

Education Santé, n° 289, mai 2013

Vaccination HPV Ecole PSE Adolescente

MIERMANS M.-C., SWENNEN B., VERMEEREN A.

## L'implantation de la vaccination contre le papillomavirus en PSE

**Introduire la vaccination contre le papillomavirus (HPV) dans les pratiques des services/centres de santé scolaire (dits PSE) requiert de réunir, au sein du programme de vaccination, un certain nombre de conditions d'ordre scientifique, politique, administratif et organisationnel. Cela nécessite également de mobiliser les professionnels et de prendre en compte leurs représentations et difficultés d'adhésion.**

Notre article relate la complexité du contexte et présente les résultats de l'implantation de la vaccination HPV en PSE durant l'année scolaire 2011-2012. C'est sur l'analyse des processus à l'œuvre dans ce projet que s'est centrée l'évaluation de cette première année. Les résultats ne portent ni sur la couverture vaccinale, ni sur l'étude épidémiologique de l'évolution du nombre d'infections susceptibles de provoquer des lésions du col de l'utérus.

### Éléments du contexte favorables à l'implantation de la vaccination HPV

#### Existence d'une recommandation scientifique

La proposition d'introduction de la vaccination contre le papillomavirus humain (HPV) dans le programme de vaccination de la Fédération Wallonie-Bruxelles (FWB) se base sur l'avis du Conseil Supérieur de la Santé (CSS) de 2007 qui recommande que:

*«La vaccination prophylactique généralisée chaque année d'une cohorte d'un an de filles d'un âge compris entre 10 et 13 ans soit réalisée selon les conditions actuellement d'application pour la vaccination des préadolescents contre l'hépatite B. Appliquées à la vaccination HPV, ces conditions sont les suivantes:*

- la médecine scolaire transmet les informations et propose la vaccination anti-HPV;
- le choix est laissé aux parents et au jeune de faire effectuer la vaccination par le médecin scolaire ou tout autre médecin-vaccinateur;
- le schéma vaccinal complet est de préférence clôturé au cours d'une même année scolaire.

*La vaccination doit en outre s'insérer dans des initiatives de promotion de la santé concernant la vie sexuelle et affective et les rapports protégés.»*

#### Existence d'un protocole d'accord entre autorité fédérale et entités fédérées

Elle est rendue possible sur base du protocole d'accord entre l'autorité fédérale et les entités fédérées du 28 septembre 2009 qui précise:

*« La prévention du cancer du col de l'utérus requiert une stratégie globale avec, à la base, un dépistage efficace et la vaccination contre le HPV.*

*Dans le cadre de l'exécution du Plan national cancer, la vaccination contre le papillomavirus humain d'une cohorte scolaire de jeunes filles de 11 à 13 ans peut être organisée par la ou les Communauté(s) concernée(s) au plus tôt à partir de l'année scolaire 2010 - 2011.*

*La vaccination est réalisée conformément au calendrier de vaccination recommandé par le Conseil supérieur de la santé et approuvé par la Conférence interministérielle.*

*Les Communautés s'engagent à enregistrer les données relatives à la population vaccinée.*

*Les données sont enregistrées de telle façon à pouvoir être traitées conjointement avec les données du Registre du cancer.»*

#### Existence d'une décision politique de financement de l'achat des vaccins et choix du Cervarix®

Sur ces différentes bases, la Ministre de la Santé de la FWB a proposé au gouvernement, en juin 2011, d'introduire la vaccination HPV dans le programme de vaccination de la FWB, et de dégager les moyens budgétaires nécessaires à la mise à disposition gratuite du vaccin dans le circuit de distribution organisé par la FWB. Cette décision permettait, de facto, aux services PSE de proposer la vaccination aux jeunes filles de leurs écoles sous tutelle.

En juillet 2011, le choix du vaccin s'est porté sur le Cervarix®, à administrer en 3 doses, en respectant un intervalle de 6 mois entre la première et la troisième dose. En septembre 2011, le vaccin était disponible gratuitement dans le circuit de distribution des vaccins (2).

#### Choix de la cohorte à vacciner

Pour choisir la cohorte, il a été tenu compte de la recommandation du CSS qui mentionne que les filles doivent être âgées entre 10 et 13 ans, et de la présence d'un bilan de santé par la PSE.

