'anglais, donc nous avons élaboré tous les supports en anglais de manière à ce que les messages soient standardisés et compris par tous de la même manière. »

« Nous devons traduire tous nos supports dans les langues principales », indique un pays d'Afrique de l'Ouest. « Notre peuple pense : si ce n'est pas dans ma langue, ce n'est pas pour moi. » Un autre pays a rappelé qu'« il est important de tester les traductions et de vérifier qu'elles sont exactes et comprises. »

Les médias sociaux jouent un rôle important vis-à-vis du public cible : dans la communication des messages, et dans la propagation et la gestion des rumeurs.

« Les filles adorent les médias sociaux, donc nous utilisons Twitter, Facebook et d'autres médias sociaux », rapporte un pays d'Asie du Sud-Est. « Cette plateforme nous permet d'interpeller les filles directement, d'une manière qu'elles connaissent bien. »

« Une fois que le message apparaît dans les médias sociaux, il est partout », souligne un pays d'Afrique australe.

Les pays expérimentés conseillent de planifier la communication sur le long terme.

« Même si vous prévoyez un grand lancement au début, une nouvelle cohorte de filles et de parents qui doivent comprendre le vaccin anti-PVH arrivera chaque année », témoigne un pays qui a introduit le vaccin il y a plusieurs années. « Donc il faut s'investir dans une communication permanente. »

Communication : répercussions sur les interventions

- ✓ Recenser dès le départ les parties prenantes appropriées et commencer à travailler avec elles. Ce peut être des ministères ou des groupes qui ne sont pas habituellement impliqués dans la vaccination, notamment le ministère de l'éducation, des programmes pour la santé des adolescents, des gynécologues, des spécialistes des maladies non transmissibles, des groupes religieux, des organisations parents-enseignants, des écoles privées et différentes organisations communautaires.
- ✓ Si le vaccin est fourni par un fabricant, envisager de demander un soutien pour la communication dans le contrat d'achat.
- ✓ Prévoir des stratégies pour **répondre proactivement et rapidement aux questions et rumeurs courantes** portant sur la confusion entre démonstrations et « essais », l'innocuité du vaccin, la population cible, l'activité sexuelle, la fertilité et les effets secondaires.
- ✓ Envisager de rassembler **des informations supplémentaires à travers des enquêtes succinctes ou même une étude CAP** afin de déterminer le niveau de compréhension et le langage utilisé par les différentes parties prenantes dans le domaine du cancer du col, du PVH, du vaccin anti-PVH et de la vaccination. En plus d'aider les pays à élaborer des stratégies de communication fondées sur des données factuelles, ces informations constitueront une base à partir de laquelle ils pourront mesurer les progrès accomplis.
- ✓ **Adapter les stratégies, les messages et les supports** aux différents publics, notamment les filles, les personnes qui en ont la charge, les enseignants, les agents de santé, les médias et les organisations professionnelles ou autres spécialistes qui ont besoin d'informations plus complexes.

- ✓ **Les messages** sont plus efficaces lorsqu'ils présentent le vaccin comme un vaccin contre le cancer, mettent en avant son innocuité et son efficacité, et donnent des précisions sur qui, où et quand recevoir le vaccin.
- ✓ Les supports doivent clairement montrer que le gouvernement approuve le vaccin, par exemple en ayant recours à un logo.
- ✓ Décider d'utiliser **une ou plusieurs langues** et, si les supports sont traduits, veiller à ce qu'ils soient cohérents et adaptés au groupe linguistique visé.
- ✓ **Veiller à ce que les médias soient initiés dès le départ en utilisant des supports clairs.** Demander immédiatement des corrections si un média commet une erreur ou publie des allégations infondées.
- ✓ **Être bien attentif aux choix du processus de consentement pour éviter de suggérer que la vaccination anti-PVH fait partie d'un projet de recherche, tout en mettant en balance le droit des filles et des personnes qui en ont la charge de fournir un consentement éclairé.** Certaines écoles, en particulier les écoles privées, peuvent nécessiter un processus de consentement spécifique.
- ✓ **Prévoir un système pour surveiller les rumeurs et les problèmes, et y répondre très rapidement.**
- ✓ **Utiliser le suivi et l'évaluation** pour mesurer l'impact de la communication sur les programmes de vaccination anti-PVH, et ajuster le plan de communication si nécessaire.
- ✓ **S'investir** dans une stratégie de communication à **long terme** qui fournit chaque année aux parties prenantes des informations actualisées, notamment en ce qui concerne les effets du vaccin anti-PVH sur l'infection et la maladie.





LA GESTION DES CRISES



LA PROBLÉMATIQUE

Les crises peuvent prendre de nombreuses formes : de la pénurie de vaccins à des rumeurs sur les manifestations postvaccinales indésirables ou à une catastrophe naturelle. Certaines peuvent être évitées à travers la planification, d'autres échappent au contrôle des pays. Les crises peuvent engendrer une perte de temps, d'argent, une mauvaise couverture vaccinale et entraver pendant longtemps un programme de vaccination.



LES EXPÉRIENCES

Les pays ont décrit différents types de crises qui sont explicitées ci-après.

Les crises de gestion, qui surviennent quand les fonds ne sont pas débloqués à temps, quand le nombre de vaccins mis à disposition est insuffisant ou quand le personnel de santé fait grève.

Les pays à revenu intermédiaire qui gèrent leurs **propres achats de vaccins signalent l'importance d'insérer dans les contrats des clauses strictes relatives à la gestion et à la distribution des vaccins**, accompagnées de pénalités en cas de non-respect desdites clauses.

Certains pays ont mentionné l'importance d'établir une **liste de contrôle des articles qui doivent être fournis et groupés**. Un vaccin livré sans boîte à aiguilles ou sans seringue, par exemple, peut causer un problème majeur.

Un pays d'Asie du Sud-Est a été confronté à d'importantes difficultés l'année de l'introduction nationale du vaccin : les fonds ont été débloqués tardivement, il n'y avait pas assez de réfrigérateurs dans la chaîne du froid, et le fabricant n'avait pas suffisamment de stocks de vaccins. Le pays a donc rapidement changé de plan, et divisé les provinces en deux groupes afin d'échelonner l'introduction nationale sur l'année.

Les pays insulaires du Pacifique se heurtent à des difficultés logistiques dues au fait que la livraison des vaccins dans les îles peut nécessiter des jours de bateau ou dépendre de vols irréguliers. **Lorsque les vols sont annulés ou que les bateaux n'arrivent pas à temps**, ces pays doivent réagir rapidement pour se procurer les vaccins, parfois en affrétant des charters extrêmement coûteux.

Dans un pays d'Afrique de l'Ouest, **certaines écoles n'avaient pas été répertoriées**. Quand le vaccinateur a découvert une école ne figurant pas sur sa liste, le directeur d'établissement s'est mis en colère et a exigé que les filles soient vaccinées sur-le-champ. Les équipes de vaccination ont accepté, mais cela signifiait qu'elles devaient retourner à leur base pour se réapprovisionner afin de pouvoir respecter le planning des vaccinations prévues ce jour-là.

Dans un pays d'Afrique de l'Est, les partenaires n'ont pas débloqué les fonds à temps. Les dates de la campagne de vaccination ayant été fixées et les communautés mobilisées, les agents de santé ont poursuivi leur programme en utilisant leurs propres fonds.

Certains pays ont signalé **la nécessité de gérer les attentes en matière de primes d'incitation**. Un pays d'Afrique de l'Est avait offert de petites primes aux chefs communautaires pour qu'ils mobilisent leurs populations. La couverture vaccinale a été satisfaisante pendant la première tournée de vaccination. Pour la deuxième tournée, les filles ne sont pas revenues. Les chefs communautaires ont indiqué que cela était dû au fait qu'ils n'avaient pas été payés. Les équipes sanitaires ont dû aller rencontrer les chefs communautaires pour leur demander de mobiliser les filles pour les trois cycles de vaccination. Cela a engendré une charge de travail supplémentaire qui n'était pas prévue.

Les crises de communication surviennent quand les parties prenantes ne s'impliquent pas suffisamment, quand les messages sont mal choisis, quand des rumeurs courent dans une communauté (notamment celles propagées par les groupes antivaccination), quand la réponse à une manifestation postvaccinale indésirable est trop lente, etc.

Un pays d'Afrique de l'Est n'a pas planifié correctement **la participation des chefs religieux dans le plan de communication d'origine**. Ils ont été confrontés à des difficultés majeures quand les filles ont refusé de se faire vacciner. Le pays a travaillé avec des professionnels de la santé de même confession afin qu'ils interagissent avec les chefs. Cette démarche a été un succès, mais elle a nécessité du temps et des ressources supplémentaires.

Des crises dans un pays peuvent provoquer une crise dans un autre pays. **Quelques jours avant l'introduction du vaccin au Bhoutan**, les médias annonçaient la suspension du programme pilote de vaccination anti-PVH en Inde voisine pour des raisons de sécurité. Le Ministère bhoutanais de la santé a rapidement invité les spécialistes à se réunir pour examiner les données de sécurité du vaccin, et a réaffirmé son innocuité. Le Ministère a ensuite convié toutes les parties prenantes pour leur expliquer son point de vue sur la sécurité du vaccin anti-PVH, et toutes ont approuvé son intention de poursuivre l'introduction nationale du vaccin. Le Ministre a fait une annonce publique et organisé une table ronde avec les médias pour que les messages diffusés sur la sécurité du vaccin et son introduction soient exacts. En quelques jours, le problème était résolu. Le Bhoutan est parvenu à une couverture vaccinale très élevée cette année-là.

Les « crises de démonstration » : quelques pays ont débattu sur les **difficultés liées au terme « démonstration » et les problèmes qu'il peut causer**. Plusieurs pays ont indiqué que le terme « démonstration » impliquait que la vaccination anti-PVH était un essai. D'autres ont été confrontés à des demandes supplémentaires de vaccination anti-PVH et évoquent la difficulté de choisir un district plutôt qu'un autre, quand les districts voisins veulent aussi faire vacciner leurs filles.

Des crises imprévisibles hors du contrôle du personnel du PEV ont été mentionnées par plusieurs pays, notamment des catastrophes naturelles ou des grèves. Un pays d'Afrique de l'Ouest a été confronté à des grèves du corps enseignant pendant la campagne de vaccination anti-PVH. Comme de nombreuses filles étaient toujours à l'école, les équipes sanitaires se sont rendues dans les écoles et ont demandé aux filles présentes d'aller chercher leurs camarades. Les équipes sanitaires ont fini par faire du porte-à-porte pour pouvoir vacciner les filles manquant à l'appel. Un autre pays d'Afrique de l'Ouest a dû faire face à une grève pour revoir les indemnités journalières jugées trop faibles.

Gestion des crises : répercussions sur les interventions

- ✓ **Être préparé !** En connaissant les principaux écueils liés au vaccin anti-PVH, les pays peuvent prévenir autant que possible les crises grâce à une planification rigoureuse dès le début qui anticipe les risques et les problèmes potentiels, à l'implication des parties prenantes appropriées, au suivi des plans de travail et à la responsabilisation, et à l'investissement dans la communication et la formation.
- ✓ Élaborer un plan de réduction des risques.
- ✓ Quand il faut prendre des décisions, se demander : « Si l'on prend telle mesure, les bénéfices l'emporteront-ils sur les risques ? Comment peut-on atténuer les risques ? »
- ✓ **Agir vite** quand une crise survient, et veiller à ce que les bonnes personnes prennent les décisions et les communiquent.
- ✓ **La sécurité des personnes n'est pas négociable** et elle constitue le principal objectif. Pour tout le reste, **faire preuve d'habileté et de souplesse** pour trouver des solutions qui soient acceptables.





