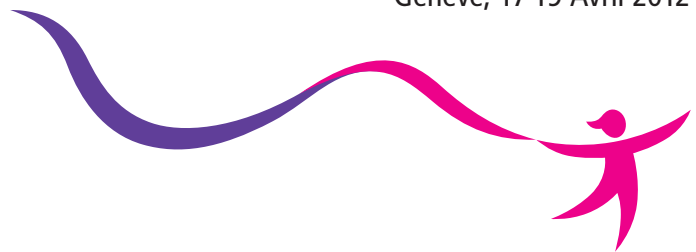




Rapport de la réunion sur l'administration du vaccin contre le VPH

Détermination des besoins relatifs à la mise
en œuvre et à la recherche

Genève, 17-19 Avril 2012



**Organisation
mondiale de la Santé**

Département vaccination, vaccins et produits biologiques
Programme élargi de vaccination

Le Département Vaccination, vaccins et produits biologiques remercie les donateurs dont l'appui financier à objet non désigné a rendu possible l'élaboration du présent document.

Cette publication a été préparée par le Programme élargi de vaccination du Département Vaccination, vaccins et produits biologiques

Numéro de référence pour les commandes : WHO/IVB/12.09F

Imprimé en octobre 2012

Cette publication est disponible sur Internet : www.who.int/vaccines-documents/

Pour commander des exemplaires, s'adresser à :

Organisation mondiale de la Santé • Vaccination, vaccins et produits biologiques • CH-1211 Genève 27 • Suisse

Télécopie : +41 22 791 4227 • Adresse électronique : vaccines@who.int

© Organisation mondiale de la Santé 2011

Tous droits réservés. Il est possible de se procurer les publications de l'Organisation mondiale de la Santé auprès du Bureau OMS de l'information, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone : +41 22 791 2476; télécopie : +41 22 791 4857; adresse électronique : 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 à l'unité susmentionnée, à l'adresse ci-dessus (télécopie : +41 22 791 4806; adresse électronique : permissions@who.int).

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 lignes en pointillé 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.

Si l'OMS a pris raisonnablement toutes les précautions nécessaires pour vérifier les informations données dans la présente publication, le document est cependant distribué sans garantie d'aucune sorte, ni explicite ni implicite. Le lecteur est seul responsable de l'interprétation et de l'utilisation qu'il en fait. L'Organisation mondiale de la Santé ne saurait en aucun cas être tenue responsable d'éventuels préjudices qui pourraient résulter de son utilisation.

Les opinions exprimées dans la présente publication n'engagent que les auteurs cités nommément.

Imprimé par PCL Presses Centrales SA, Renens, Switzerland

Photo : OMS/Christopher Black

Maquette et mise en pages : philippeccasse.ch

Table des matières

1 Introduction et contexte de la réunion.....	2
2 Le point des connaissances en matière de vaccins contre le VPH.....	3
3 L'état d'avancement actuel de l'administration du vaccin anti-VPH : les travaux sont en cours	4
4 L'état actuel des services de santé destinés à l'adolescent	7
5 Au carrefour des secteurs de la santé et de l'éducation	8
6 Conclusions du Groupe de travail n° 1 : Mobilisation sociale et communication pour l'administration du vaccin anti-VPH.....	10
7 Conclusions du Groupe de travail n° 2 : Administration du vaccin anti-VPH principalement en milieu scolaire	11
8 Conclusions du Groupe de travail n° 3 : Administration du vaccin anti-VPH principalement dans les centres de santé et autres stratégies d'administration hors milieu scolaire.....	12
9 Priorités de l'action relative à l'administration du vaccin anti-VPH.....	13

Annexes

1 Ordre du jour de la réunion	15
2 Liste des participants.....	19
3 Notes du Groupe de travail n° 1 : Mobilisation sociale et communication pour l'administration du vaccin anti-VPH.....	21
4 Notes du Groupe de travail n° 2 : Administration du vaccin anti-VPH principalement en milieu scolaire	23
5 Notes du Groupe de travail n° 3 : Administration du vaccin anti-VPH principalement dans les centres de santé et autres stratégies d'administration hors milieu scolaire.....	25

1 | Introduction et contexte de la réunion

Relativement à son incidence corrigée de la structure d'âge, le cancer du col utérin vient en seconde position par ordre de fréquence parmi les cancers de la femme et plus de 85% de la charge que cette maladie représente au niveau mondial est concentrée dans les pays en développement. Les vaccins existants contre le virus du papillome humain (VPH) offrent un nouveau moyen de combattre avec succès le cancer du col et l'idée de mettre en place une telle vaccination a suscité un grand intérêt et beaucoup d'enthousiasme.

Fin 2011, 40 pays avaient inscrit le vaccin anti-VPH à leur calendrier national de vaccination. L'expérience que l'on a, au niveau mondial, de l'administration du vaccin à sa population cible (les filles de 9 à 13 ans) est encore limitée, notamment là où les ressources sont maigres. Par ailleurs, l'introduction de ce vaccin et la prévention du cancer du col en général font intervenir de nombreux acteurs et parties prenantes qui sont des novices en matière de vaccination mais qui, s'ils ne représentent pas les partenaires traditionnels des programmes de vaccination de l'enfant, apportent néanmoins leur expérience dans des domaines tels que la santé génésique, la santé de l'adolescent, la santé en milieu scolaire, la lutte contre le cancer, la prévention de l'infection à VIH ou la santé de la femme.

Vu la complexité de la situation, il est nécessaire de coordonner le mieux possible les énergies, la sensibilisation et les ressources des nombreux acteurs et partenaires pour pouvoir s'attaquer aux problèmes cruciaux liés à l'administration de ce vaccin et faire en sorte que les pays bénéficient au maximum de la nouvelle chance que peut représenter pour eux le vaccin contre le VPH. Le présent rapport récapitule les points essentiels des différentes communications et des discussions en séances plénières. Les priorités de l'action sont indiquées à la section 9.