La 2e secondaire (en ce compris 1ère supplémentaire, 1ère différenciée et filles de 13-14 ans fréquentant l'enseignement spécialisé) plutôt que la 6e primaire a recueilli l'adhésion des membres du Comité de concertation intersectoriel vaccination (CCIV), principalement pour des raisons d'acceptabilité des parents, de cohérence avec le développement d'initiatives d'éducation à la vie affective et sexuelle en secondaire et d'absence d'études autorisant l'administration simultanée des vaccinations RRO et HPV. Ce choix de la 2e secondaire tient également compte de la nécessité de poursuivre jusqu'en 2014, pour des raisons qui ne seront pas développées ici, la vaccination contre l'hépatite B jusqu'ici réalisée en 6e primaire.

#### Mobilisation des professionnels de la PSE pour leur mission vaccinale HPV

Les journées de formation organisées en juin de chaque année par PROVAC (1) ont été centrées, en 2011, sur l'introduction de cette vaccination dans les pratiques vaccinales des services PSE: l'intérêt de cette vaccination, sa complémentarité avec le dépistage par frottis pour prévenir le cancer du col de l'utérus, les stratégies et modalités de son introduction en PSE, les besoins en outils d'information. À la suite de tous ces échanges, menés avec près de 300 médecins et infirmières PSE, il a été convenu d'une année «pilote» durant laquelle les services/centres volontaires démarreraient la vaccination HPV. La généralisation à l'ensemble des services/centres ne serait effective qu'en 2012-2013. Fin août 2011, PROVAC a adressé un courrier à tous les services/centres actant le cadre dans lequel le programme HPV se déroulerait durant la première année en ce compris les modalités de commande des vaccins, et a distribué les dépliants

d'information à remettre aux parents.

## Information de tous les médecins vaccinateurs

Afin de permettre le libre choix du vaccinateur par les parents, les vaccins sont mis gratuitement à disposition de tous les vaccinateurs.

Fin août 2011, la Direction générale de la Santé a également adressé un courrier à tous les médecins utilisateurs du circuit de commande de la FWB les informant des dernières modifications du programme, dont l'introduction de la vaccination HPV. Comme pour toutes les autres vaccinations, le programme permet à chaque vaccinateur d'obtenir les vaccins HPV, gratuitement, dans le circuit de distribution de la FWB, pour la cohorte de jeunes filles choisie. Ainsi donc, les vaccinateurs HPV potentiels sont non seulement les médecins scolaires, mais aussi les médecins généralistes, les pédiatres, les médecins de plannings familiaux et les gynécologues.

## Objectifs du programme de vaccination HPV

Avant d'aborder les objectifs de l'évaluation, il n'est sans doute pas inutile de dire quelques mots des objectifs visés par le programme lui-même. À terme, l'évaluation devra porter aussi sur ces différents aspects.

L'impact de la vaccination HPV chez les jeunes filles se mesurera, d'abord par une diminution du nombre de lésions au niveau du col provoquées par des infections à HPV, et à terme, par la diminution du nombre de cancers du col de l'utérus. La couverture vaccinale atteinte peut servir rapidement d'indicateur d'efficacité du programme et de mesure de sa capacité à éviter les inégalités sociales de santé en matière de prévention.

L'objectif à 3 ans est une couverture de 80% pour les jeunes filles de la cohorte choisie, grâce à une collaboration efficace de tous les vaccinateurs.

Pour la première cohorte du programme (année scolaire 2011- 2012), l'objectif est d'atteindre 60% de couverture.

## Objectifs de l'évaluation de la première année de vaccination HPV par la PSE

Compte tenu de la diversité des stratégies vaccinales possibles en PSE, dont nous vous passons les détails, l'évaluation en cours d'année scolaire devait permettre de documenter les types de décisions prises tant par les services/centres «vaccinateurs HPV» que «non vaccinateurs HPV». Les résultats étaient analysés par PROVAC puis présentés et débattus lors des journées de formation PSE de juin. Ces échanges devaient permettre aux «vaccinateurs HPV» d'ajuster leurs stratégies, aux «non vaccinateurs HPV» de définir, pour l'année scolaire 2012-2013, des modalités organisationnelles compatibles avec leur réalité propre, et aux décideurs politiques de prendre la mesure des difficultés à mettre en place cette vaccination en PSE sans moyens supplémentaires.