ENREGISTREMENT,
SUIVI ET ÉVALUATION



LA PROBLÉMATIQUE

Du fait que le vaccination anti-PVH fasse intervenir un nouveau vaccin qui cible des cohortes d'âges différents ou des classes entières, l'éventail des méthodes d'enregistrement et des indicateurs est plus large que pour les vaccins destinés aux nourrissons. Les données ne sont donc pas toujours comparables.




LES EXPÉRIENCES

À l'échelle mondiale, l'OMS et l'UNICEF n'ont pas encore commencé à communiquer les estimations de la couverture du vaccin anti-PVH réalisées à partir des données fournies par les pays via le Formulaire conjoint de déclaration. Ce travail est en cours tandis que de plus en plus de pays commencent à communiquer leurs données et que la qualité des données s'améliore. La publication régulière des estimations de couverture du vaccin anti-PVH devrait commencer en 2017.

Pour déterminer la taille du groupe cible et pour enregistrer les filles, les pays ont généralement dénombré les filles dans les écoles et en dehors, et conservé des registres cliniques et/ou scolaires. Certains pays les conservent et les communiquent en même temps que les registres du PEV, tandis que d'autres (principalement les pays qui bénéficient d'une démonstration) n'ont pas encore intégré la communication des données.

La plupart des pays ont créé des cartes de vaccination anti-PVH pour les filles. Nombre d'entre eux confient ces cartes aux établissements scolaires et les remettent aux filles une fois qu'elles ont reçu toutes les doses de vaccin ou quand elles changent d'école. Certains pays ont inséré dans ces cartes des informations sur le cancer du col de l'utérus, les bénéfices de la vaccination, l'âge cible et les doses nécessaires.

► **Figure 2** Carte de vaccination anti-PVH utilisée en Afrique du Sud sur laquelle figurent des informations sur le PVH.

 <p>Basic Education Health</p> <p>Human Papillomavirus (HPV) Vaccination Card</p> <p>Keep this card in a safe place. Bring this card along for the next dose.</p>	<p>Parent please complete and return to school</p> <p>ID. No. _____</p> <p>Name: _____</p> <p>Surname: _____</p> <p>Date of birth: _____</p> <p>Name of School: _____</p> <p>Grade: _____ Date: _____</p> <p>Name of parent/guardian _____</p> <p>_____ hereby grant permission for my daughter _____ (Name of daughter) to receive the HPV vaccination.</p> <p>Signature _____ Date: _____</p>	<table border="1"> <tr> <th>Parent please complete</th> <th>Y/N</th> </tr> <tr> <td>Allergic to any vaccine</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Severe illness in the last 7 days</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Any other medical condition:</td> <td></td> </tr> </table> <p>For official use only</p> <table border="1"> <tr> <td>Signature of Vaccinator</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Date</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Batch no.</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Dose</td> <td>HPV 1</td> <td>HPV 2</td> <td></td> </tr> </table>	Parent please complete	Y/N	Allergic to any vaccine		Severe illness in the last 7 days		Any other medical condition:		Signature of Vaccinator				Date				Batch no.				Dose	HPV 1	HPV 2		<p>Why HPV Vaccine?</p> <p>Cervical cancer</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ HPV is a viral infection that can cause cervical cancer <p>HPV vaccine</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Reduces your chances of developing cervical cancer <p>Who gets the HPV vaccine?</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Given to all girls in Grade 4 that are over 9 years <p>Who should not get vaccinated?</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Girls under 9 years ➤ Girls who had a severe illness recently or are very ill now <p>How is it given?</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Injection in 2 doses ➤ Second dose given 6 months after first dose <table border="1"> <tr> <th colspan="2">For official use only</th> </tr> <tr> <th>Date of Next Vaccine</th> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>HPV 2</td> </tr> </table>	For official use only		Date of Next Vaccine			HPV 2
	Parent please complete	Y/N																															
Allergic to any vaccine																																	
Severe illness in the last 7 days																																	
Any other medical condition:																																	
Signature of Vaccinator																																	
Date																																	
Batch no.																																	
Dose	HPV 1	HPV 2																															
For official use only																																	
Date of Next Vaccine																																	
	HPV 2																																

Souvent, les pays qui administrent le vaccin à travers des programmes de santé à l'école ont ou prévoient de mettre en place des « **carnets de santé scolaires** » davantage intégrés dans lesquels la vaccination anti-PVH est inscrite avec d'autres données et interventions sanitaires.

Quelques pays ont brièvement mentionné **des visites de suivi** , mais n'ont pas donné beaucoup de détails. Dans les démonstrations, des fonds sont prévus pour la supervision, mais les pays s'inquiètent du montant qui paraît insuffisant.

Généralement, les pays communiquent leurs résultats à la même fréquence et de la même manière que pour les autres vaccins, en collectant les informations localement, puis au niveau du district et enfin au niveau national. Quelques pays qui ont utilisé une approche type **campagne de vaccination** ont mis en place un suivi et une communication quotidiens des données.

Les pays utilisent toute une palette d'indicateurs, ce qui suggère la nécessité d'harmoniser les indicateurs mondiaux. Par exemple :

- couverture totale pour chaque dose ;
- couverture totale pour la première dose ;
- couverture pour chaque dose pour les filles non scolarisées (deux pays) ;
- taux de défection ;
- communication complète des données ;
- taux d'acceptation (% de personnes qui ont la charge des filles donnant leur consentement écrit) ;
- vaccins gaspillés ;
- nombre et types de MAPI.

Concernant **les MAPI, de manière générale, les pays se sont basés sur leurs systèmes de notification des MAPI** , et très peu de MAPI ont été signalées.

Par mesure de précaution, pour maintenir la confiance dans le programme de vaccination anti-PVH, la Malaisie utilise un système unique de surveillance active des MAPI. On remet aux filles des formulaires de notification des MAPI bénignes pour qu'elles les rapportent chez elles et que les parents les remplissent, puis elles les rendent à l'école.

De cette manière, on peut enregistrer la proportion de MAPI bénignes allant d'une douleur au point d'injection à des douleurs dans le corps et à un état de faiblesse. Comparativement à d'autres vaccins, le pays enregistre davantage de MAPI liées au vaccin anti-PVH du fait de la surveillance active, mais il dispose aussi de nombreuses données montrant les types et la fréquence habituelle des MAPI, ce qui contribue à dissiper toute inquiétude.

Pour en savoir plus sur le critère utilisé pour la population cible – âge ou classe –, consulter le Guide d'introduction du vaccin anti-PVH.

Les pays n'ont pas transmis de données sur les indicateurs relatifs à la communication, mais certains ont mentionné des mécanismes pour la « **surveillance des rumeurs** », qui relèvent les rumeurs et les préoccupations dans les communautés et les médias et permettent au pays de réagir rapidement le cas échéant. Quelques pays ont réalisé des enquêtes CAP pour obtenir des données de référence sur le cancer du col, le PVH et le vaccin anti-PVH.

Les difficultés rencontrées pour définir précisément les dénominateurs posent un problème pour le suivi.

Suivi de l'âge versus la classe : plusieurs pays ont indiqué que le suivi des classes pouvait poser problème quand il y avait dans une même classe une fourchette d'âges différents. Par exemple, une classe équivalente au CM2 peut accueillir des filles âgées de 8 à 15 ans ou plus, mais de

nombreuses filles d'âge cible sont en classe de sixième. Certains pays, comme le Rwanda, sont passés du critère de la classe au critère de l'âge pour cette raison.

Dénominateur pour la deuxième dose : certains pays ont calculé la couverture de la deuxième dose sur la base du nombre de filles qui avaient reçu la première dose et n'ont donc pas comptabilisé toutes les filles éligibles pour constituer le dénominateur.

Le suivi des filles non scolarisées s'est parfois révélé difficile car certains pays n'étaient pas sûrs de l'exactitude de leurs dénominateurs. **La plupart des pays n'ont pas du tout suivi la couverture des filles non scolarisées.**

Bien que les femmes séropositives au VIH aient quatre à cinq fois plus de risques de développer un cancer du col de l'utérus, **aucun pays n'a mentionné un suivi de la couverture des filles immunodéprimées** qui nécessitent trois doses de vaccin.



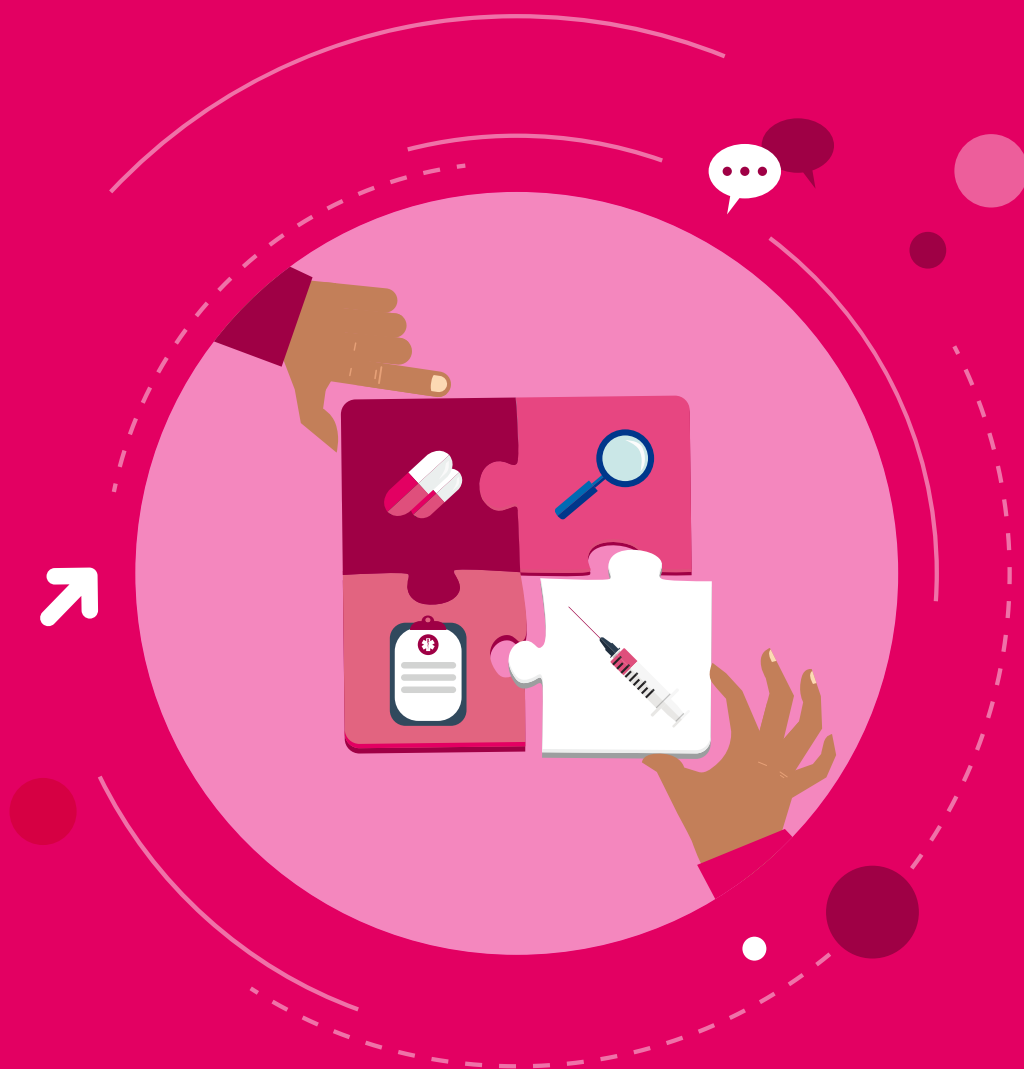
Certains pays ont indiqué qu'ils entreprenaient des évaluations dans le cadre de leurs programmes nationaux. Par exemple, les Fidji rapportent que deux études nationales de protection à long terme sont en cours, l'une sur la protection immunologique et l'autre sur la protection contre les infections. Des chercheurs australiens ont réalisé plusieurs études pour examiner les effets du vaccin sur les infections et sur les lésions du col. Avec l'aide du Centre international de recherche sur le cancer (CIRC) de l'OMS, le Rwanda et le Bhoutan participent à des études sur les effets du vaccin en utilisant des échantillons d'urine pour mesurer la prévalence et les types de PVH.