Objectifs

1. Communiquer les derniers développements relatifs à l'introduction du vaccin anti-VPH et échanger au sujet des activités des principaux acteurs et partenaires.
2. Voir quelles sont les questions qui restent en suspens et auxquels il faut répondre pour optimiser l'administration du vaccin dans les pays.

Résultats attendus

1. Une communauté de vue entre les différents partenaires publics et privés au sujet des activités prioritaires relatives au VPH à court, moyen et long terme.
2. La fixation d'un ensemble hiérarchisé de questions de recherche opérationnelle dont la solution faciliterait l'administration du vaccin.
3. Recenser les efforts à déployer et les ressources à mobiliser de la part des différents partenaires en vue de l'introduction du vaccin.

Participants à la réunion

Cette réunion a rassemblé des spécialistes de divers domaines – vaccination, santé de l'adolescent, cancer et programmes éducatifs – appartenant à un grand nombre d'organisations intergouvernementales et non gouvernementales (ONG) , au monde universitaire (Banque mondiale, ONUSIDA, UNESCO, UNFPA, UNICEF, CDC des États-Unis, Health Protection Agency, GAVI, Bill & Melinda Gates Foundation, USAID, PATH, Save the Children, Pink Ribbon Red Ribbon Initiative, Union internationale contre le cancer, Pathfinder International, Centre de recherche international pour la santé de Barcelone, Johns Hopkins School of Public Health et London School of Hygiene and Tropical Medicine) , à quatre départements du Siège de l'OMS à Genève et à 5 des 6 bureaux régionaux de l'Organisation.

2 | Le point des connaissances en matière de vaccins contre le VPH

- Il existe actuellement 2 vaccins prophylactiques anti-VPH qui sont très efficaces (>90%) contre les suites de l'infection par divers types vaccinaux de virus : un vaccin bivalent (Cervarix) et un vaccin quadrivalent (Gardasil/ Silgard).
- Ces deux vaccins sont très efficaces contre les lésions précancéreuses du col (CIN2+) dues aux types 16 et 18 du VPH. Le vaccin quadrivalent est également très efficace contre les condylomes génitaux dus aux types 6 et 11 et aux lésions anales précancéreuses (AIN2+).
- Environ 70% des cancers du col observés dans toutes les régions du monde sont dus aux types 16 et 18 du VPH, ce qui signifie que 30% des cancers du col sont imputables à des types viraux qui ne sont pas présents dans les deux vaccins actuellement disponibles. La protection croisée contre les infections dues à des types viraux qui ne figurent pas dans les vaccins actuels ainsi que la durée de cette protection croisée sont en cours d'étude.
- Rien ne prouve que la protection conférée par l'un ou l'autre des vaccins s'estompe au fil du temps. Les informations dont on dispose à ce sujet résultent d'une période de suivi qui s'étend sur 8 à 9 ans.
- Les données relatives à l'innocuité des vaccins obtenues avant et après leur homologation sont tout à fait rassurantes et témoignent d'un excellent profil de sécurité d'emploi. Les vaccins anti-VPH peuvent être administrés en même temps que d'autres vaccins.
- Des études de petite envergure effectuées sur des sujets infectés par le VIH montrent que le vaccin anti-VPH est sans danger et immunogène. Toutefois les titres d'anticorps sont plus faibles et l'on ne sait rien de l'immunogénicité à long terme ni de la durée de la protection. Des études sont en cours. Il n'y a aucune contre-indication à vacciner contre le VPH les personnes infectées par le VIH.
- L'utilisation du vaccin anti-VPH quadrivalent pour vacciner les personnes de sexe masculin est recommandée dans 3 pays (États-Unis, Australie et Canada) mais elle n'est financée sur des fonds publics que dans un seul (les États-Unis). La décision de recommander la vaccination des sujets de sexe masculin dépend de l'épidémiologie des affections dues au VPH dans le pays, du rapport coût-efficacité de la vaccination et de l'accessibilité économique du vaccin. Dans la plupart des pays à revenu faible ou intermédiaire, la charge que représente le cancer du col est de loin supérieure à celle qui est imputable aux cancers masculins liés au VPH.
- Un schéma vaccinal en deux doses ou comportant des intervalles plus longs entre les doses pourrait se révéler plus commode pour les personnes vaccinées, les fournisseurs de soins et les parents, tout en étant plus facile à mettre en œuvre et moins coûteux. Les données tirées de petites études préliminaires semblent prometteuses mais elles sont impuissantes à donner une certitude suffisante et ne permettent pas encore de savoir si un schéma à deux doses suffira pour certaines populations particulières, notamment les sujets immunodéprimés.
- D'importants travaux de recherche sont en cours sur les vaccins; les données du suivi après mise sur le marché et les données d'efficacité commencent à être disponibles. Des vaccins de deuxième génération sont en cours de développement. L'OMS suit les nouvelles données au fur et à mesure de leur apparition afin de déterminer à quel moment il va falloir mettre à jour les recommandations concernant l'usage de ces vaccins dans le monde.