Les objectifs ont été opérationnalisés de la façon suivante:

- recenser le nombre de SPSE/CPMS-CF vaccinateurs HPV durant l'année d'implantation;
- établir le pourcentage de filles sous tutelle des services/centres vaccinateurs ayant demandé la vaccination HPV par la PSE;
- documenter la répartition entre réseaux de la population générale de filles sous tutelle et celle des filles en cours de vaccination;
- relever et décrire les modalités organisationnelles mises en place par les SPSE/CPMS-CF vaccinateurs HPV;
- faire un état des lieux des difficultés rencontrées par les services/centres vaccinateurs;
- faire un état des lieux des raisons de non proposition de vaccination HPV par les services/centres;
- mettre en évidence les solutions possibles pour améliorer la stratégie vaccinale HPV en FWB;
- évaluer les besoins de soutien;
- et enfin connaître les intentions pour 2012-2013 des services/centres non vaccinateurs en 2011-2012.

Pour établir la couverture vaccinale complète, il a été décidé d'attendre la deuxième année du programme. Une enquête de couverture vaccinale est prévue en 2e secondaire, en 2012-2013, non seulement pour la vaccination HPV des jeunes filles mais aussi pour l'hépatite B et la 2e dose de RRO des filles et des garçons.

Durant la première année de vaccination HPV, la part prise par les vaccinateurs privés ne pourra être approchée que sur base des commandes de vaccins.

## Résultats les plus marquants

### Combien de services/centres ont proposé la vaccination HPV?

L'évaluation a mis en évidence que les cent quarante services/centres n'avaient pas tous des élèves de l'enseignement secondaire sous tutelle. On en a dénombré cent vingt quatre.

Septante huit d'entre eux se sont déclarés vaccinateurs HPV, pour tout ou partie de leur population de filles sous tutelle.

Au total, cela représente 63% de services/centres vaccinateurs HPV.

Pour le réseau SPSE, 57 services sur 83 vaccinent, soit 69%; pour les CPMS-CF, 21 sur 41, soit 51%.

La répartition de ces 78 vaccinateurs HPV par type de réseau montre que 19% appartiennent au réseau SPSE libre, 29% au réseau SPSE des Villes et Communes, 24% au réseau SPSE provincial et 27% sont des CPMS-CF.

### Combien de filles ont initié une vaccination HPV en PSE?

L'ensemble de la population sous tutelle des 124 services/centres s'élève à 35.474 filles.

Les 78 services/centres «vaccinateurs HPV» ont 19.872 filles sous tutelle, soit 56% de l'ensemble de la cohorte.

Parmi ceux-ci, certains n'ont proposé la vaccination HPV qu'à une partie de leur population sous tutelle. C'est pourquoi on ne dénombre que 13.920 filles ayant reçu une proposition de vaccination HPV, soit 39% de l'ensemble de la cohorte.

Les parents de 5.156 filles ont signé une autorisation de vaccination HPV par la PSE.

En janvier 2012, 14,5% de la cohorte a donc été vaccinée en PSE, ou encore 37% des jeunes filles ayant reçu la proposition.

Ce résultat montre bien à quel point un des enjeux de la réussite du programme de vaccination HPV tient dans la contribution de chaque type de vaccinateur, qu'il soit médecin scolaire, médecin généraliste ou pédiatre, et dans une moindre mesure, médecin de planning familial et gynécologue.

Aucune information n'a pu être récoltée sur les caractéristiques sociales des filles auxquelles la vaccination HPV a été proposée, qui puisse documenter la question des inégalités sociales de santé.

### La charge de travail est-elle plus importante dans certains services/centres que d'autres?

Les services/centres ont fait preuve d'inventivité pour organiser leur pratique vaccinale de façon efficiente, tout en tenant compte de leurs contraintes et en évitant de modifier l'organisation du planning des bilans de santé.

Pour la gestion du programme, un enseignement majeur de cette évaluation d'implantation a permis de constater une répartition très différente, entre les quatre réseaux PSE, des populations sous tutelle. Ainsi donc, à subsidiation

équivalente, deux services/centres peuvent avoir une charge de travail très différente selon la répartition de leur population sous tutelle entre primaire et secondaire.

