

Introduction du vaccin anti-VPH : enseignements clés d'une revue des projets pilotes et programmes

Résumé

Le cancer du col de l'utérus est une cause majeure de morbidité et de mortalité chez les femmes dans les pays à revenu faible et intermédiaire, avec chaque année près de 500 000 nouveaux cas et 275 000 décès. Alors que les programmes de dépistage aident à réduire la mortalité dans les pays à revenu élevé, ils restent bien souvent irréalisables dans la plupart des pays à faible revenu. Ces dernières années, les vaccins contre le Virus du Papillome Humain (VPH) se sont révélés être une solution efficace de prévention du cancer du col de l'utérus dans les contextes à faibles ressources. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) les recommande ainsi pour les filles de 9 à 13 ans.

Depuis 2007, les pays à revenu faible et intermédiaire ont développé leur expérience en matière d'administration du vaccin anti-VPH à travers des projets de démonstration et des programmes nationaux de vaccination. Plusieurs dizaines de pays ont assimilé les méthodes efficaces qui permettent d'obtenir l'acceptation des parents et ainsi atteindre les jeunes adolescentes, le tout à des coûts de prestation relativement faibles.

Ce dossier présente la **première revue complète des expériences d'administration du vaccin anti-VPH dans 46 pays à revenu faible et intermédiaire**, conduite par des chercheurs de la *London School of Hygiene & Tropical Medicine* et de PATH entre 2014 et 2016.

Il synthétise notamment les principaux résultats et les enseignements tirés de l'expérience acquise dans la vaccination contre le VPH selon cinq grands thèmes : préparation, communication, administration du vaccin, réalisations et pérennité. Certains documents, spécifiques à chaque thème, incluent des recommandations pour l'introduction du vaccin et la mise en œuvre à l'échelle nationale. D'autres, exposent plus particulièrement les bénéfices des projets de démonstration et les enjeux potentiels de la vaccination anti-VPH.

Pour les décideurs nationaux et internationaux, le poids grandissant du cancer du col de l'utérus atteste que **le moment est venu d'accroître la portée de la vaccination anti-VPH en s'appuyant sur les données probantes**, afin de protéger les jeunes filles. Les enseignements tirés de l'expérience acquise par d'autres pays peuvent éclairer les décideurs sur la meilleure façon de mettre en œuvre des projets de démonstration ainsi que des programmes nationaux de vaccination anti-VPH.



Les enseignements

Les résultats de l'étude confirment la **faisabilité de la vaccination anti-VPH** et la **possibilité d'une couverture vaccinale élevée** dans les pays à revenu faible et intermédiaire, ainsi que **l'expérience d'une mise en oeuvre réussie pour de nombreux pays**. Les résultats et enseignements principaux incluent :

PRÉPARATION

- L'engagement politique au niveau le plus élevé a permis de mettre en oeuvre des projets et des programmes nationaux plus efficaces.
- Une planification et une coordination intersectorielles - à tous les niveaux de la santé, de l'éducation et de la finance (pour ce qui concerne les programmes nationaux en particulier) - ont été essentielles au succès de la mise en oeuvre et de la pérennité.
- L'intégration du vaccin anti-VPH au sein du programme de vaccination de routine a été source d'efficacité.

COMMUNICATION

- Des activités de mobilisation communautaire efficaces ont été menées par les agents de santé et les chefs de groupes et de communautés. Celles-ci ont été réalisées selon diverses méthodes et au moins un mois avant la vaccination.
- Les messages les plus efficaces ont été : le vaccin anti-VPH prévient le cancer du col de l'utérus, est sûr, ne nuit pas à la fécondité future, a été approuvé par le gouvernement et l'OMS.
- Une communication directe avec les parents et les communautés a renforcé la confiance et limité la propagation de rumeurs.
- Le recours au consentement « opt-in », surtout lorsqu'il ne correspond pas à la norme du programme de routine, a eu pour effet d'intensifier les rumeurs. L'approche « opt-out » s'est avérée acceptable dans les pays qui l'ont mise en oeuvre.