3 | L'état d'avancement actuel de l'administration du vaccin anti-VPH : les travaux sont en cours

- L'OMS recommande une approche holistique de la lutte contre le cancer du col qui s'attache à la prévention primaire (éducation, vaccination contre le VPH), secondaire (dépister et traiter de bonne heure les lésions précancéreuses et le cancer au stade précoce) et tertiaire (traitement du cancer et soins palliatifs).
- Dans sa note de synthèse sur le vaccin anti-VPH¹, l'OMS recommande d'introduire ce vaccin dans les programmes nationaux de vaccination lorsque le cancer du col constitue une priorité de santé publique et que la mise en place de cette vaccination est réalisable et viable financièrement, le rapport coût-efficacité ayant été par ailleurs dûment pris en compte. L'OMS recommande en outre :
 - De donner la priorité à une couverture élevée de la population principalement visée, à savoir les filles de 9 à 13 ans.
 - De donner la priorité à des stratégies permettant d'inclure les populations pour qui le dépistage du cancer du col risque d'être moins accessible plus tard dans leur existence.
 - De veiller à ce que l'introduction du vaccin anti-VPH ne capte pas des ressources au détriment de programmes efficaces de dépistage du cancer du col.
 - D'introduire la vaccination contre le VPH dans le cadre d'une stratégie coordonnée de prévention du cancer du col et d'autres affections liées au VPH.
 - De rechercher des occasions d'associer l'administration de ce vaccin à d'autres programmes sanitaires axés sur les jeunes.
- La mise en place de la vaccination contre le VPH se heurte à des difficultés qui sont communes à toute introduction d'un nouveau vaccin : on est contraint de démontrer que le vaccin constitue la réponse à une priorité de santé publique, d'évaluer le coût du vaccin et de son administration, de prendre en considération les problèmes de calendrier et de coordination avec les autres priorités des programmes de vaccination, de mettre sur pied un plan d'introduction pour le nouveau vaccin et de l'intégrer au plan pluriannuel général du pays relatif au programme national de vaccination, enfin, de replacer le vaccin dans la perspective d'une approche intégrée de la lutte contre la maladie.
- Les difficultés spécifiques soulevées par l'introduction du vaccin anti-VPH tiennent à ce qu'il doit être administré à trois reprises en l'espace de 6 mois à une nouvelle population cible (les filles de 9 à 13 ans) qui, dans la plupart des pays, n'est pas systématiquement ciblée par les programmes de vaccination. Dans les pays en développement, où cette population est susceptible de bénéficier de certaines prestations concernant, entre autres, la nutrition, le déparasitage, le dépistage des problèmes d'acuité visuelle ou la prévention du paludisme, ces prestations diffèrent de l'administration d'un vaccin puisqu'en règle générale elles n'impliquent ni personnel sanitaire, ni injections, ni chaîne du froid. On cherche encore à déterminer quelles sont les stratégies optimales d'administration du vaccin à la population de filles de 9 à 13 ans selon un schéma en 3 doses et dans des conditions qui rendent cette opération acceptable, économiquement accessible et pérenne avec un taux de couverture élevé. Dans tout pays, il faudra probablement envisager une combinaison de plusieurs stratégies différentes pour l'administration du vaccin (par ex. dans les établissements de soins, dans le cadre de programmes en milieu scolaire ou sous la forme de campagnes de vaccination).
- Parmi les possibilités qui s'offrent pour la vaccination contre le VPH, l'une consisterait à mettre en place des soins de santé primaires destinés aux filles de 9 à 13 ans et à tirer profit du surcroît d'énergie et de sensibilisation apporté par les nouveaux acteurs et partenaires (outre ceux qui s'occupent de la vaccination, ceux qui sont parties prenantes à la santé de l'adolescent, à la santé en milieu scolaire, à la santé génésique,

¹ Voir <http://www.who.int/immunization/documents/positionpapers/fr/index.html>

à la prévention de l'infection à VIH, à la lutte contre le cancer et à la santé de la femme) afin que l'administration du vaccin anti-VPH soit un succès.

- Il pourrait être utile aux pays qui envisagent des dons de vaccin anti-VPH, de consulter la Déclaration conjointe OMS-UNICEF de 2010 sur les dons de vaccins afin de prendre connaissance des conditions à remplir pour qu'un don puisse être accepté.

Enseignements tirés de l'introduction du vaccin anti-VPH

- Au niveau mondial, les différents exemples d'administration réussie et durable du vaccin anti-VPH aux filles de 9 à 13 ans n'ont permis d'acquérir qu'une expérience limitée. La mise en place de la vaccination contre le VPH confronte chaque pays à une multitude de problèmes à résoudre ; l'administration de ce vaccin ne ressemble en rien à ce que la plupart des programmes de vaccination ont fait jusqu'ici.
- Après la première année de vaccination contre le VPH et même après la deuxième, il est fréquent que l'on réexamine l'effectif et la localisation de la population cible. Les stratégies d'administration sont également revues après l'introduction initiale afin que la vaccination systématique puisse s'inscrire dans la durée.
- Le coût du vaccin comme celui de son administration est important et peut par conséquent ne pas être à la portée de nombreux pays en développement ou à faible revenu.
- Mettre en évidence la réussite de l'administration du vaccin en s'appuyant sur un projet de démonstration dans lequel il est fait usage de vaccins qui proviennent de dons, ne garantit pas que l'administration du vaccin puisse être pérennisée ou réalisable à l'échelle nationale.