Les pays qui ont bénéficié de programmes de démonstration du vaccin anti-PVH ont conduit les évaluations exigées par GAVI, notamment une évaluation postintroduction, une analyse des coûts et une enquête de couverture utilisant la méthodologie standard des enquêtes en grappes de l'OMS. Les pays constatent que les évaluations soutenues par GAVI sont utiles pour définir les forces et les faiblesses des programmes, les améliorer et calculer les coûts de la mise à l'échelle nationale. D'un autre côté, certains pays ont estimé que ces évaluations exigeaient trop de travail et que le temps disponible entre la première et la deuxième année était trop court pour les réaliser, surtout que d'autres introductions de nouveaux vaccins n'ont pas ces mêmes exigences. GAVI signale également des difficultés : les évaluations sont parfois plus coûteuses que prévu ou les fonds alloués pour l'évaluation ont été utilisés pour la mise en œuvre et les pays ont dû chercher d'autres fonds pour les évaluations auprès d'autres partenaires.

Enregistrement, suivi et évaluation : répercussions sur les interventions

- ✓ L'OMS et l'UNICEF doivent donner des orientations pour le suivi de la vaccination contre le PVH.
- ✓ L'OMS et l'UNICEF doivent commencer à communiquer les estimations de la couverture vaccinale contre le PVH dans les pays.
- ✓ L'Alliance GAVI doit revoir ses exigences en matière d'évaluation au vu des problèmes de financement et de charge de travail liés aux évaluations actuelles.
- ✓ Les pays qui introduisent le vaccin anti-PVH doivent envisager :
 - un moyen pour mieux intégrer et suivre la fréquence et la qualité de la supervision ;
 - un calcul de la couverture sur la base du dénominateur total, et non pas du nombre de filles qui ont reçu la première dose ;
 - un moyen pour tirer parti de l'introduction du vaccin anti-PVH pour améliorer la notification des MAPI ;
 - le critère d'administration du vaccin – âge ou classe – et ses répercussions sur le suivi ;
 - la définition des cibles et le suivi de la couverture des filles non scolarisées ;
 - le suivi de la couverture des filles immunodéprimées en collaboration avec les programmes de lutte contre le VIH ;
 - la réalisation d'enquêtes de référence sur la communication, comprenant des indicateurs reflétant l'hésitation du public et permettant de mesurer l'impact des activités de communication.





INTÉGRATION



LA PROBLÉMATIQUE

Les pays ont une occasion d'intégrer la planification, d'offrir des services existants et nouveaux, et d'obtenir de meilleurs résultats en matière de lutte globale contre le cancer du col de l'utérus et de santé des adolescents. Les pays cherchent aujourd'hui à savoir comment, quand et dans quelle mesure intégrer les activités, en évaluant les difficultés d'un travail qui implique différents programmes et secteurs par rapport aux avantages que présentent les services intégrés et la possibilité de réduire les coûts et de gagner en efficacité.



LES EXPÉRIENCES

PROGRAMMES DE LUTTE CONTRE LE CANCER DU COL UTÉRIN

De nombreux pays indiquent qu'ils ont ou qu'ils envisagent d'intégrer la vaccination anti-PVH comme stratégie de prévention primaire dans les programmes de lutte contre le cancer du col. Les pays soutenus par l'Alliance GAVI élaborent des projets de stratégies et de plans nationaux de lutte contre le cancer du col dans le cadre de l'accord passé avec l'Alliance.

Un moyen couramment utilisé pour intégrer est de profiter de la vaccination anti-PVH pour **sensibiliser à la fois les agents de santé et le public au cancer du col**. Les pays ont élaboré des documents et des messages d'information, d'éducation et de communication ciblant à la fois les adolescentes et les femmes qui en ont la charge ; ces supports préconisent « **la vaccination pour être protégée demain et le dépistage du cancer du col utérin aujourd'hui** », en particulier dans les pays où le dépistage est facile d'accès.



Le problème avec cette approche est que le dépistage du cancer du col fait défaut dans de nombreux pays à revenu faible.

Néanmoins, certains pays soutiennent que la vaccination anti-PVH aide à sensibiliser et à donner l'élan pour renforcer les programmes de lutte contre le cancer du col. Ce sont souvent les programmes de lutte contre le cancer qui donnent l'impulsion et les éléments d'appréciation pour introduire le vaccin anti-PVH. Les pays font remarquer que les réunions de planification et d'initiation au vaccin anti-PVH amènent toujours plus les services de vaccination et les services de lutte contre le cancer à travailler ensemble, même si les pays indiquent qu'il sera peut-être difficile de poursuivre la coordination une fois que le PEV sera devenu le principal pilier de la mise en œuvre.

Pour en savoir plus, consulter le document de l'OMS intitulé **Lier les interventions sanitaires à l'intention des adolescents avec la vaccination anti-PVH : différentes options.**

« ... tout le monde parle d'approches intégrées. Maintenant [avec les objectifs de développement durable], le temps de l'intégration est venu. »
- Dr Margaret Chan, Directeur général de l'OMS, 7 octobre 2015.

PROGRAMMES POUR LA SANTÉ DES ADOLESCENTS

Il existe de nombreuses occasions pour lier la vaccination contre le PVH avec d'autres interventions sanitaires pour les adolescents.¹ Par exemple, **la couverture de la chimiothérapie contre les géohelminthes est souvent faible**, et des comprimés antiparasitaires peuvent être intégrés assez facilement avec l'administration du vaccin anti-PVH. De nombreux pays **administrent déjà d'autres vaccins (par exemple le vaccin contre le tétanos et la diphtérie) à l'école, mais ils ne les ont pas intégrés avec l'administration du vaccin anti-PVH pour gagner en efficacité.** Certains pays à revenu faible ou intermédiaire qui ont introduit le vaccin anti-PVH ont commencé à intégrer les interventions, mais leur expérience n'est pas pleinement documentée. Le manque de moyens pour la collecte systématique des données et la recherche fait que l'on dispose de données très limitées sur les bénéfices potentiels, comparativement à l'intégration des vaccins administrés pendant l'enfance pour laquelle on a recueilli davantage de données.²

Les pays qui mettent en œuvre des programmes de démonstration soutenus par l'Alliance GAVI évaluent les interventions sanitaires à l'intention des adolescents pour déterminer celles qui pourraient être proposées en même temps au cours de la deuxième année des programmes et au-delà. Pour la plupart des pays, **il est encore trop tôt pour introduire et évaluer les interventions, et d'autres informations doivent être recueillies au préalable.** Les options courantes envisagées par certains pays comprennent des séances d'information sanitaire ou de savoir-faire pratiques, notamment l'information sur l'hygiène menstruelle, la prévention du VIH, les comprimés antiparasitaires, le vaccin antitétanique ou l'orientation vers des services de santé adaptés aux adolescents. Souvent, les pays sont inquiets de savoir **comment ils peuvent mobiliser des ressources pour ces interventions.** Ils sont également préoccupés par les effets secondaires potentiels de la coadministration (par

¹ Voir http://www.who.int/immunization/diseases/hpv/linking_h_interventions/fr/.

² Le Journal of Infectious Diseases a publié un supplément consacré à l'intégration : *Building on Success: Should Other Health Services be Integrated into the Immunization Platform?*, JID Volume 205 suppl 1 March 1, 2012.

De plus, une étude basée aux États-Unis d'Amérique fournit des données préliminaires montrant que l'administration groupée du vaccin anti-HPV et d'un ou de plusieurs autres vaccins peut conduire à un meilleur taux de vaccination complète anti-HPV chez les adolescentes âgées de 9 à 18 ans. Voir Keim-Malpass J et al., *HPV vaccination series completion and co-vaccination: Pairing vaccines may matter for adolescents*; Vaccine Vol. 33, Issue 43, Pages 5729-5888 ; 26 October 2015.

exemple de comprimés antiparasitaires) et l'attribution erronée d'effets secondaires au vaccin anti-PVH, ce qui souligne l'importance de recueillir des données factuelles.

Certains pays ont indiqué que le délai pour évaluer la santé des adolescents était trop proche de la deuxième année d'administration du vaccin dans les pays soutenus par GAVI, et rendait difficile l'offre de services supplémentaires. C'est pourquoi **le Bangladesh et le Népal sont les premiers pays à réaliser leurs évaluations de la santé des adolescents plus tôt ou même avant le début de la vaccination dans les programmes de démonstration.**

Le Rwanda intègre régulièrement des services supplémentaires dans le cadre d'une « Semaine de la santé ». La vaccination anti-PVH est aujourd'hui couplée avec la délivrance d'informations sur l'hygiène, la nutrition, les maladies infectieuses et la santé reproductive. Il y a quelques années, le Rwanda a lié la vaccination anti-PVH avec une campagne de vaccination antirougeoleuse.

Dans les pays à revenu élevé ou intermédiaire, il est plus fréquent d'administrer le vaccin anti-PVH dans le cadre du programme de santé à l'école, en intégrant un éventail d'autres interventions à l'intention des enfants scolarisés tout au long de leur parcours scolaire. Certains pays proposent aux élèves une courte séance d'information sanitaire (par exemple de 30 minutes) avant l'administration du vaccin anti-PVH.



Madagascar : intégration de la formation et de l'administration du vaccin

Madagascar s'est employé à intégrer des services sanitaires pour les adolescents avec la vaccination anti-HPV. D'abord, le pays a décidé de fournir des comprimés antiparasitaires avec le vaccin anti-HPV, car ce programme était bien établi et fiable, et qu'il n'impliquait aucun coût supplémentaire. Ensuite, le pays a formé les agents de santé à la santé des adolescents en liaison avec la formation au vaccin anti-HPV, dans le but de leur donner les compétences pour offrir des services plus adaptés aux adolescents dans les établissements de santé. Enfin, les enseignants ont été formés à l'enseignement des savoir-faire pratiques susceptibles d'être proposés aux enfants à l'école. Au total, plus de 11 500 filles et garçons ont reçu des antiparasitaires dans les deux districts bénéficiant d'un programme de démonstration, et plus de 1000 enseignants ont été formés à l'enseignement des savoir-faire pratiques. Une enquête de suivi menée dans 24 écoles a montré que tous les agents de santé et tous les enseignants avaient abordé avec les élèves des questions relatives à la santé des adolescents dans le cadre du programme d'enseignement. Madagascar signale également les progrès réalisés dans la mise en place de 12 nouveaux centres de services sanitaires adaptés aux adolescents dans les districts bénéficiant de programmes de démonstration.



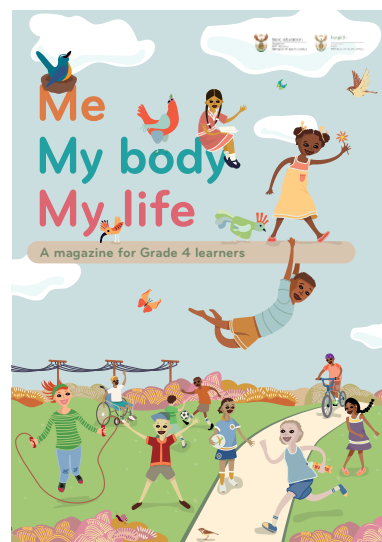
Le cahier de santé de l'adolescent en Afrique du Sud

L'administration du vaccin anti-HPV a été intégrée en mars 2014, au niveau national, dans le programme de santé dans les écoles publiques ; elle ciblait les élèves du primaire ou de CM1 généralement âgés de 9 ans. Dans le cadre du programme de santé à l'école, les équipes sanitaires se déplacent dans chaque école pour proposer un ensemble de services aux élèves appartenant à une tranche d'âge donnée (5-8ans, 9-12 ans, 13-15 ans, 16-18 ans). Les interventions portent sur les obstacles à l'apprentissage et vont du dépistage des troubles visuels et auditifs, et de l'éducation à la nutrition et à la santé bucco-dentaire pour les plus jeunes, à l'éducation à la santé sexuelle et reproductive pour les plus âgés.