ADMINISTRATION DU VACCIN

- La vaccination dans les écoles a permis d'atteindre la plus grande couverture vaccinale.
- Bien que difficile et coûteux, le dénombrement de la population avant la vaccination a facilité l'établissement des registres et une bonne planification des stocks de vaccins.
- En milieu scolaire, la sélection des filles à vacciner en fonction de la classe a été plus facile sur le plan logistique qu'une sélection en fonction de l'âge.
- Les calendriers vaccinaux composés de deux doses sont plus faciles à mettre en oeuvre et moins coûteux que les calendriers vaccinaux composés de trois doses.
- L'administration de toutes les doses au cours d'une même année scolaire a réduit le taux d'abandon et a permis une meilleure couverture vaccinale.
- Le fait de recourir à des agents de santé communautaire a permis d'identifier les filles déscolarisées ainsi que celles qui avaient manqué l'administration d'une dose.
- Offrir une deuxième opportunité de vaccination a permis d'atteindre les filles dont les parents avaient initialement refusé la vaccination, ainsi que les filles absentes ou déscolarisées.

Vue globale du projet

Plus de 1 750 000 filles atteintes

(Rapports de 69 expériences d'administration sur 92)

Nombre estimé d'au moins 1 400 000 filles complètement vaccinées

(Rapports de 56 expériences d'administration sur 92)



COMMUNICATION



Bolivie : Solide sensibilisation communautaire effectuée selon diverses modalités, y compris par l'intermédiaire de médias locaux, en amont des journées de vaccination.



ADMINISTRATION DU VACCIN



Tanzanie : Approche réussie de la vaccination en milieu scolaire ; le pays teste maintenant l'administration en centre de santé, avec stratégie avancée dans les écoles et communautés en 2015–2016.

PÉRENNITÉ



Bhoutan : Mise en œuvre nationale de la vaccination en milieu scolaire et dans les centres de santé en 2010 et 2011-13, respectivement. La couverture vaccinale ayant été supérieure de 20% en milieu scolaire, le pays a décidé d'adopter cette approche à partir de 2014.

RÉALISATIONS



Laos : Couverture supérieure à 90% dans les districts urbains et périurbains par la vaccination en milieu scolaire.

BÉNÉFICES



Botswana : Réalisation de deux projets de démonstration avec intégration des enseignements tirés dans le plan de mise en œuvre pour l'introduction au niveau national.

PRÉPARATION



Malawi : Trois départements du ministère de la Santé (Maladies non Transmissibles, Programme Elargi de Vaccination et Santé de la Reproduction), soutenus par un engagement politique fort du gouvernement, ont collaboré à la planification et à la mise en œuvre du programme de vaccination anti-VPH.

ENJEUX



Manque d'engagement politique de haut niveau.

Faible implication du Programme Elargi de Vaccination (PEV).

Faible coordination entre les secteurs de la santé et de l'éducation dans les programmes incluant la vaccination en milieu scolaire.

Sous-estimation des effets d'une couverture médiatique négative et de l'influence des médias sociaux.

Difficulté d'estimation de la population cible au niveau des districts à partir des sources de données nationales et internationales.

Retard dans la mise à disposition des fonds pour la planification et la mise en œuvre des projets et des programmes. Difficultés à mobiliser les ressources financières pour assurer l'administration du vaccin.

Engagement tardif ou absent des chefs communautaires locaux dans les efforts de mobilisation sociale.

Défaut d'engagement des écoles privées dès le début de la planification en vue d'assurer une bonne collaboration.

Planification insuffisante de l'administration du vaccin auprès des populations difficilement accessibles, telles que les filles déscolarisées.