Sources d'information sur le vaccin anti-VPH à l'OMS

Ces sources d'information et d'autres encore sont consultables sur le site suivant :

<http://who.int/nuvi/hpv/resources/en/index.html>

- Pour connaître **la charge que représente le cancer du col utérin** dans chaque pays on pourra consulter le site Internet du Centre d'information sur le VPH (<http://www.who.int/hpvcentre/>)
- Pour **élaborer une stratégie nationale pour la prévention du cancer du col utérin**, on pourra se reporter au rapport 2009 de l'OMS/WPRO, annexes 4 et 5 sur le site suivant : http://www.wpro.who.int/entity/noncommunicable_diseases/documents/cervical_cancer_meeting/en
- Pour **obtenir le coût estimatif de l'introduction du vaccin anti-VPH**, on peut utiliser le WHO Cervical Cancer Prevention and Control Costing Tool (*Instrument pour évaluer le coût de la lutte contre le cancer du col utérin*).
- Pour se renseigner sur le rapport coût-efficacité, consulter l'article paru en 2011 dans le BMC (*use of cost-effectiveness models for HPV vaccine introduction in low- and middle-income countries*).
- Pour **déterminer si le système scolaire et le système de santé d'un pays sont en mesure d'assurer des services en vue d'une vaccination en milieu scolaire**, les autorités nationales peuvent utiliser le School Vaccination Programme Readiness Assessment Tool – *Instrument pour déterminer dans quelle mesure un programme de vaccination en milieu scolaire est possible* – (disponible à l'état d'ébauche).
- Pour prendre connaissance des conditions à remplir pour qu'un don de vaccin puisse être accepté, se reporter à la Déclaration conjointe OMS-UNICEF de 2010 sur les dons de vaccin.

- Lorsqu'on s'appuie sur l'infrastructure scolaire pour administrer un vaccin, plusieurs conditions doivent être réunies : bonne coordination à haut niveau entre le ministère de l'éducation et celui de la santé, engagement et éducation du personnel enseignant, taux élevé de scolarisation et de fréquentation scolaire chez les filles (pour avoir une couverture satisfaisante et rendre l'opération économiquement accessible). Dans les pays qui possèdent l'infrastructure voulue (par ex. des agents chargés de coordonner l'action sanitaire en milieu scolaire ou des équipes de vaccination en milieu scolaire), utiliser cette infrastructure est avantageux pour l'administration du vaccin anti-VPH. En revanche, lorsque cette infrastructure fait défaut ou qu'il n'y a pas de soutien financier permanent, se reposer sur les écoles pour administrer le vaccin n'est pas toujours une solution viable pour des raisons de coût et de logistique. En définitive, pour vacciner des filles qui ont le moins de chances d'avoir accès à un dépistage du cancer du col à un âge plus avancé, un pays ne peut pas compter uniquement sur l'administration du vaccin en milieu scolaire.
- Dans le cas du vaccin anti-VPH, investir dans des activités IEC (Information, Éducation et Communication) efficaces est d'une importance capitale.
- Il est nécessaire de mettre en place un système de suivi efficace afin d'atteindre les filles qui sont passées entre les mailles du filet et de les atteindre toutes à nouveau pour leur administrer la deuxième et la troisième dose.

Suivi et évaluation de l'administration du vaccin anti-VPH

- Il est nécessaire d'assurer un suivi de la couverture vaccinale (par dose et année d'âge) afin d'évaluer le fonctionnement du programme, de contrôler l'impact de la vaccination et de pouvoir comparer les tendances de la couverture vaccinale au fil du temps et d'une zone géographique à l'autre.
- S'agissant de la couverture vaccinale, il est extrêmement important de prendre comme dénominateur le nombre total de filles d'une zone géographique donnée par année d'âge. Si l'on utilise comme dénominateur le nombre total de filles scolarisées on aura une détermination de la couverture que permet d'obtenir la stratégie appliquée pour l'administration du vaccin mais pas la couverture de la population visée par la vaccination.
- L'OMS a mis au point un guide pour le suivi de la couverture par le vaccin anti-VPH qui comporte des feuilles de pointage à utiliser dans les pays ainsi qu'un autre guide qui explique comment effectuer une enquête par grappes pour déterminer la couverture par le vaccin anti-VPH.
- Les pays devront notifier le nombre de doses de vaccin anti-VPH administrées en utilisant le Rapport conjoint annuel OMS-UNICEF de notification des activités de vaccination qui sert à recueillir des données sur la couverture vaccinale.
- L'OMS recommande aux pays de procéder à des évaluations post-introduction (PIE) environ 6 à 12 mois après l'introduction de tout nouveau vaccin afin de faire le point sur l'administration du nouveau vaccin. Une PIE est une analyse de tous les aspects de l'administration du vaccin (formation, supervision, communication, chaîne du froid, accessibilité de la population ciblée, acceptabilité par la population, etc.) dans le but de repérer les lacunes programmatiques et d'apporter des améliorations au programme de vaccination. Les pays peuvent demander une aide pour effectuer ces évaluations en s'adressant soit au bureau de l'OMS situé sur leur territoire, soit encore au Bureau régional dont ils dépendent.