« Avec le vaccin anti-HPV, nous souhaitons proposer une intervention supplémentaire pour les filles et les garçons, afin que personne ne soit laissé de côté », explique le Dr Nonhlanhla Dlamini, chef du service de santé de l'enfant, de l'adolescent et de santé à l'école. « Nous avons créé un outil appelé Me, My Body, My Life (Moi, mon corps, ma vie). Il s'agit d'un cahier qui offre aux élèves de CM1 la possibilité d'apprendre et de contribuer à l'information qui les aidera, eux et leurs communautés, à rester en bonne santé physique et mentale. »

Ce cahier présente des personnages enfants et adultes dans leurs environnements habituels, dessinés à la main et en couleurs, qui abordent tous les sujets de la puberté à la nutrition, des amitiés saines au harcèlement, des vaccins, notamment les vaccins anti-HPV et antituberculinique, aux comportements à risque comme l'abus d'alcool. Les élèves peuvent répondre à des quizz, dessiner, écrire un journal et faire des puzzles au fil des pages.

Lors d'une session de vaccination anti-HPV, l'équipe sanitaire de l'école distribue un exemplaire du cahier à chaque fille et chaque garçon en classe de CM1 et leur explique comment l'utiliser. Les élèves commencent alors à parcourir leur cahier tandis que les filles sont appelées pour recevoir leur vaccin anti-HPV. « C'est un merveilleux moyen d'informer les enfants sur des questions importantes de manière amusante et adaptée à leur âge », précise le Dr Dlamini. L'Afrique du Sud a d'autres plans en matière d'intégration. L'an prochain, elle compte ajouter aussi des antiparasitaires à ses sessions de vaccination anti-HPV.



Intégration : répercussions sur les interventions

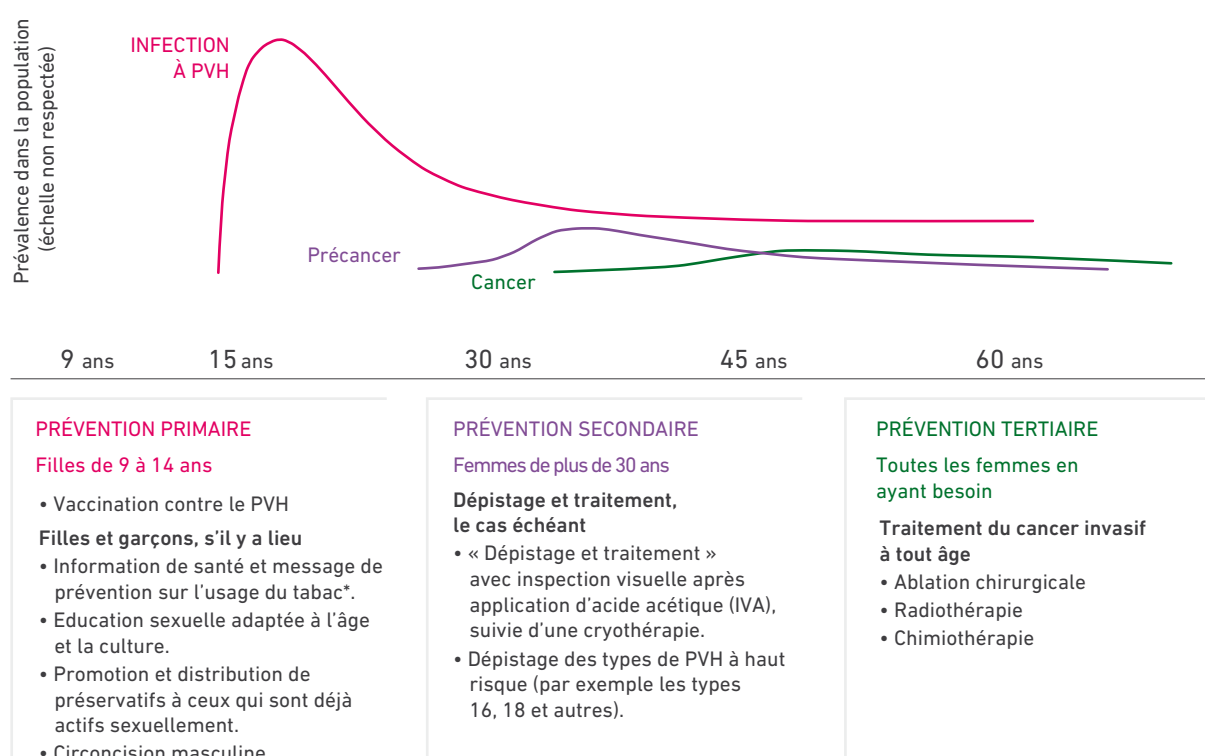
Pour le cancer du col utérin

- ✓ **Les pays sont encouragés à continuer de mettre en place une programmation globale de prévention du cancer du col**, dont les principales interventions tout au long de la vie sont l'éducation, la vaccination anti-PVH, le dépistage et le traitement. Cela implique une coordination étroite entre différents départements notamment le PEV et les services consacrés aux maladies non transmissibles. Pour en savoir plus, les pays peuvent consulter la publication de l'OMS

intitulée **Comprehensive Cervical Cancer Control: A Guide to Essential Practice** (<http://bit.ly/WHOcervicalcancer>).

- ✓ La vaccination anti-PVH peut être l'occasion pour les pays de **développer leurs connaissances, la sensibilisation, l'élan et les ressources en matière de dépistage et de traitement du cancer du col** parmi les décideurs, les agents de santé, les enseignants et les communautés, et en particulier parmi les femmes.
- ✓ Les pays devraient continuer à diffuser des messages pour promouvoir la vaccination anti-PVH pour les filles et le dépistage pour les mères/femmes qui ont la charge des filles quand le dépistage est disponible.

► **Figure 3** tirée de la publication de l'OMS intitulée **Approche globale de prévention et de lutte contre le cancer du col de l'utérus : vers une meilleure santé pour les femmes et les jeunes filles, 2013**



* Usage du tabac est un facteur de risque supplémentaire de développer un cancer du col de l'utérus

Pour la santé des adolescents

- ✓ Les pays sont encouragés à évaluer les possibilités d'intégrer dans la vaccination anti-PVH des services de santé pour les adolescents quand ils peuvent avoir un impact sur la santé publique, qu'ils sont adaptés à l'âge et qu'ils permettent de gagner en efficacité.
- ✓ L'OMS a identifié des options basées sur des données factuelles pour l'intégration (voir le Tableau ci-dessous).
- ✓ La coordination entre les différents secteurs que sont le PEV, la santé des adolescents, la santé à l'école, l'enseignement et d'autres groupes peut être difficile au début, mais elle contribuera de manière certaine à améliorer la santé des adolescents et la pérennité de la vaccination anti-PVH à travers l'intégration.

Pour le cancer du col et la santé des adolescents

- ✓ Les pays et les partenaires doivent mieux documenter les mesures d'intégration, notamment les études de coûts, l'impact sur le système de santé et les résultats sanitaires, et doivent continuer de partager les enseignements tirés.
- ✓ L'OMS et ses partenaires développent actuellement des outils d'estimation des coûts des programmes sanitaires pour les adolescents pour favoriser l'intégration.

► Figure 4 issue de la publication de 2014 de l'OMS intitulée *Lier les interventions sanitaires à l'intention des adolescents avec la vaccination anti-PVH : différentes options.*



TYPE

INTERVENTIONS SANITAIRES POSSIBLES

Dépistage	<ul style="list-style-type: none"> • Examen de la vue, si des services d'orientation et des lunettes sont accessibles et d'un coût abordable
Commodities and treatment	<ul style="list-style-type: none"> • Traitement antihelminthique contre la schistosomiase et les géohelminthiases • Distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide pour la prévention du paludisme • Supplémentation en fer et en acide folique
Information et compétences psychosociales	<ul style="list-style-type: none"> • Promotion de l'exercice physique • Prévention des maladies transmises par les moustiques • Éducation en matière d'hygiène menstruelle • Éducation en matière de santé sexuelle et reproductive, prévention du VIH et promotion du préservatif
Autres vaccins	<ul style="list-style-type: none"> • Coadministration du vaccin antitétanique, anti-hépatite B ainsi que d'autres vaccins à l'étude





COÛT, FINANCEMENT
ET PÉRENNISATION



LA PROBLÉMATIQUE

Les problèmes économiques et financiers peuvent constituer des obstacles à l'introduction du vaccin anti-PVH. Quand les pays envisagent d'introduire ce vaccin à l'échelle nationale, les décideurs veulent connaître les coûts approximatifs de la mise en place du programme de vaccination. Le ministère de la santé doit convaincre le ministère des finances que l'introduction du vaccin anti-PVH donne lieu à un retour sur investissement. La revue du PATH/LSHTM a montré que la plupart des pays nourrissaient des doutes quant à la pérennité de l'engagement politique et au financement futur. Cette question est particulièrement épineuse pour les pays soutenus par l'Alliance GAVI qui, une fois les objectifs atteints, ne recevront plus de financement.



LES EXPÉRIENCES

D'après ses évaluations initiales, l'Alliance GAVI estime qu'un pays éligible requiert US \$6 par fille pendant la première année du programme de démonstration de vaccination anti-PVH, puis US \$3 par fille chaque année pour maintenir le programme, hors coût du vaccin. L'Alliance GAVI a obtenu que le prix d'une dose de vaccin se situe entre US \$4,50 et US \$4,60 (selon le vaccin).

L'OMS a élaboré plusieurs outils analytiques pour la prise de décisions afin d'aider les pays à introduire et à élargir les programmes de vaccination anti-PVH, le dépistage et le traitement du cancer du col. Les outils ci dessous peuvent être utilisés pour définir les priorités de la programmation, la planification financière et la pérennité des programmes :

L'outil de modélisation PRIME (interface rapide pour la modélisation des estimations liées au papillomavirus) évalue le rapport coût/efficacité et les effets sanitaires de la vaccination des filles contre le PVH avant le début de l'activité sexuelle en termes de charge du cancer du col et de mortalité associée. En utilisant les bases de données mondiales des coûts et de l'épidémiologie des infections à PVH et des cas et décès dus au cancer du col, une étude PRIME de 2014 a établi des prévisions pour 179 pays, et estimé que la vaccination anti-PVH présentait un « très bon rapport coût/efficacité » dans 156 pays (87 %).¹ Dans cette étude, la modélisation indique que la vaccination d'une cohorte de 58 millions de filles âgées de 12 ans dans 179 pays permettrait de prévenir 690 000 cas de cancer du col et 420 000 décès au cours de leur vie (principalement dans les pays à revenu faible ou intermédiaire). Cette étude a également montré que si 71 pays éligibles à la phase 2 du soutien de l'Alliance GAVI adoptaient la vaccination conformément aux prévisions de l'Alliance, la vaccination financée par GAVI pourrait prévenir 200 000 cas de cancer du col et 100 000 décès chaque année dans certains pays où la charge de la maladie est la plus élevée.² En 2015, l'outil PRIME a été présenté aux décideurs et aux milieux universitaires nationaux en utilisant les données nationales à Madagascar, au Vietnam et au Bhoutan ; les résultats sont attendus début 2016.³

L'outil « C4P » – outil de planification et d'estimation des coûts de la prévention et de la lutte contre le cancer du col utérin⁴ – aide les responsables et les planificateurs nationaux à évaluer

¹ Jit, Mark et al. *Cost-effectiveness of female human papillomavirus vaccination in 179 countries: a PRIME modelling study*, The Lancet Global Health, Volume 2, Issue 7, e406 - e414.

² Ces résultats seraient obtenus en 2070.