RÉALISATIONS

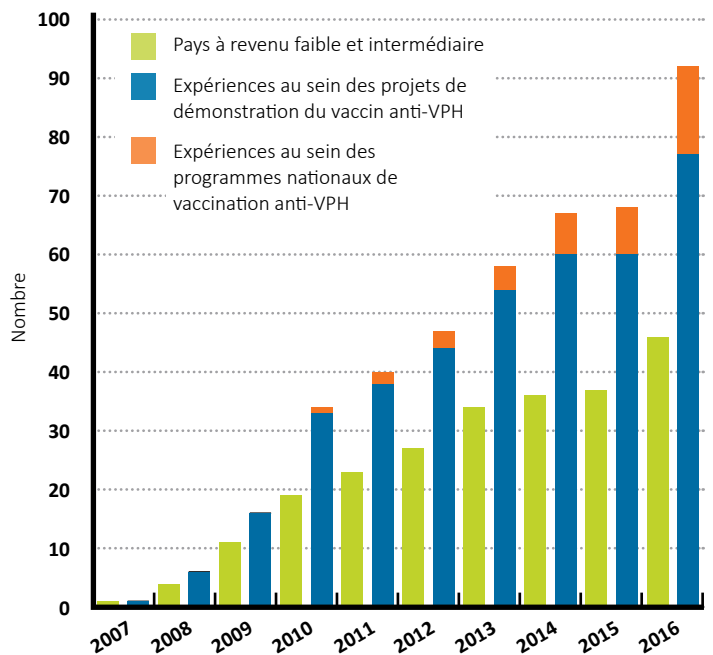
- Les données rapportées par les 51 projets pilotes et 9 programmes nationaux ont fait état d'une couverture vaccinale de plus de 50 % ; pour 50 d'entre eux, elle a été d'au moins 70 %.
- Les premiers résultats suggèrent qu'un calendrier vaccinal composé de deux doses produit une couverture élevée.
- Le critère d'éligibilité en fonction de l'âge facilite le dénombrement, l'estimation de la prise vaccinale et des taux de couverture vaccinale.

PÉRENNITÉ

- Les coûts financiers récurrents d'administration (hors coût du vaccin) se situaient entre 1,11 et 9,21 USD par dose, selon la source de financement.
- Les coûts de démarrage annualisés représentaient en moyenne environ 50 % de l'ensemble des coûts financiers et économiques.
- Le coût des vaccins et de leur administration a été une information essentielle pour estimer les ressources financières nécessaires à la pérennité du programme dans les pays.
- Les incertitudes de financement ont influencé les décisions des pays en matière de passage à l'échelle nationale du programme.

Graphique 1. Nombre cumulé de pays et d'expériences* d'administration du vaccin anti-VPH

Pays à revenu faible et intermédiaire, janvier 2007 - mars 2016



*Une expérience d'administration du vaccin anti-VPH est définie par la population cible spécifique et le lieu de vaccination au sein d'un projet/programme particulier (défini par la source de financement). Un pays peut en ce sens avoir participé à cette étude avec plusieurs expériences distinctes.

Bénéfices et enjeux des projets de démonstration du vaccin anti-VPH

Les bénéfices et enjeux potentiels des projets de démonstration du vaccin anti-VPH portent notamment sur les aspects suivants :

BÉNÉFICES

- Les enseignements que l'on peut tirer suite à neuf années de projets de démonstration sont homogènes.
- Les projets ont permis d'acquérir une expérience précieuse en matière de planification et de budgétisation de la vaccination en milieu scolaire, de dénombrement des filles, d'approches acceptables de consentement, de collaboration avec le ministère de l'Éducation, d'élaboration de matériels d'éducation communautaire. Ils ont aussi permis de préparer l'introduction du vaccin au niveau national.
- Peu de pays ont saisi l'opportunité des projets de démonstration pour tester différentes combinaisons de lieux de vaccination, de calendrier, d'éligibilité et d'administration conjointe avec d'autres interventions.
- Le processus de sélection et l'envergure limitée des projets ont rendu certains enseignements inapplicables au passage à l'échelle nationale.
- Le déploiement progressif à l'échelle nationale procure des avantages similaires aux projets pilotes mais permet aussi de maintenir un soutien politique pour un passage à l'échelle nationale du programme anti-VPH.

EN CHIFFRES

Ce dossier présente une revue de l'expérience acquise dans la vaccination anti-VPH couvrant :

- 46** pays à revenu faible et intermédiaire
- 12** introductions nationales
- 66** projets de démonstration ou projets pilotes
- 92** expériences-pays distinctes
- 120** années d'expérience cumulée

ENJEUX

- Le manque de coordination entre les secteurs de la santé et de l'éducation a rendu difficile l'implication des enseignants et l'administration du vaccin en milieu scolaire.
- La difficulté de comprendre et d'appliquer critères d'éligibilité en phase de dénombrement et d'administration du vaccin s'est traduite par un manque de fiabilité des estimations de couverture vaccinale.

L'absence d'une stratégie à long terme pour un programme national a pu conduire les pays à mettre en œuvre des projets de démonstration coûteux. Ces coûts unitaires élevés ont créé des incertitudes sur la faisabilité de lever les ressources financières nécessaires pour assurer le passage à l'échelle.