L'évaluation a montré que 53% des filles de la cohorte relèvent de la tutelle de SPSE libres, 12,5% de la tutelle de SPSE Villes et Communes, 8,5% de la tutelle de SPSE provinciaux, et 26% de la tutelle de CPMS-CF.

La charge de travail liée à la prise en charge vaccinale HPV s'est dès lors avérée très différente selon les réseaux. Cela s'est traduit par la mise en œuvre de stratégies différentes, et a abouti aux résultats suivants: le réseau SPSE libre a vacciné 9% de sa population sous tutelle (soit 1696 filles), le réseau SPSE provincial 21% (633 filles) et le réseau SPSE des Villes et Communes 35% (1561 filles). Quant au réseau CPMS de la CF, il a vacciné 14% (1266 filles) de sa population sous tutelle.

Cette importante disparité s'explique essentiellement par trois facteurs qui eux-mêmes dépendent des moyens dont les équipes disposent en dehors de la subvention liée au décret:

- La proportion de «vaccinateurs HPV» au sein de chaque réseau est très inégale: 48% ans le réseau libre, 51% dans le réseau CPMS- CF, 70% dans le réseau provincial et 92% dans le réseau des Villes et Communes;
- Parmi les «vaccinateurs HPV», la proportion de services/centres qui adressent une proposition de vaccination à une sélection de leurs filles sous tutelle est inégale selon les réseaux: la moitié dans le réseau libre (7 services sur 15), le tiers dans le réseau CPMS-CF (7 centres sur 21) et celui des Villes et Communes (7 services sur 23), et 1 seul sur 19 dans le réseau provincial;
- Les modalités organisationnelles de la vaccination sont aussi très différentes selon les réseaux et favorisent une plus ou moins grande accessibilité à toute la population. Se rendre à l'école pour y administrer les 3 doses de vaccins durant le temps scolaire rend la vaccination accessible à un plus grand nombre que d'organiser des permanences vaccinales au centre, en dehors du temps scolaire.

Rien dans l'analyse ne permet de conclure à des différences d'attitudes face à la vaccination HPV provenant de réticences d'ordre philosophique.

## Principaux freins et facilitateurs mentionnés par les « vaccinateurs HPV »

### Les difficultés

Les principales difficultés identifiées durant cette 1ère année relèvent de 6 aspects différents de la pratique vaccinale. La difficulté la plus citée concerne le **surcroît de gestion administrative** pour réaliser une vaccination en 3 doses. C'est une difficulté de la mission vaccinale exprimée de façon récurrente; elle est ici renforcée par le fait d'introduire une vaccination en 3 doses à un niveau scolaire (2e secondaire) jusque là non concerné par la vaccination.

Ensuite, on relève les **coûts supplémentaires liés à l'acte vaccinal** (rémunérations des médecins, augmentation de temps infirmier et administratif, augmentation des frais de déplacements), **l'information des parents** (réticences, difficultés de lecture et de compréhension des documents liés aux différences de milieu socioculturel, confusion entre HPV et HBV, informations relatives à la transmission de données et respect de la vie privée, impact des campagnes médiatiques des mouvements anti-vaccinaux), **les difficultés d'adhésion des professionnels** liées aux doutes sur l'efficacité et la sécurité de cette vaccination et **la communication et le partenariat avec les écoles secondaires** jugés plus difficiles qu'avec l'école primaire.

Enfin, les services/centres mettent en garde contre le **double encodage** des données vaccinales dans une banque de données vaccinales et dans leur logiciel en vue du «Recueil standardisé d'informations sanitaires».

Il est à noter que les équipes n'ont pas rencontré de grosses difficultés liées à la gestion de l'absentéisme des élèves et au changement d'écoles en cours d'année, alors qu'elles le craignaient.

### Les facilitateurs

Certains éléments ont été relevés comme facilitateurs durant cette 1ère année: **une bonne préparation du programme de vaccination HPV et une bonne organisation de l'équipe, l'appui à l'organisation de la pratique vaccinale** ( gratuité du vaccin, dépliants et documents fournis par PROVAC, travail sur la banque de données vaccinales...), **l'accessibilité de la population sous tutelle** (proximité des écoles par rapport au SPSE ou CPMS-CF, nombre plus restreint d'écoles secondaires, bonne connaissance des élèves, taille des écoles d'où diminution des déplacements, disposer du local PMS dans l'école...), **l'établissement de collaborations et partenariats avec les CPMS, les plannings familiaux... et une bonne collaboration des écoles**.