³ Pour en savoir plus sur l'étude PRIME, voir : <http://www.primetool.org/>. L'OMS a également prévu de soutenir des études PRIME au Sri Lanka, à Madagascar et en Ouzbékistan. Noter que l'outil PRIME ne permet pas de modéliser des scénarios plus complexes, notamment les campagnes de rattrapage pour les filles plus âgées, la comparaison de différentes valences de vaccin, la vaccination masculine, l'évaluation de l'immunité collective ou de l'impact sur le dépistage du cancer du col.

⁴ Guide de l'utilisateur de l'outil d'évaluation des coûts de la prévention et de la lutte contre le cancer du col de l'utérus (C4P) de l'OMS. Genève (Suisse), 2012.

l'accessibilité économique et la viabilité de leur programme national global de prévention et de lutte contre le cancer du col, y compris la vaccination anti-PVH et le dépistage et le traitement du cancer du col. Il existe actuellement un module d'introduction de la vaccination anti-PVH couvrant la première année et la mise à l'échelle sur cinq ans conçu pour aider les pays à estimer les coûts économiques et financiers de la programmation au démarrage puis annuellement. Cet outil a d'abord été utilisé dans les pays bénéficiant d'un programme de démonstration de l'Alliance GAVI et dans certains pays à revenu intermédiaire et à revenu intermédiaire de la tranche supérieure. L'OMS développe aujourd'hui un outil C4P intégré pour estimer le coût de l'administration du vaccin anti-PVH couplée avec d'autres interventions, comme le dépistage et le traitement du cancer du col et des programmes pour la santé des adolescents.⁵ Un essai pilote de ce module de dépistage et de traitement a été réalisé en Zambie et s'apprête à être déployé dans d'autres pays d'Afrique en 2016, tandis que le module d'estimation des coûts des programmes pour la santé des adolescents est toujours en phase de développement et doit être testé dans deux pays mi-2016. L'OMS a également incorporé l'outil C4P dans OneHealth pour élargir la planification du secteur de la santé et réaliser une analyse du retour sur investissement, et suggère des pistes pour lier les évaluations au plan pluriannuel complet des pays.⁶

Une analyse préliminaire des coûts par C4P réalisée par l'OMS a permis de définir un éventail de coûts financiers pour chaque fille complètement vaccinée, y compris le coût du vaccin, dans les pays bénéficiant d'un programme de démonstration. Sur les sept pays examinés, deux se situaient en deçà de US \$15 par fille complètement vaccinée, quatre se situaient entre US \$15 et US \$25, et un entre US \$25 et US \$35. Les facteurs de coûts financiers comprennent le nombre de doses, les indemnités journalières, le transport, la formation, la microplanification, la chaîne du froid, la communication/mobilisation sociale, la supervision, le suivi et l'évaluation.

L'analyse des coûts par C4P réalisée par l'OMS a conduit à un certain nombre de constats préliminaires, parmi lesquels :

- les coûts de l'administration du vaccin à l'école sont plus élevés que ceux de l'administration en établissement de santé, en particulier quand la population cible est peu nombreuse ;
- une couverture élevée est associée à des coûts élevés d'administration du vaccin à l'école ;
- les coûts pour chaque fille complètement vaccinée calculés dans les programmes de démonstration sont considérablement plus élevés (jusqu'à deux fois plus élevés dans certains pays) que ceux calculés dans des scénarios de mise à l'échelle de la vaccination sur cinq ans ;
- l'administration du vaccin en établissement de santé pourrait réduire les coûts d'un tiers dans les pays qui pratiquent des indemnités journalières élevées.

Quand les évaluations par C4P seront terminées pour d'autres pays, en 2016 et au-delà, l'OMS disposera de davantage de données pour mieux répondre aux questions clés, notamment : certaines stratégies d'administration sont-elles mieux adaptées à certains contextes ? Dans quelle mesure les projets de démonstration sont indicatifs des coûts de la mise à l'échelle nationale de la vaccination ? En outre, une analyse plus approfondie permettra de dégager des profils de pays en fonction des données démographiques et de la densité de la population, du niveau de développement économique, de l'infrastructure des systèmes de santé, de l'infrastructure des programmes de santé à l'école, et d'autres facteurs, afin d'aider les pays à identifier la meilleure stratégie d'administration du point de vue des coûts.

⁵ Pour les modules C4P, voir : http://www.who.int/immunization/diseases/hpv/cervical_cancer_costing_tool/en/

⁶ OneHealth est un outil collectif interinstitutions des Nations Unies qui tente de lier les objectifs et les cibles stratégiques des programmes de prévention et de lutte contre les maladies aux investissements nécessaires dans les systèmes de santé. C'est un outil de planification avec un cadre unique pour l'analyse des scénarios, des coûts et de l'impact sanitaire, la budgétisation et le financement des stratégies pour toutes les principales maladies et composantes des systèmes de santé. Il est donc essentiellement conçu pour éclairer les plans et les politiques sanitaires stratégiques sectoriels à l'échelle nationale. Voir <http://www.who.int/choice/onehealthtool/en/>.

La revue du PATH/LSHTM a montré que les coûts économiques d'administration du vaccin, y compris le temps de travail du personnel dans les pays bénéficiant d'un programme de démonstration/pilote, se situaient entre US \$1,44 et US \$3,88 par dose et que **les principaux facteurs de coûts étaient les indemnités journalières et le transport**. Elle a également révélé que les coûts de démarrage annualisés représentaient jusqu'à 50 % de tous les coûts financiers et économiques.

Des rapports présentés par des pays qui ont intégré la vaccination anti-PVH dans le PEV ou dans leur programme de santé à l'école indiquent qu'il est possible de réduire les coûts. Le Rwanda, par exemple, est passé d'une campagne de vaccination avec une supervision intensive impliquant de nombreux déplacements pour le personnel (y compris provenant d'autres programmes) et une attention médiatique très soutenue, à une vaccination systématique biannuelle de proximité dans les écoles, peu médiatisée, assurée par le PEV. Bien qu'aucune étude officielle des coûts n'ait été réalisée, le pays fait état d'une réduction des coûts opérationnels de plus de 80 %.⁷

Les pays et les partenaires suggèrent que les pays qui mettent en œuvre un programme de démonstration testent différentes stratégies d'administration du vaccin, et examinent les domaines dans lesquels des économies peuvent être réalisées, puis comparent les coûts de mise en œuvre afin d'identifier une option qui puisse être pérenne.

Les pays en transition qui ne bénéficient plus du soutien de l'Alliance GAVI doivent faire face à de nombreuses difficultés, notamment pour promouvoir la poursuite (ou la mise en place) de la vaccination anti-PVH, accepter le coût du vaccin anti-PVH par rapport à d'autres vaccins du PEV et faire face à d'autres priorités sanitaires concurrentes, et sécuriser le financement du gouvernement et d'autres sources internes. Ces pays en transition ont la possibilité d'accéder aux prix de l'Alliance GAVI pendant plusieurs années après la fin du soutien de l'Alliance GAVI, même si certaines conditions s'appliquent selon les pays et les fabricants.

L'OMS peut aider les pays en transition à réaliser des analyses budgétaires et économiques afin de renforcer les activités de promotion visant à augmenter le financement de la vaccination et à élaborer une stratégie de financement permettant de mobiliser des ressources financières supplémentaires pour la vaccination.

De nombreux pays à revenu intermédiaire qui n'ont jamais bénéficié du soutien de l'Alliance GAVI ni du fonds renouvelable de l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS) négocient le prix du vaccin anti-PVH directement avec les fabricants, et ne bénéficient d'aucun système d'accès au vaccin anti-PVH. L'OMS a constaté que les prix négociés par ces pays sont très variables. Par exemple, les données montrent un écart d'un facteur trois entre le prix le plus haut et le prix le plus bas payé par les pays à revenu intermédiaire (voir la Figure 3). Même si une politique et une planification claires au niveau national, comme le plan pluriannuel complet, aident les pays à accéder à des vaccins importants, certains d'entre eux risquent de ne pas pouvoir pérenniser leurs programmes. Une récente étude montre qu'il existe des possibilités pour baisser le prix des vaccins anti-PVH auprès des fabricants qui bénéficient de retombées économiques s'élevant à cinq fois l'investissement de départ pour développer les vaccins anti-PVH.⁸

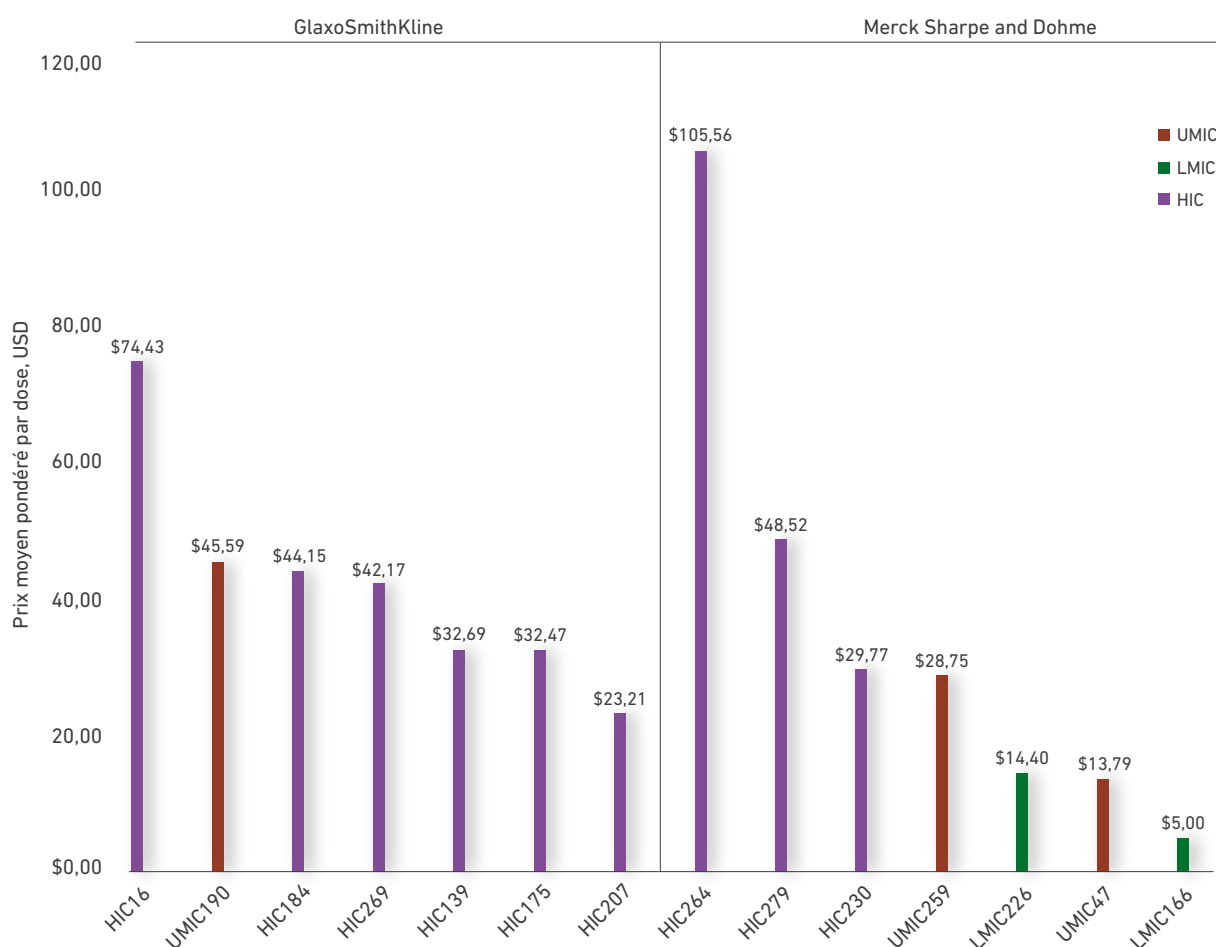
Pour aider les pays à accéder à des informations à jour sur les vaccins, les prix et l'achat, l'OMS a créé une plateforme V3P (vaccin, prix et achat) de type « one-stop-shop ». À ce jour, 40 pays y participent (15 pays à revenu élevé, 24 pays à revenu intermédiaire et 1 pays à faible revenu), et disposent d'informations sur environ 200 vaccins. La base de données est libre d'accès.⁹

⁷ Pour en savoir plus sur les coûts initiaux du programme de vaccination au Rwanda, voir Ngabo F, et al., A cost comparison of introducing and delivering pneumococcal, rotavirus and human papillomavirus vaccines in Rwanda. *Vaccine*, 2015 Dec 16;33(51).