4 | L'état actuel des services de santé destinés à l'adolescent

- Le terme «adolescent» désigne les jeunes dont l'âge est compris entre 10 et 19 ans. Cette époque de l'existence qui va de l'enfance à l'âge adulte est généralement considérée comme une période de bonne santé, mais elle est aussi marquée par une exposition à certains facteurs de risque – en raison, notamment de l'adoption de comportements nuisibles à la santé – susceptibles de conduire à un mauvais état de santé durant l'adolescence et au-delà.
- Le cadre OMS/FNUAP/UNICEF pour la programmation relative à la santé de l'adolescent² propose de donner aux adolescents les moyens et la possibilité d'obtenir des informations exactes, d'acquérir des compétences, d'avoir accès à des services de conseil (notamment en période de crise) ainsi qu'à des services de soins – notamment dans le domaine sexuel et génésique – et de vivre dans un milieu sûr et solidaire.
- Lorsqu'il a été reconnu qu'un certain nombre d'obstacles rendaient difficile d'accès des adolescents aux services de santé, on s'est efforcé de les réduire et d'améliorer la qualité des services, le but étant de mettre en place des services conviviaux pour les adolescents et les jeunes en général. Les recherches basées sur des données factuelles et l'expérience acquise dans un certain nombre de pays montrent que là où des services de santé conviviaux pour les adolescents ont été mis en place, leur fréquentation a augmenté. Il reste toutefois à déterminer quelles améliorations la convivialité de ces services a permis d'apporter aux problèmes sanitaires des adolescents.
- Les initiatives en faveur de services conviviaux pour les adolescents ont tendance à privilégier un ensemble d'interventions à vocation sanitaire fondées sur des éléments d'appréciation concrets sur le plan sexuel et génésique. Ces initiatives touchent particulièrement et, dans certains cas ciblent spécialement, les adolescents les plus âgés, c'est-à-dire ceux de la tranche d'âge comprise entre 15 et 19 ans. On n'est pas aussi bien renseigné sur ce qui a été fait à cet égard en direction des adolescents les plus jeunes parmi lesquels figurent les adolescentes de 9 à 13 ans, c'est-à-dire la population ciblée par la vaccination contre le VPH.
- Dans le cas des adolescents les plus jeunes (notamment les 9-13 ans), le rôle des parents est important. C'est pourquoi ils doivent être parties prenantes aux décisions concernant le recours de leurs enfants aux services de santé. On pourra notamment leur faire visiter un établissement de soins. Par ailleurs, dans la plupart des pays les prestations de services de santé aux jeunes adolescents sont subordonnées au consentement ou à l'approbation des parents.
- Il existe partout dans le monde des exemples de programmes et de projets pour la santé de l'adolescent qui sont des réussites. Toutefois, beaucoup d'entre eux ne sont pas mis en œuvre à l'échelon national et ils sont nombreux à être de durée limitée.

² OMS/FNUAP/UNICEF. 1997 Action en faveur de la santé des adolescents : vers un plan d'action. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69081/1/WHO_FRH_ADH_97.9_fre.pdf

5 | Au carrefour des secteurs de la santé et de l'éducation

- L'initiative FRESH (Focusing Resources on Effective School Health/Accorder la priorité à un programme efficace de santé scolaire) a été lancée en avril 2000 par la Banque mondiale, l'OMS, le Programme alimentaire mondial, l'UNESCO, l'UNICEF et d'autres organisations lors du Forum mondial sur l'éducation qui s'est tenu à Dakar. Selon l'initiative FRESH (voir encadré) le programme de santé scolaire sera :
 - tout à fait équitable et économiquement efficace si tous ses éléments sont mis en même temps à la disposition des écoles ;
 - tout à fait efficace s'il est mis en œuvre dans le cadre de partenariats stratégiques entre le secteur de la santé et celui de l'éducation (notamment entre les enseignants et le personnel sanitaire), entre les écoles et la communauté et entre les enfants et les autres parties prenantes.

L'initiative FRESH repose sur quatre éléments de base qui constituent le cadre pour la mise en place d'un programme efficace de santé et de nutrition en milieu scolaire :

- 1. Politiques de santé en milieu scolaire :** des politiques de santé et de nutrition en milieu scolaire qui soient non discriminatoires, protectrices, non restrictives et attentives aux différences entre les sexes ;
- 2. Environnement scolaire :** un environnement scolaire qui offre sécurité et soutien psychologique ; avec un approvisionnement en eau potable et des sanitaires distincts pour les filles, les garçons et les enseignants ;
- 3. Éducation pour la santé :** une éducation basée sur l'acquisition de savoir-faire qui porte sur des questions liées à la santé, à la nutrition, à la prévention de l'infection à VIH et à l'hygiène et qui valorise les comportements positifs ;
- 4. Services :** des services sanitaires et nutritionnels simples, familiers et reposant sur des moyens sûrs qui puissent être assurés en milieu scolaire avec un bon rapport coût-efficacité et un meilleur accès aux centres de santé «amis des jeunes».

- Le but du secteur de l'éducation est d'obtenir de bons résultats sur le plan éducatif. Il importe donc que le secteur sanitaire crée, au sein du secteur de l'éducation, les conditions d'une bonne santé qui lui permettront de parvenir à ces bons résultats. La programmation sanitaire est aujourd'hui une préoccupation normale des partenaires du développement éducatif et ceux-ci financent désormais plus largement les programmes de santé scolaire. Les interventions sanitaires en milieu scolaire peuvent elles-mêmes, si elles sont couronnées de succès, attirer davantage d'élèves, améliorer la fréquentation scolaire et réduire le nombre de ceux qui abandonnent leurs études. On pourra trouver des informations sur la santé à l'école en consultant le site suivant : <http://www.schoolsandhealth.org>.
- Les services sanitaires en milieu scolaire se caractérisent la plupart du temps par des interventions de nature nutritionnelle. Les principales interventions sanitaires en milieu scolaire consistent à fournir des repas (petit déjeuner/déjeuner) ou des compléments alimentaires, à distribuer des rations ou à déparasiter les élèves. Ces interventions sont généralement assurées par le personnel du secteur de l'éducation (enseignants) plutôt que par du personnel sanitaire appartenant au ministère de la santé.
- L'âge de la scolarité obligatoire varie beaucoup d'un pays à l'autre. En général, la scolarité obligatoire commence vers 5 à 7 ans. Elle peut prendre fin dès 9 à 12 ans dans certains pays ou aller jusqu'à 17 ou 18 ans dans d'autres.