En synthèse, réfléchir aux aspects organisationnels de la pratique vaccinale, utiliser les ressources existantes et établir de bonnes collaborations et partenariats sont d'importants facilitateurs. Néanmoins, l'accessibilité de la population sous tutelle (distance entre écoles et services/centres, nombre d'écoles sous tutelle, taille des écoles) citée comme facilitateur par certains constitue un frein majeur pour d'autres.

## Raisons du choix de «non vaccination HPV» en 2011-2012 et intention vaccinale pour 2012-2013

L'enquête auprès des 92 SPSE/cabinets de consultation CPMS-CF «non vaccinateurs HPV» durant l'année pilote a notamment porté sur les raisons de leur choix de non vaccination. L'analyse est présentée par réseaux car là aussi cette variable est déterminante pour comprendre les décisions prises par les services/centres et appréhender les possibilités d'évolution lors de la 2e année.

Dans le réseau libre (16 SPSE), la raison principale est le manque de moyens financiers pour rémunérer les médecins; dans le réseau des Villes/communes (2 SPSE), c'est le manque de médecins disponibles et de temps pour le colloque singulier; dans le réseau provincial (8 SPSE des provinces de Namur et du Luxembourg), il s'agit de l'attente des résultats de la 1ère année pilote, tant au sein des services de la province, que de l'ensemble de la FWB.

Quant aux 66 cabinets de consultation CPMS-CF, 35 d'entre eux pointent le manque de médecins disponibles, soit près de la moitié.

Quant aux intentions vaccinales de ces 92 services/cabinets de consultation CPMS-CF pour la future année scolaire, on relève que 70 d'entre eux ne vaccineront toujours pas HPV en 2012-2013 si la situation reste inchangée.

## Recueil des opinions des professionnels concernant la vaccination HPV

Lors des journées PSE 2011 et 2012, les participants (265 et 246) ont été invités à marquer leur degré d'adhésion vis-à-vis de 12 propositions relatives à la vaccination HPV. Cette grille de recueil d'opinions vise à titre indicatif à prendre la mesure des opinions, des plus consensuelles au plus contrastées, et d'observer une éventuelle évolution entre 2011 et 2012 des représentations des médecins et infirmières PSE vis-à-vis de cette vaccination.

En juin 2011 ainsi qu'en juin 2012, une majorité d'items recueillent des pourcentages de réponse indiquant des opinions largement favorables à la vaccination HPV.

Pour 2 items («Sur base des éléments dont je dispose aujourd'hui qui ne me rassurent pas sur l'efficacité à long terme, j'estime que cette vaccination risque d'induire un sentiment de fausse sécurité» et «Je redoute que cette vaccination ne fasse abandonner le frottis de col par conviction d'être suffisamment bien protégée contre le cancer»), on ne voit pas

d'évolution entre 2011 et 2012, les avis restant contrastés.

Pour aucune des 12 propositions, on ne relève d'évolution dans le sens d'une meilleure adhésion à la vaccination HPV en PSE.

Néanmoins, un test statistique sur la signification des différences entre les réponses fournies en 2011 et en 2012 indique que, pour 3 items, la différence observée est statistiquement significative marquant une évolution dans le sens d'une moins bonne adhésion à cette vaccination.

De l'analyse des réponses par groupe professionnel, il ressort que c'est dans le sous-groupe des infirmières que l'évolution se marque clairement:

- augmentation significative du nombre d'accord avec les propositions «*J'estime que seul le dépistage du cancer du col par frottis peut suffire pour prévenir efficacement cette pathologie*», «*La vaccination HPV est une vaccination de luxe*» et «*En proposant cette vaccination, j'ai peur de faire croire que j'incite à une vie sexuelle précoce*».

- diminution significative du nombre d'accord avec la proposition «*Vacciner contre le HPV en PSE est une façon de remédier aux inégalités sociales de santé*».