⁸ Herlihy N, Hutubessy R, Current Global Pricing For Human Papillomavirus Vaccines Brings The Greatest Economic Benefits To Rich Countries. *Jit M. Health Aff (Millwood)*. 2016 Feb 1;35(2):227-34.

⁹ Pour en savoir plus, voir www.who.int/immunization/v3p.

► **Figure 5** Prix moyen pondéré d'une dose de vaccin anti-PVH dans les pays appartenant à différents groupes de revenu.



En raison des coûts que représentent le dépistage, le traitement et le fardeau des cancers liés au PVH chez les hommes, **l'Australie a jugé qu'il était rentable pour le pays de vacciner les garçons** afin de prévenir les cancers, notamment du pénis, de l'anus, de la bouche et de la gorge. L'Argentine a bénéficié de l'accès au tarif du fonds renouvelable de l'OPS, et met aujourd'hui en œuvre un transfert de technologie pour **commencer à fabriquer le vaccin anti-PVH localement**.¹⁰

Coût, financement et pérennisation : répercussions sur les interventions

✓ Les pays bénéficiant du soutien de l'Alliance GAVI peuvent prendre différentes mesures pour améliorer leurs chances d'élargir et de pérenniser leurs programmes de vaccination contre le PVH :

- impliquer les décideurs clés des ministères de la santé, de l'éducation et des finances dès le départ pour s'assurer d'obtenir des conseils et des capacités financières ;
- utiliser les informations et les outils disponibles aujourd'hui, réaliser une analyse préliminaire des coûts avant de commencer le programme de démonstration, en modélisant différentes stratégies d'administration et l'intégration avec d'autres interventions pour la santé des

¹⁰ Pour en savoir plus sur le fonds renouvelable de l'OPS, voir http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1864&Itemid=40713&lang=en.

adolescents ; choisir des stratégies d'administration qui permettent de parvenir à un équilibre entre une couverture élevée et un coût soutenable à long terme ;

- intégrer la programmation et le coût de la vaccination anti-PVH dans le budget du plan pluriannuel complet ;
- continuer à renforcer la coalition des défenseurs de la vaccination contre le PVH au sein du PEV, de la lutte contre le cancer, de la santé de la femme, de la gynécologie, de la santé des adolescents, de l'éducation et autres, qui peuvent aider à promouvoir la budgétisation de la vaccination anti-PVH dans le cadre d'une stratégie globale de prévention et de lutte contre le cancer du col.
- ✓ **Tous les pays** peuvent continuer à publier et à échanger des informations sur la manière dont ils sont parvenus à mettre en place une programmation de la vaccination anti-PVH offrant un bon rapport coût/efficacité et pérenne.
- ✓ **Tous les pays peuvent contribuer à l'outil V3P de l'OMS et le consulter** ; de cette manière, ils participent à améliorer la transparence des prix et à accroître la base de connaissances sur les coûts et autres informations sur tous les vaccins disponibles.
- ✓ **L'OMS et ses partenaires doivent :**
 - aider les pays à utiliser les outils disponibles, y compris le plan pluriannuel complet et le plan de travail annuel, et les outils et plateformes C4P, PRIME et V3P ;
 - continuer à analyser les coûts de l'administration du vaccin anti-PVH afin de mieux comprendre les facteurs de coût et les meilleures stratégies d'administration du point de vue des coûts ;
 - accumuler et partager des connaissances sur la meilleure combinaison de stratégies d'administration pour mettre en place des programmes de vaccination anti-PVH offrant un bon rapport coût/efficacité et pérennes ;
 - parachever l'outil de budgétisation des interventions pour la santé des adolescents qui peuvent être intégrées à la vaccination anti-PVH, ainsi que le module de budgétisation de la prévention et du dépistage du cancer du col, et promouvoir leur utilisation.

LES POSSIBILITÉS EXISTANTES ET LES CONNAISSANCES QU'IL RESTE À ACQUÉRIR

Les expériences et les enseignements présentés dans ce document soulignent la quantité considérable de connaissances que les pays et les partenaires ont collectées sur le vaccin anti-PVH en relativement peu de temps. Ils fournissent également des indications sur les domaines dans lesquels il faut encore acquérir davantage d'expérience et de données, présentés ci-dessous.

Parvenir à une couverture élevée à un coût abordable : l'objectif 2020 du Plan d'action mondial pour les vaccins est de parvenir à une couverture de 90 % à l'échelle nationale, et de 80 % dans chaque district ou équivalent, pour tous les vaccins inclus dans le calendrier vaccinal national. Dans ce document, les pays et les partenaires ont cité la nécessité de parvenir à une couverture élevée, mais ont également noté que celle-ci était associée à des coûts élevés. Les pays qui ont mis en place un programme de démonstration, par exemple, visent une couverture d'au moins 50 % pour garantir le soutien nécessaire pour élargir le programme à l'échelle nationale, et très peu de pays ont communiqué une cible pour la couverture. Un pays est parvenu à une couverture d'à peine plus de 50 %, tandis que les autres ont atteint une couverture de plus de 90 %. Les pays comptant une forte proportion de filles difficiles à atteindre, ou employant des stratégies coûteuses pour les campagnes de vaccination impliquant des indemnités journalières élevées, dépenseront probablement davantage pour chaque fille à vacciner afin de parvenir à une couverture élevée. Les pays et les partenaires techniques continueront à travailler pour trouver le meilleur équilibre permettant d'obtenir une couverture élevée à un coût soutenable à long terme.

Accéder aux filles difficiles à atteindre : de manière générale, les pays n'ont pas rassemblé beaucoup d'éléments sur la manière d'accéder aux filles difficiles à atteindre. Il est probable que ces filles soient davantage susceptibles de développer un cancer du col un jour, en raison des facteurs de risque potentiels et de l'accès médiocre au dépistage et au traitement. Dans les pays éligibles au soutien de l'Alliance GAVI, par exemple, un quart des filles en âge de fréquenter l'école primaire ne sont pas scolarisées, en moyenne, et dans certains de ces pays, cette proportion est plus élevée encore. Quelles sont les stratégies les plus efficaces pour atteindre ces filles ? Quelles autres interventions pourrait-on grouper pour servir la population et gagner en efficacité ? Ce rapport contient plusieurs suggestions pour dénombrier et atteindre ces filles. Si les pays commençaient à suivre et à notifier le dénombrement et la couverture des filles difficiles à atteindre, les pays et les partenaires pourraient mieux prévoir les coûts et mettre en œuvre des stratégies pour les atteindre.

Atteindre les personnes immunodéprimées : l'OMS continue de recommander d'administrer aux filles immunodéprimées trois doses de vaccin anti-PVH sur une période de six mois (à 0, 1-2 et 6 mois). La séropositivité au VIH, par exemple, est associée à une prévalence accrue d'infection du col par le PVH, à une prévalence accrue de néoplasie cervicale intraépithéliale (CIN) et à une CIN de grade plus élevé. La force de ces associations augmente quand l'état immunitaire se dégrade.¹ Parmi les pays représentés à la réunion mondiale sur les enseignements tirés de l'introduction du vaccin anti-PVH, seule l'Argentine a indiqué administrer le vaccin aux filles et aux garçons âgés de 11 à 26 ans séropositifs au VIH ou ayant reçu une greffe de tissu. Un autre pays a expliqué que si la prévalence du VIH était élevée dans le pays, il devait néanmoins être attentif à protéger la confidentialité du statut VIH+ des filles, et qu'il n'avait pas commencé à suivre la couverture de ce groupe de filles. Des questions restent donc en suspens. Comment les pays peuvent-ils atteindre et suivre les filles immunodéprimées afin qu'elles reçoivent trois doses de vaccin tout en protégeant la confidentialité

¹ M Palefsky, ML Gillison, HD Strickler. Chapter 16: HPV vaccines in immunocompromised women and men. Vaccine 2006; 24: S140-6. En outre, une récente étude du Centre international de recherche sur le cancer (CIRC) des États-Unis d'Amérique a montré qu'« environ 40 % des cancers chez les femmes et les hommes séropositifs au VIH aux États-Unis d'Amérique étaient causés par des infections, contre seulement 4 % dans la population générale. Le HPV était la première cause infectieuse de cancer. Voir De Martel C, Shiels MS, Franceschi S, Simard EP, Vignat J, Hall HI, Engels EA, Plummer M (2015). *Cancers attributable to infections among adults with HIV in the United States*. AIDS. 29(16):2173–2181.

de leur statut VIH+ ? La vaccination anti-PVH pourrait-elle être intégrée au dépistage et au traitement du VIH ? Comment sensibiliser et mobiliser les populations immunodéprimées pour qu'elles reçoivent trois doses de vaccin anti-PVH ? À ce sujet, **il est à noter que le Fonds mondial accepte les demandes de financement pour le dépistage du cancer du col dans les pays où la prévalence du VIH est élevée.**

Les possibilités pour suivre l'impact de la vaccination : plus on dispose de données sur l'impact de la vaccination anti-PVH, plus il s'avère qu'il convient d'élargir la vaccination à l'échelle nationale de manière pérenne. **Une étape importante est l'établissement par les pays de registres nationaux pour le cancer,** qui permettront de disposer d'informations de référence et de suivre les interventions de prévention et de lutte contre le cancer. Mesurer l'impact de la vaccination à court terme constitue également une difficulté, en raison des coûts, de la confidentialité et de la faisabilité des tests cytologiques pour les jeunes femmes dans des contextes où les ressources sont limitées. De nouvelles techniques pourraient changer cette situation. Par exemple, le CIRC a commencé à tester l'impact de la vaccination anti-PVH à l'aide d'un nouveau test urinaire simple. Dans le cadre d'une démarche supervisée, les jeunes femmes qui sont vraisemblablement devenues sexuellement actives (par exemple entre 17 et 21 ans) peuvent recueillir leurs propres échantillons d'urine en utilisant un dispositif en forme d'entonnoir conçu à cet effet et peu onéreux ; elles répondent également à un petit questionnaire, comprenant des questions sur l'activité sexuelle, qui est directement transmis au CIRC. Les échantillons sont ensuite envoyés à un laboratoire chargé d'extraire l'ADN, de rechercher le PVH et de réaliser le génotypage. Le CIRC a déjà testé cette méthodologie au Bhoutan et au Rwanda où la couverture de la vaccination anti-PVH est élevée. Parmi les jeunes femmes testées, l'infection par le PVH 6, 11, 16 et 18 était bien moindre chez celles qui avaient été vaccinées. Le CIRC indique que ce test est peu onéreux, adapté à la tranche d'âge et facilement transférable aux pays à faible revenu.²

Le vaccin nonavalent : un vaccin anti-PVH qui protège contre neuf types de PVH (6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58) a été homologué aux États-Unis d'Amérique en décembre 2014 et déployé en février 2015. Plusieurs pays à revenu élevé ont rapidement suivi. En avril 2016, le vaccin a été homologué pour un schéma en deux doses. La préqualification du vaccin par l'OMS est en cours (octobre 2016). Aux États-Unis d'Amérique, les types de vaccin anti-PVH ainsi ajoutés ont permis de diminuer de 15 % supplémentaires le nombre de cas de cancer du col. Dans les pays à faible revenu, des problèmes majeurs liés au vaccin persistent, notamment le coût et l'impact du passage au vaccin anti-PVH nonavalent sur la production et les disponibilités des autres vaccins anti-PVH.