- Dans certains pays, le taux brut de scolarisation des filles dans le primaire est inférieur à 70% .
- Les modalités de la fréquentation scolaire des filles peuvent varier en fonction de l'âge – dans certains pays (par ex. les pays en situation post-confliktuelle), elle peut augmenter avec l'âge. Dans d'autres, les filles ont tendance à quitter l'école lorsqu'elles avancent en âge, souvent parce qu'elles sont enceintes. En milieu rural, les filles de familles pauvres ont moins de chances d'aller à l'école ou alors elles abandonnent leurs études lorsqu'elles sont plus âgées.
- Dans un grand nombre de pays, il y a une forte proportion d'adolescents qui sont scolarisés dans le primaire, alors qu'on les attendrait plutôt dans le secondaire du fait de leur âge. C'est notamment le cas en Afrique, où la majorité des adolescents se trouve dans le primaire. Pour les programmes de vaccination qui ciblent une tranche d'âge particulière, cet état de choses implique une analyse minutieuse de la structure d'âge des différentes classes afin de pouvoir mettre sur pied une stratégie de vaccination qui permette effectivement d'atteindre le groupe d'âge choisi.
- Le Partenariat mondial pour l'éducation (voir www.globalpartnership.org) est, sur le plan du financement, l'équivalent du Fonds mondial de lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme.
- Environ 50% des pays procèdent à certaines vaccinations en milieu scolaire (par ex. vaccin antitétanique, vaccin à composant antirougeoleux, vaccins antipoliomyélitique et antitubéculose). En règle générale, se sont des schémas vaccinaux à une seule dose qui sont administrés dans le cadre de campagnes de vaccination.
- Selon une étude menée dans 5 pays afin d'évaluer le degré de réussite de la vaccination en milieu scolaire, les facteurs favorables sont les suivants: un fort taux de scolarisation, un solide système de soins de santé primaires, l'appui des autorités centrales, une bonne collaboration entre le ministère de la santé et le ministère de l'éducation, la coopération du personnel scolaire et du personnel sanitaire, l'existence de modes opératoires et de méthodes de formation normalisés et enfin, la confiance de la communauté dans le système de santé et le système éducatif. Au nombre des obstacles à l'administration de vaccins en milieu scolaire, on peut citer: la difficulté d'enregistrer et de notifier les données relatives à la couverture vaccinale, de vacciner les enfants qui sont absents de l'école ou qui fréquentent une école privée, d'obtenir le consentement parental, plus le surcroît de travail que cela entraîne pour le personnel sanitaire avec, comme conséquence, une perturbation de ses autres prestations, ou encore le coût des indemnités journalières et les frais de déplacement.
- L'OMS a mis au point un *School Vaccination Programme Readiness Assessment Tool – Instrument pour déterminer dans quelle mesure un programme de vaccination en milieu scolaire est possible* – à l'intention des pays qui veulent procéder à un examen systématique des éléments nécessaires à un programme de vaccination en milieu scolaire et leur permettre, à partir de là, d'élaborer un plan et de combler les lacunes existantes, s'ils sont désireux de mettre en place un tel programme.
- L'OMS apporte également son soutien à la Surveillance mondiale des politiques et pratiques sanitaires en milieu scolaire.

6 | Conclusions du groupe de travail n° 1 – Mobilisation sociale et communication pour l'administration du vaccin anti-VPH

Le succès de l'administration du vaccin anti-VPH va dépendre de la communication et de la mobilisation sociale et ce, bien davantage que pour l'introduction de nouveaux vaccins infantiles puisque dans ce dernier cas les mères amènent de toute façon leur enfant pour la vaccination habituelle. Du fait que le groupe ciblé par cette vaccination est tout à fait particulier (filles de 9 à 13 ans), il va falloir concevoir des messages et des stratégies tant à l'intention des parents ou aidants que des filles elles-mêmes. Les réseaux sociaux (Facebook, Tumblr, SMS, etc.) peuvent jouer un rôle important en permettant d'atteindre les jeunes adolescents qui ont accès à cette technologie, de même que les méthodes basées sur les contacts «entre filles» ou «de pair à pair». Sur le plan de la communication, un certain nombre de difficultés sont à prévoir : juste milieu à trouver entre le VPH présenté comme une cause de cancer mais aussi comme l'agent étiologique d'une infection sexuellement transmissible, obtenir des filles qu'elles reviennent pour recevoir leur deuxième et leur troisième dose et enfin, nécessité d'un dépistage continu du fait que les vaccins actuels ne protègent pas contre tous les types de VPH. Le groupe estime qu'intégrer à ces messages des messages sur le dépistage du cancer du col offre de bonnes perspectives : c'est le cas par exemple de messages qui s'adressent aux mères et à leurs filles ; lorsqu'une mère amène sa fille à la vaccination contre le VPH, on en profite pour l'informer sur la nécessité de se soumettre à un dépistage du cancer du col. Les méthodes existantes de communication et de mobilisation sociale sont applicables à l'introduction du vaccin contre le VPH, à savoir : élaborer une stratégie de communication avant d'introduire le vaccin, faire de la recherche formative, tester les messages, préparer suffisamment à l'avance les contacts avec les médias et les journalistes, chercher à atteindre les décideurs et les personnes influentes à tous les niveaux, se préparer à faire front aux événements indésirables, aux rumeurs ou à la désinformation, diversifier les circuits de communication, rechercher un porte-parole au sein du ministère de la santé et le mettre au courant. Certains partenaires ont mis au point du matériel de communication et de mobilisation sociale portant sur le vaccin contre le VPH et il a été demandé de rassembler toute cette documentation et de la rendre facilement accessible en un seul lieu.

Des notes complémentaires émanant de ce groupe de travail ont été rassemblées à l'annexe 3.