L'expérience acquise au travers de la somme des projets pilotes nous permet d'envisager désormais un déploiement progressif



à l'échelle nationale, plutôt que de continuer de recourir aux projets de démonstration. Mais si les pays sont maintenant bien informés des facteurs qui permettent une mise en œuvre réussie de la vaccination, il reste toutefois difficile de mobiliser la volonté politique et les ressources financières nécessaires pour assurer avec succès le passage à l'échelle nationale. La solution doit passer par **l'engagement politique et financier des gouvernements, des bailleurs de fonds et des partenaires.**

Méthodologie du projet

L'équipe en charge du projet a réalisé une revue rétrospective de l'expérience acquise par les pays en matière d'administration du vaccin anti-VPV. L'ensemble des 46 pays sélectionnés pour l'analyse de données (cf. carte) inclut des pays ayant accompli au moins six mois de projet de démonstration ou de programme national avant le premier trimestre de 2016, des pays à revenu faible ou intermédiaire inférieur ayant introduit le vaccin anti-VPV directement à l'échelle nationale, ainsi que des pays à revenu intermédiaire supérieur ayant mené un projet de démonstration (Graphique 1).

La collecte de données s'est effectuée par la revue systématique de la littérature publiée et non publiée ainsi que des rapports de projets. Des entretiens avec des informateurs clés ont aussi été conduits. Au total, les

données sont issues de 61 articles publiés, 11 résumés de conférence et 188 rapports techniques publiés et non publiés. Pour compléter les données, l'équipe s'est entretenue avec 56 informateurs clés responsables de projet et de programme dans 40 pays.

De février à mai 2015 et d'avril à mai 2016, les données ont été extraites à l'aide d'une matrice d'extraction standardisée sur la base des éléments communs à l'introduction de tout nouveau vaccin. Ces derniers incluent la prise de décision et la planification nationales, la prestation de services, le personnel de santé, le suivi et l'évaluation, l'appui financier et la pérennité, ainsi que le passage à l'échelle nationale. Ces thèmes ont été subdivisés en 18 sous-catégories et accompagnés de questions pertinentes.

Enfin, l'équipe a examiné toutes les données qualitatives issues de la littérature et des entretiens afin de produire des résumés par axe thématique. Elle a également analysé les données quantitatives (couverture, événements indésirables, etc.) de manière descriptive pour produire fréquences et proportions. Les raisons d'acceptation et de refus de la vaccination ont été évaluées d'après les enquêtes d'acceptabilité au moyen d'un système de notation. Les données sur les activités de mobilisation sociale ont été compilées avec les données de couverture et liées aux données d'acceptabilité quand celles-ci étaient disponibles.

L'étude a reçu l'approbation du comité d'éthique de la London School of Hygiene & Tropical Medicine.

REMERCIEMENTS

Nous remercions les entités suivantes d'avoir contribué à ce projet ainsi qu'à la vaccination contre le VPH de plus d'un million et demi de filles dans les pays à faibles ressources :

- Les gouvernements, ministères de la Santé, ministères de l'Éducation et autres services gouvernementaux.
- Les programmes, organisations non gouvernementales et partenaires ayant assuré la mise en œuvre des projets pilotes et de démonstration et des programmes d'introduction nationale.
- Les organismes ayant contribué financièrement et/ou fourni des vaccins, en particulier *Axios International* et Gavi, l'Alliance du Vaccin.
- Les partenaires techniques et organismes internationaux ayant apporté leur soutien et conseillé les pays sur les aspects fondamentaux de la planification, de la mise en œuvre et de l'évaluation.
- *Bill & Melinda Gates Foundation* pour l'appui financier fourni à cette étude.

Les considérations exprimées ici sont celles des auteurs seulement. Elles ne reflètent pas nécessairement celles de PATH, de la *London School of Hygiene & Tropical Medicine*, d'*Axios International*, de Gavi, l'Alliance du Vaccin et de *Bill & Melinda Gates Foundation*.

Pour plus d'informations: www.rho.org/HPVlessons

Veillez adresser toute question relative à ce projet à:

London School of Hygiene & Tropical Medicine
Dr. Deborah Watson-Jones
Keppel Street
London WC1E 7HT, United Kingdom
Deborah.Watson-Jones@lshtm.ac.uk
www.lshtm.ac.uk

PATH
Dr. D. Scott LaMontagne
2201 Westlake Avenue, Suite 200
Seattle, WA, 98121, United States
slamontagne@path.org
www.path.org | info@path.org