La vaccination des garçons : plusieurs pays à revenu élevé recommandent et proposent gratuitement la vaccination anti-PVH pour les garçons, comme mesure préventive contre le condylome acuminé et d'autres cancers liés au PVH comme les cancers oropharyngés auxquels sont particulièrement exposés les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes et les hommes séropositifs au VIH. En raison du coût du traitement, et parce que les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes ne bénéficient généralement pas de l'immunité collective procurée par la vaccination des filles, des pays comme les États Unis d'Amérique et l'Australie ont constaté que la vaccination des garçons constituait une mesure de santé publique permettant de réaliser des économies. **Étant donné le coût actuel du vaccin anti-PVH et l'impact de la prévention du cancer du col sur la santé publique, l'OMS recommande aux pays à faible revenu de vacciner en priorité les filles âgées de 9 à 14 ans.**

Doses et schéma posologique : la révision de la recommandation de l'OMS qui consiste à passer d'un schéma à trois doses à un schéma à deux doses donne la possibilité d'augmenter la couverture de la vaccination anti-PVH en raison de la réduction des coûts liés au vaccin et à l'administration. En outre, le fait de recommander un espacement de 15 mois entre les deux doses offre de nouvelles possibilités pour l'administration du vaccin – notamment, une seule tournée de vaccination par an au cours de laquelle les filles peuvent recevoir leur première ou leur seconde dose.

² Franceschi S et al., *Urine testing to monitor the impact of HPV vaccination in Bhutan and Rwanda*. Int J Cancer. March 17 2016.

CONCLUSION

L'expérience acquise à ce jour dans des dizaines de pays est encourageante en ce qui concerne le potentiel de la vaccination anti-PVH. Au niveau mondial, la promotion et les ressources consacrées à la protection de la santé des femmes, des filles et des adolescents n'ont jamais été aussi importantes. La prévention et le traitement des maladies non transmissibles, notamment le cancer du col de l'utérus, connaissent un élan croissant. Les données scientifiques montrent que, chez les filles protégées par le vaccin anti-PVH, l'incidence des condylomes acuminés est considérablement réduit et le nombre de lésions du col de haut grade est lui aussi réduit (CIN2+). De plus en plus de pays, notamment environ 30 pays à faible revenu, montrent aujourd'hui comment l'on peut réussir à atteindre et à vacciner complètement une forte proportion de filles d'âge cible avec le vaccin anti-PVH.

D'importantes expériences et données programmatiques sur l'estimation des coûts, la planification efficace, l'administration et le suivi de la vaccination anti-PVH se sont accumulées. Les pays apprennent par la pratique, et les uns des autres. Les enseignements tirés par les pays, communiqués dans les rapports des pays, la revue du PATH/LSHTM des enseignements tirés sur la vaccination anti-PVH et le présent document peuvent aider les pays à concevoir et à mettre en l'œuvre des programmes efficaces de vaccination contre le PVH. L'étude de modélisation PRIME réalisée pour 179 pays montre que la vaccination anti-PVH offre un très bon rapport coût/efficacité pour la plupart d'entre eux, et qu'une couverture élevée peut prévenir 200 000 cas et 100 000 décès chaque année dans les pays à faible revenu.

Étant donné l'élan actuel et les données incontestables sur les bénéfices de la vaccination contre le PVH pour la santé et le bien-être, il est temps maintenant que davantage de pays introduisent le vaccin anti-PVH et élargissent la vaccination à l'échelle nationale dans le cadre de plans globaux de prévention et de lutte contre le cancer du col de l'utérus. Les liens renforcés entre les programmes de vaccination, les programmes de lutte contre le cancer et le secteur de l'éducation constituent une plateforme pour mobiliser encore davantage les communautés afin que non seulement elles acceptent, mais elles prétendent à la vaccination anti-PVH en tant qu'intervention majeure auprès des adolescentes, et elles comprennent et exigent le dépistage du cancer du col pour les femmes.

Des difficultés persistent. Au niveau mondial, deux pays sur trois, principalement des pays à revenu faible et intermédiaire, n'ont pas encore introduit le vaccin anti-PVH. Pour élargir l'introduction du vaccin anti-PVH, les partenaires mondiaux et nationaux doivent travailler ensemble pour produire des données spécifiques à chaque pays qui permettront de promouvoir l'inclusion d'une programmation globale de lutte contre le cancer du col dans les politiques et les budgets nationaux à moyen et long termes. De nombreux pays doivent œuvrer à trouver les stratégies d'administration appropriées permettant de parvenir et de maintenir une couverture élevée à un coût abordable. Les problèmes liés à la communication et à l'acceptation requièrent efforts et vigilance. Le suivi des indicateurs et la communication des données nécessitent d'être davantage standardisés. Davantage de travail et de ressources seront nécessaires pour établir des registres pour le cancer et développer l'accès au dépistage et au traitement du cancer du col, et pour profiter de la vaccination anti-PVH pour intégrer des services sanitaires supplémentaires à l'intention des adolescents.

Il reste des questions auxquelles la recherche peut répondre. Comment accéder au mieux aux filles difficiles à atteindre, y compris à celles qui sont immunodéprimées ? Quelles sont les interventions que les pays peuvent le mieux intégrer avec la vaccination anti-PVH pour améliorer la santé des adolescents et gagner en efficacité ? Les pays peuvent-ils vacciner complètement les filles en proposant une tournée annuelle de vaccination anti-PVH ? Quelle est la démarche offrant le meilleur rapport coût/efficacité pour administrer le vaccin anti-PVH tout en parvenant à une couverture maximale dans différents contextes ?

Ces questions ne doivent pas retarder la mise à l'échelle de la vaccination. Protéger les filles aujourd'hui est une étape importante pour procurer santé et bien-être aux filles et aux femmes partout dans le monde, essentielle pour mettre fin à l'extrême pauvreté, favoriser le développement et la résilience, et atteindre les objectifs de développement durable.

Malgré les progrès qui ont été réalisés, on estime à seulement 5 % la proportion de filles éligibles dans le monde qui ont été complètement vaccinées contre le PVH. S'appuyant sur les connaissances et l'expérience actuelles, les pays peuvent continuer à œuvrer à la promotion, à la planification et à la mise en œuvre de l'introduction nationale de la vaccination contre le PVH.



RÉSUMÉ DES RÉPERCUSSIONS SUR LES INTERVENTIONS

DOMAINE	IMPLICATIONS POUR LES INTERVENTIONS
Prise de décisions	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Obtenir l'appui de partisans de haut niveau, comme la First Lady, peut avoir un impact majeur sur la décision d'introduire le vaccin anti-PVH. ✓ Préparer les données probantes : mener des investigations et faire rapport sur la charge du cancer du col, le rapport coût/efficacité, la faisabilité et l'acceptabilité sont importantes pour les décideurs. ✓ Coordonner les actions dès le début avec les parties prenantes appropriées notamment les ministères de la santé, de l'éducation et des finances. ✓ Préparer un processus impliquant les comités chargés des politiques, les organismes de réglementation, les entités politiques et financières afin de s'assurer que la décision est ancrée dans les politiques et le budget nationaux. ✓ Envisager un financement pérenne. Les partisans doivent avoir un plan pour sécuriser le financement du programme de vaccination à long terme.
Planification et coordination	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Créer un comité de planification nationale et des sous-comités, qui devront se réunir régulièrement pour suivre la progression des plans et les adapter. ✓ Pour les programmes de vaccination en milieu scolaire, les ministères de la santé et de l'éducation doivent coordonner leurs actions dès le début et étroitement à tous les niveaux. ✓ Utiliser les plateformes existantes – PEV ou programmes de santé à l'école – pour l'administration du vaccin anti-PVH. ✓ Recenser les partenaires non traditionnels et coordonner avec eux les interventions ; ce sont, par exemple, ceux qui interviennent dans les domaines du cancer/des maladies non transmissibles, de la santé des adolescents, de la santé de la femme, les associations professionnelles (gynécologues, oncologues, généralistes, pédiatres), les associations parents-enseignants et, dans certains pays, les associations religieuses. ✓ Profiter de l'occasion pour envisager un moyen pour que la vaccination puisse être coordonnée avec les activités de prévention du cancer du col pendant et après l'introduction du vaccin. ✓ Allouer suffisamment de temps et de ressources à la vérification rigoureuse des dénominateurs, en utilisant des sources fiables de données sur les filles scolarisées et non scolarisées. ✓ Recenser et contacter toutes les écoles – y compris les écoles privées et religieuses – et coordonner les activités pour éviter que la vaccination ne coïncide avec les périodes de vacances scolaires ou d'examen. ✓ Prévoir au moins six mois pour la planification, la microplanification à l'échelle communautaire et la formation, qui comprend la préparation de supports de formation standardisés. ✓ S'assurer que les processus nécessaires pour le déblocage des fonds en temps utile sont prévus dans la planification. ✓ Définir qui doit être formé et initié. Veiller à y consacrer suffisamment de temps. Il peut être utile de former les agents de santé et les enseignants ensemble au moins pendant une partie du temps de formation.

DOMAINE	IMPLICATIONS POUR LES INTERVENTIONS
Stratégies d'administration du vaccin	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Les pays qui mettent en place des projets de démonstration peuvent envisager de tester et d'évaluer plusieurs types de stratégies d'administration du vaccin dans différents districts afin de pouvoir comparer les stratégies et les coûts. ✓ Il faudra peut-être varier les stratégies en fonction des régions dans le pays (par exemple dans les districts où les filles scolarisées sont nombreuses), et les faire évoluer avec le temps à mesure que le programme gagne en maturité. ✓ Les pays peuvent être en mesure de parvenir à une couverture élevée en employant une stratégie de vaccination en milieu scolaire, mais ne pas être capables de maintenir le programme de vaccination en raison des coûts. ✓ Les pays peuvent être en mesure de parvenir à une couverture élevée en employant une stratégie en milieu scolaire, mais ne pas être capable de maintenir le programme de vaccination en raison des coûts. ✓ L'administration du vaccin en milieu scolaire peut s'avérer plus efficace et plus abordable si d'autres interventions – comme la vaccination antitétanique ou l'administration d'antiparasitaires – sont intégrées à la vaccination anti-PVH, ce qui permet de partager les coûts d'administration entre différents programmes. ✓ Les pays devraient tenir compte des coûts associés à des approches de type campagne de vaccination et évaluer la possibilité d'utiliser des approches de vaccination systématique en établissement de santé et par l'intermédiaire de services réguliers de proximité. ✓ La vaccination systématique en établissement de santé peut nécessiter davantage de ressources pour la communication et la mobilisation sociale pour que les filles et les personnes qui en ont la charge sachent quand et où le vaccin est disponible, en particulier dans les pays dans lesquels les établissements de santé ne proposent pas de service pendant les week-ends ou en dehors des heures de classe. ✓ L'OMS et ses partenaires continueront de mettre à jour les données issues des analyses de coûts et des études de couverture et de conseiller les pays afin de les aider à prendre des décisions en matière de stratégie pérenne d'administration du vaccin.
Les filles difficiles à atteindre	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Élaborer un plan d'équité visant à consacrer davantage de temps et de ressources au dénombrement, à l'enregistrement et à la couverture vaccinale des filles difficiles à atteindre. ✓ Suivre l'enregistrement et la couverture vaccinale des filles difficiles à atteindre. ✓ S'investir dans le renforcement des liens entre les établissements de santé et les communautés, notamment à travers la microplanification de la vaccination contre le PVH en collaboration avec les chefs communautaires. ✓ Envisager d'ajouter la vaccination anti-PVH aux services de vaccination systématique de proximité. ✓ Former les agents de santé à accueillir les filles difficiles à atteindre quelle que soit leur situation. ✓ Mettre en place des stratégies de communication pour accéder aux filles difficiles à atteindre et les mobiliser, à travers des canaux de confiance et des supports appropriés. ✓ Envisager <ul style="list-style-type: none"> ▸ une offre de services intégrés pour les communautés difficiles à atteindre ; ▸ de petits cadeaux incitatifs pour les filles qui se présentent à l'établissement de santé ; ▸ un moyen pour que la vaccination contre le PVH puisse être l'occasion d'établir un lien entre les filles difficiles à atteindre et le système éducatif. ✓ Conduire des études qui aideront à mieux comprendre les comportements, les risques, les motivations et les déplacements des filles difficiles à atteindre et des personnes qui en ont la charge.