7 | Conclusions du groupe de travail n° 2 – Administration du vaccin anti-VPH principalement en milieu scolaire

Le groupe de travail a relevé un certain nombre de considérations et de problèmes liés à l'utilisation d'une stratégie d'administration du vaccin en milieu scolaire. Pour tirer le meilleur parti possible des écoles en tant que lieu de vaccination contre le VPH, il importe de connaître le taux de fréquentation scolaire, d'absentéisme et d'abandons, la structure d'âge des différentes classes pour déterminer quelle est la classe qui constitue la cible idéale, et également le calendrier scolaire de manière à choisir une date qui permette de vacciner le maximum d'élèves sans perturber ce calendrier. Le groupe a mentionné la nécessité de politiques en matière de services de santé et notamment de santé en milieu scolaire, de même que d'expériences communes et de liens entre le milieu scolaire et le ministère de la santé. Le fait que le pays ait déjà l'expérience de la vaccination en milieu scolaire constituerait un grand avantage. Sur le plan financier, il faut prendre en compte le coût de l'extension extra-institutionnelle de la vaccination, le coût de l'information du personnel enseignant au sujet du problème sanitaire en question et les gains en termes d'efficacité économique qui pourraient être obtenus en intégrant l'administration de ce vaccin à d'autres interventions destinées aux adolescents. Le groupe a souligné l'importance de la mobilisation sociale du personnel sanitaire comme du personnel enseignant. Il estime que la vaccination en milieu scolaire sous forme de campagnes, soit selon la technique de la vaccination pulsée, devraient simplifier les problèmes liés à la chaîne de froid ou à la gestion des stocks. Il constate également qu'une planification et une gestion minutieuses seraient nécessaires pour résoudre le problème que pose l'obtention du consentement parental et répondre à tout désaccord avec un parent ou une adolescente sur le point de savoir si cette dernière doit ou non recevoir le vaccin anti-VPH. D'un autre côté, il considère que le processus d'obtention de ce consentement est l'occasion de communiquer avec les parents. Le groupe note qu'il faut arriver à bien déterminer quelles sont les filles que la stratégie de vaccination en milieu scolaire ne va pas permettre d'atteindre et que des efforts sont à faire pour élaborer des stratégies qui permettent de parvenir jusqu'à elles.

Des notes complémentaires émanant de ce groupe de travail ont été rassemblées à l'annexe 4.

8 | Conclusions du groupe de travail n° 3 – Administration du vaccin anti-vph principalement dans les centres de santé et autres stratégies d'administration hors milieu scolaire

À la lumière de l'expérience acquise dans les pays qui ont introduit la vaccination contre le VPH et où celle-ci n'a pas été pratiquée en milieu scolaire, le groupe reconnaît que les établissements de soins sont des lieux essentiels pour cette vaccination mais que les filles de 9 à 13 ans ne fréquentent pas les services de soins. Les membres du groupe ont débattu des motifs qui peuvent conduire ces adolescentes à entrer en contact avec les services de santé : elles peuvent être amenées à accompagner leur mère au centre de santé pour d'autres raisons ; elles peuvent souhaiter obtenir de l'eau potable, des compléments alimentaires ou d'autres produits appréciés, comme des produits d'hygiène menstruelle, par exemple. La vaccination des filles qui ont le moins de chances de bénéficier d'un dépistage du cancer du col plus tard dans leur existence pose un problème d'équité et le groupe s'est rendu compte qu'il pourrait y avoir, dans les pays, plusieurs populations de filles vulnérables de nature différente. Les membres du groupe se sont demandé quelles sont les filles qui ont le moins de chances de fréquenter l'école ou d'avoir accès aux services de santé ; ils considèrent qu'il serait nécessaire de les recenser : taille de la population, lieu où elles vivent et en compagnie de qui (parents/tuteurs), conditions qui sont à la base de leur vulnérabilité (par ex. la nature de leurs moyens de subsistance), pour pouvoir élaborer des stratégies d'administration du vaccin. Il y a un certain nombre d'autres points qu'il faudrait prendre en considération, à savoir quels systèmes de suivi utiliser pour s'assurer de l'administration de la deuxième et de la troisième dose et désignation précise de la personne qui sera chargée de l'administration du vaccin à ces populations souvent marginalisées. D'autres questions essentielles méritent un examen plus approfondi : il est nécessaire, d'une part, d'analyser les succès et les points faibles des expériences qui sont tentées actuellement par les services de santé pour atteindre les filles de 9 à 13 ans, notamment celles qui sont considérées comme vulnérables ou marginalisées et d'autre part, de mettre au point des méthodes qui permettent aux pays de recenser plus facilement les populations vulnérables.

Des notes complémentaires émanant de ce groupe de travail ont été rassemblées à l'annexe 5.

9 | Les priorités de l'action relative à l'administration du vaccin anti-VPH

Priorités immédiates ou à court terme (avant la fin de 2012)

1. Élaborer un plan et un mode opératoire en vue de rassembler et de passer en revue la base de données factuelles nécessaire à la préparation d'un programme d'interventions utiles aux adolescentes de 9 à 13 ans («programme sanitaire pour préadolescentes»). *Instance responsable: le Siège de l'OMS et ses partenaires*
2. Présenter les informations, les outils et la documentation de manière structurée afin d'aider à la mise au point de stratégies et d'activités de communication destinées à faciliter l'introduction du vaccin anti-VPH dans les pays. *Instance responsable: le Siège de l'OMS*
3. Examen et synthèse des meilleures pratiques et des diverses options envisageables en vue d'obtenir le consentement, l'assentiment ou l'autorisation des parents pour la vaccination des 9-13 ans contre le VPH. *Instance responsable: le Siège de l'OMS*
4. Instituer des collaborations interprogrammatiques et intersectorielles pour faciliter l'introduction du vaccin anti-VPH en replaçant cette action dans le cadre d'une approche holistique de la lutte contre le cancer du col et avec l'objectif d'améliorer les prestations de services de santé aux 9-13 ans. *Instances responsables: L'ensemble des partenaires et des organisations*