Cette analyse doit toutefois être abordée avec précaution avant d'en tirer des conclusions définitives sur l'évolution des opinions des professionnels à propos de la vaccination HPV. Il est en effet impossible de vérifier si la répartition des répondants par type de professionnels et par réseau est similaire entre les 2 années. Nous avons juste pu évaluer que le taux de participation des CPMS-CF est plus élevé en 2012 qu'en 2011.

Néanmoins ces résultats mettent en lumière la nécessité, pour le programme, de prendre en compte les difficultés d'adhésion des professionnels à cette vaccination et à sa pertinence principalement en termes d'efficacité.

## **Avis des services/centres recueillis lors des journées de formation de juin 2012 et décisions pour la 2e année du programme**

Des échanges relatifs à cette première année de vaccination HPV en PSE ont été menés lors des journées PSE/PROVAC de juin 2012. Il en ressort une volonté de poursuivre cette vaccination inhérente à la mission vaccinale PSE malgré les difficultés rencontrées, tout en interrogeant la pertinence du choix de la 2e secondaire comme cohorte à vacciner.

Certaines équipes souhaitent une simplification des documents à compléter par les parents en vue d'une meilleure compréhension par des parents peu lettrés. Des pistes se dessinent également en vue d'une meilleure information des écoles (direction, éducateurs...) et d'une amélioration de la collaboration avec les plannings familiaux et les CPMS pour intégrer l'information des jeunes dans des animations d'éducation à la vie affective et sexuelle.

Il est également souhaité d'améliorer l'information et la communication avec les médecins généralistes.

Des interpellations au pouvoir subsidiant portent sur la nécessité de revoir le financement de la mission vaccinale, au risque de voir s'effectuer un choix arbitraire parmi les missions, de prendre en considération les raisons de la pénurie de médecins et d'infirmières, encore plus aiguë en CPMS-CF, de solutionner le problème de double encodage des données vaccinales dans le cadre du recueil de données sanitaires en PSE et dans la base de données vaccinales, d'obtenir un meilleur soutien de leur mission vaccinale de la part de la hiérarchie des CPMS-CF.

Au vu de ce premier bilan et du maintien de la décision politique de ne pas dégager de moyens financiers supplémentaires pour améliorer le potentiel de vaccination HPV de la PSE, il apparaît que les conditions ne sont pas réunies pour généraliser une proposition de vaccination HPV par la PSE à toute sa population sous tutelle.

PROVAC a dès lors demandé que tous les SPSE/CPMS-CF fassent une offre de vaccination HPV que celle-ci soit partielle ou totale par rapport aux jeunes filles sous tutelle, et qu'ils informent tous les parents, de filles et de garçons du niveau scolaire concerné, de la disponibilité d'un vaccin HPV gratuit à l'âge de 13-14 ans pour les jeunes filles, par la distribution du dépliant: «Du neuf avec la vaccination papillomavirus des jeunes filles!».

## **Conclusion**

La majorité des équipes SPSE/CPMS-CF ont relevé, en septembre 2011, le défi de la vaccination HPV malgré le caractère tardif de la prise de décision politique d'introduire le vaccin HPV dans le circuit de distribution de la Fédération Wallonie-Bruxelles. L'évaluation de la mise en œuvre de cette vaccination a mis en évidence un certain nombre de difficultés, largement débattues avec les équipes SPSE/CPMS-CF lors des journées de juin 2012. Elle a conduit à permettre que les services/centres adaptent leur proposition vaccinale HPV à leurs capacités de réaliser une vaccination complète des jeunes filles auxquelles ils la proposent.

PROVAC, c/o DG Santé Ministère Fédération Wallonie-Bruxelles, Bd Léopold II 44, 1080 Bruxelles. Courriel: [mc.miermans@ulg.ac.be](mailto:mc.miermans@ulg.ac.be), [bswennen@ulb.ac.be](mailto:bswennen@ulb.ac.be), [axelle.vermeeren@uclouvain.be](mailto:axelle.vermeeren@uclouvain.be) <br></br>

(1) PROVAC est une association interuniversitaire (UCL, ULB, ULg) qui apporte depuis maintenant plus de 20 ans ses compétences à l'organisation et au développement d'un programme structuré de vaccination en Fédération Wallonie-Bruxelles.

(2) Pour sa part, la Vlaamse Gemeenschap a choisi l'autre vaccin, le Gardasil ®, et a démarré la vaccination lors de l'année scolaire 2010-2011.