DOMAINE	IMPLICATIONS POUR LES INTERVENTIONS
Démonstrations et introductions échelonnées	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Les pays pourraient collaborer étroitement avec leurs partenaires, à l'avance, pour évaluer les stratégies potentielles d'administration du vaccin, l'intégration avec le PEV, les coûts et autres implications du déploiement de la vaccination anti-PVH. ✓ Les pays peuvent envisager de tester deux stratégies différentes d'administration du vaccin, même la première année. ✓ Les pays devraient choisir des districts pour la démonstration plus représentatifs des conditions nationales et tester les possibilités d'administration du vaccin aux populations difficiles à atteindre. ✓ Les pays devraient évaluer si le terme « démonstration » est susceptible de déclencher des rumeurs et des incompréhensions vis-à-vis du programme, et choisir d'autres termes pour le décrire. ✓ Les pays peuvent envisager un déploiement national échelonné plutôt qu'un projet de démonstration, car c'est l'occasion de sécuriser les budgets et d'encourager l'élan politique tout en tirant des enseignements qui pourraient être appliqués à l'échelle nationale. ✓ Les donateurs pourraient évaluer et actualiser les exigences des programmes de démonstration sur la base des enseignements tirés à ce jour. ✓ Les partenaires techniques devraient prévoir davantage de réunions d'initiation en temps utile pour partager les enseignements tirés avec les pays qui envisagent des programmes de démonstration ou un déploiement national.
Communication	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Recenser dès le départ les parties prenantes appropriées et commencer à travailler avec elles. ✓ Si le vaccin est fourni par un fabricant, envisager de demander un soutien pour la communication dans le contrat d'achat. ✓ Prévoir des stratégies pour répondre proactivement et rapidement aux questions et rumeurs courantes portant sur la confusion entre démonstrations et « essais », l'innocuité du vaccin, la population cible, l'activité sexuelle, la fertilité et les effets secondaires. ✓ Envisager de rassembler des informations supplémentaires à travers des enquêtes succinctes ou même une étude CAP afin de préparer la stratégie de communication. ✓ Adapter les stratégies, les messages et les supports aux différents publics, notamment les filles, les personnes qui en ont la charge, les enseignants, les agents de santé, les médias et les organisations professionnelles ou autres spécialistes. ✓ Les messages sont plus efficaces lorsqu'ils présentent le vaccin comme un vaccin contre le cancer, mettent en avant son innocuité, son efficacité, et donnent des précisions sur qui, où et quand recevoir le vaccin. ✓ Les supports doivent clairement montrer que le gouvernement approuve le vaccin. ✓ Décider d'utiliser une ou plusieurs langues et, si les supports sont traduits, veillez à ce qu'ils soient cohérents et adaptés au groupe linguistique visé. ✓ Veiller à ce que les médias soient initiés dès le départ en utilisant des supports clairs. Demander immédiatement des corrections si un média commet une erreur ou publie des allégations infondées. ✓ Être bien attentif aux choix du processus de consentement pour éviter de suggérer que la vaccination anti-PVH fait partie d'un projet de recherche, tout en mettant en balance le droit des filles et des personnes qui en ont la charge de fournir un consentement éclairé.

DOMAINE	IMPLICATIONS POUR LES INTERVENTIONS
Communication	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Certaines écoles, en particulier les écoles privées, peuvent nécessiter un processus de consentement spécifique. ✓ Prévoir un système pour surveiller les rumeurs et les problèmes, et y répondre rapidement. ✓ Utiliser le suivi et l'évaluation pour mesurer l'impact de la communication sur le programme de vaccination anti-PVH, et ajuster le plan de communication si nécessaire. ✓ S'investir dans une stratégie de communication à long terme qui fournit chaque année aux parties prenantes des informations actualisées.
La gestion des crises	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Être préparé : En connaissant les principaux écueils liés à la vaccination anti-PVH, les pays peuvent prévoir et éviter les crises autant que possible. ✓ Élaborer un plan de réduction des risques. ✓ Lors de la prise de décisions, se demander : « Si l'on prend telle mesure, les bénéfices l'emporteront-ils sur les risques ? Comment peut-on réduire les risques ? » ✓ Agir vite si une crise survient. Veiller à ce que les bonnes personnes prennent les décisions et les communiquent. ✓ La sécurité des personnes n'est pas négociable et elle constitue le principal objectif. Pour tout le reste, faire preuve d'habileté et de souplesse pour trouver des solutions acceptables.
Enregistrement, suivi et évaluation	<ul style="list-style-type: none"> ✓ L'OMS et l'UNICEF doivent donner des orientations pour le suivi de la vaccination contre le PVH. ✓ L'OMS et l'UNICEF doivent commencer à communiquer les estimations de la couverture vaccinale contre le PVH dans les pays. ✓ L'Alliance GAVI doit revoir ses exigences en matière d'évaluation au vu des problèmes de financement et de charge de travail liés aux évaluations actuelles. ✓ Les pays qui introduisent le vaccin anti-PVH doivent envisager : <ul style="list-style-type: none"> ▸ un moyen pour mieux intégrer et suivre la fréquence et la qualité de la supervision ; ▸ un calcul de la couverture sur la base du dénominateur total, et non pas du nombre de filles qui ont reçu la première dose ; ▸ un moyen pour tirer parti de l'introduction du vaccin anti-PVH pour améliorer la notification des MAPI ; ▸ le critère d'administration du vaccin – âge ou classe – et ses répercussions sur le suivi ; ▸ la définition des cibles et le suivi de la couverture des filles non scolarisées ; ▸ le suivi de la couverture des filles immunodéprimées en collaboration avec les programmes de lutte contre le VIH ; ▸ la réalisation d'enquêtes de référence sur la communication, comprenant des indicateurs reflétant l'hésitation du public et permettant de mesurer l'impact des activités de communication.
Intégration	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Les pays et les partenaires doivent mieux documenter les mesures d'intégration, notamment les études de coûts, l'impact sur le système de santé et les résultats sanitaires, et doivent continuer de partager les enseignements tirés. ✓ L'OMS et ses partenaires développent actuellement des outils d'estimation des coûts des programmes sanitaires pour les adolescents pour favoriser l'intégration.

DOMAINE	IMPLICATIONS POUR LES INTERVENTIONS
Intégration avec les programmes de lutte contre le cancer du col utérin	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Les pays sont encouragés à continuer de mettre en place une programmation globale de prévention du cancer du col, dont les principales interventions tout au long de la vie sont l'éducation, la vaccination anti-PVH, le dépistage et le traitement. Cela implique une coordination étroite entre différents départements notamment le PEV et les services consacrés aux maladies non transmissibles. Pour en savoir plus, les pays peuvent consulter la publication de l'OMS intitulée Comprehensive Cervical Cancer Control: A Guide to Essential Practice (http://bit.ly/WHOcervicalcancer). ✓ La vaccination anti-PVH peut être l'occasion pour les pays de développer leurs connaissances, la sensibilisation, l'élan et les ressources pour le dépistage et le traitement du cancer du col parmi les décideurs, les agents de santé, les enseignants et les communautés, et en particulier parmi les femmes. ✓ Les pays devraient continuer à diffuser des messages pour promouvoir la vaccination anti-PVH pour les filles et le dépistage pour les mères/femmes qui ont la charge des filles quand le dépistage est disponible.
Intégration avec les programmes pour la santé des adolescents	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Les pays sont encouragés à évaluer les possibilités d'intégrer dans la vaccination anti-PVH des services de santé pour les adolescents quand ils peuvent avoir un impact sur la santé publique, qu'ils sont adaptés à l'âge et qu'ils permettent de gagner en efficacité. ✓ L'OMS a identifié des options basées sur des données factuelles pour l'intégration. ✓ La coordination entre les différents secteurs que sont le PEV, la santé des adolescents, la santé à l'école, l'enseignement et d'autres groupes peut être difficile au début, mais elle contribuera de manière certaine à améliorer la santé des adolescents et la pérennité de la vaccination anti-PVH à travers l'intégration.
Coût, financement et pérennisation	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Les pays bénéficiant du soutien de l'Alliance GAVI peuvent prendre différentes mesures pour améliorer leurs chances d'élargir et de pérenniser leurs programmes de vaccination contre le PVH : <ul style="list-style-type: none"> ▸ impliquer les décideurs clés des ministères de la santé, de l'éducation et des finances pour s'assurer d'obtenir des capacités financières ; ▸ utiliser les informations et les outils disponibles aujourd'hui, réaliser une analyse préliminaire des coûts avant de commencer le programme de démonstration, en modélisant différentes stratégies d'administration et l'intégration avec d'autres interventions pour la santé des adolescents ; ▸ choisir des stratégies d'administration qui permettent de parvenir à un équilibre entre une couverture élevée et un coût soutenable à long terme ; ▸ intégrer la programmation et le coût de la vaccination anti-PVH dans le budget du plan pluriannuel complet ; ▸ continuer à renforcer la coalition des défenseurs de la vaccination anti-PVH au sein du PEV, de la lutte contre le cancer, de la santé de la femme, de la gynécologie, de la santé des adolescents, de l'éducation et autres, qui peuvent aider à promouvoir la vaccination anti-PVH.

DOMAINE	IMPLICATIONS POUR LES INTERVENTIONS
Coût, financement et pérennisation	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tous les pays peuvent continuer à publier et à échanger des informations sur la manière dont ils sont parvenus à mettre en place une programmation de la vaccination anti-PVH offrant un bon rapport coût/efficacité et durable. ✓ Tous les pays peuvent contribuer à l'outil V3P de l'OMS et le consulter ; de cette manière, ils participent à améliorer la transparence des prix et à accroître la base de connaissances sur les coûts de tous les vaccins disponibles. ✓ L'OMS et ses partenaires doivent : <ul style="list-style-type: none"> ▸ aider les pays à utiliser les outils disponibles, y compris le plan pluriannuel complet et le plan de travail annuel, et les outils et plateformes C4P, PRIME et V3P ; ▸ continuer à analyser les coûts de l'administration du vaccin anti-PVH afin de mieux comprendre les facteurs de coût et les meilleures stratégies d'administration du point de vue des coûts ; ▸ accumuler et partager des connaissances sur la meilleure combinaison de stratégies d'administration pour mettre en place des programmes de vaccination anti-PVH offrant un bon rapport coût/efficacité et pérennes ; ▸ parachever l'outil de budgétisation des interventions pour la santé des adolescents qui peuvent être intégrés à la vaccination anti-PVH, ainsi que le module de budgétisation de la prévention et du dépistage du cancer du col, et promouvoir leur utilisation.

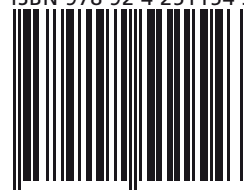
BIBLIOGRAPHIE ET RESSOURCES SUPPLÉMENTAIRES

Pour consulter d'autres ressources sur le vaccin anti-PVH, consulter la page Web de l'OMS intitulée HPV Vaccine Introduction Clearing House: <http://www.who.int/immunization/hpv/en/>, les ressources du PATH à l'adresse www.rho.org, et les documents référencés en bas de page dans la présente publication.



Organisation
mondiale de la Santé

ISBN 978 92 4 251154 3



9 789242 511543