Priorités à moyen terme (dans les 1 à 3 prochaines années)

1. Appuyer le suivi et l'évaluation de l'administration du vaccin anti-VPH actuellement en cours dans les pays qui ont été les premiers à l'introduire afin de résoudre les problèmes posés et de voir quels sont les enseignements à en tirer en ce qui concerne les obstacles programmatique et la viabilité financière. *Instances responsables: les pays, les bureaux régionaux de l'OMS, le Siège de l'OMS et les différents partenaires*
2. Prêter assistance aux pays qui introduisent le vaccin anti-VPH au niveau national afin qu'ils puissent prendre leurs décisions et passer à la mise en œuvre en toute connaissance de cause et soient en mesure d'examiner et de traiter comme il le faut un certain nombre de points concernant l'approche holistique de la lutte contre le cancer du col, les prestations de services complémentaires, la viabilité financière ainsi que l'impact de cette introduction sur le programme de vaccination et le système de santé. *Instances responsables: Bureaux régionaux et Siège de l'OMS ainsi que leurs partenaires*
3. Déterminer plus précisément quels sont les meilleurs moyens de donner aux filles de 9-13 ans qui risquent le plus de ne pas être vaccinées ou de l'être insuffisamment (populations vulnérables) la possibilité d'accéder aux soins et d'en bénéficier. *Instance responsable: le Siège de l'OMS et ses partenaires*
4. Observer et rassembler les éléments d'appréciation pouvant justifier une mise à jour des recommandations relatives à l'utilisation du vaccin anti-VPH dans le monde (par ex. une modification des intervalles entre les doses, des schémas vaccinaux comportant des doses plus faibles, la vaccination des sujets de sexe masculin, etc.) pour les soumettre au Groupe stratégique consultatif d'experts de l'OMS (SAGE) sur la vaccination afin qu'il les examine et émette une recommandation. *Instance responsable: le Siège de l'OMS*

5. Apporter une assistance technique aux pays pour les aider à concevoir et à mettre en œuvre des projets de démonstration de la vaccination contre le VPH, de manière à évaluer la faisabilité (notamment en ce qui concerne la couverture vaccinale) et le coût de l'administration du vaccin et à déterminer s'il est possible de procéder à des interventions sanitaires complémentaires parallèlement à cette vaccination. Rassembler les enseignements tirés de ces projets et les communiquer.

Instances responsables: l'ensemble des partenaires et des organisations

6. Constituer une base de données factuelles (contenant des informations sur l'efficacité, la faisabilité, l'impact, le rapport coût-efficacité et l'accessibilité économique) relative aux interventions sanitaires ciblant les enfants de 9 à 13 ans qui vivent dans des pays à revenu faible ou intermédiaire. Constituer également une base de données factuelles qui permette de déterminer comment associer avec succès une ou plusieurs de ces interventions à la vaccination contre le VPH.

Instances responsables: l'ensemble des partenaires et des organisations

Priorités à long terme (dans les cinq prochaines années)

1. Confirmer la stabilité thermique du vaccin et la possibilité de l'utiliser dans une chaîne de températures contrôlées supérieures à la fourchette habituelle de 2-8°C et coopérer avec les industriels pour qu'ils soumettent leurs produits à une ré-homologation (ou à l'homologation initiale) et à une préqualification par l'OMS compte tenu de cette nouvelle spécification.

Instances responsables: le Siège de l'OMS, Optimize, la BMGF, les fabricants de vaccins contre le VPH et les partenaires au niveau mondial

2. Voir quels pourraient être les schémas de vaccination contre le VPH pour des sujets plus jeunes que ceux pour lesquels le vaccin est actuellement homologué. *Instances responsables: les producteurs de vaccins*

3. Préparer des lignes directrices reposant sur des données factuelles pour le choix et la mise en œuvre d'interventions sanitaires destinées aux enfants de 9 à 13 ans vivant dans des pays à revenu faible ou intermédiaire. *Instance responsable: le Siège de l'OMS*

Annexe 1 | Ordre du jour de la réunion

HPV Vaccine Delivery: Identifying Needs for Implementation & Research

17-19 April 2012, Intercontinental Hotel, Bruxelles/Amsterdam Room,
7-9 Chemin du Petit-Saconnex, 1209 Geneva, Switzerland

Objectives

1. To share an update on HPV vaccine introduction issues and the activities of key partners and stakeholders.
2. To determine outstanding questions that need to be addressed for optimal HPV vaccine delivery in countries.

Outcomes

1. A shared vision among public-private partners on short-, medium-, and long-term priorities for HPV vaccine activities.
2. A set of prioritized operational research issues that would facilitate HPV vaccine delivery.
3. A mapping of partner efforts and resources to support HPV vaccine introduction.

Day 1 | Tuesday, 17 April 2012

Taking Stock of HPV vaccine in 2012

Objective: Provide an overview of the current scientific knowledge and delivery experience with HPV vaccine

Outcome: (i) Up-to-date technical briefing on HPV vaccine; (ii) Common understanding of the successes and challenges in HPV vaccine delivery to date; and (iii) Sharing of tools and materials available to support HPV vaccine introduction.

Chair: Carsten Mantel, IVB/WHO

- 13:00-13:20 Welcome and Introductions
Elizabeth Mason, Director, Department of Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health MCA/WHO
- 13:20-13:30 Overview and objectives of the meeting
Susan Wang, IVB/WHO

Session I: "State of the Science" of HPV Vaccine: What we know; what we don't yet know

- 13:30-13:45 Overview of current knowledge of HPV vaccine - A Guided Tour
Laurie Markowitz, CDC
- 13:45-14:00 Discussion

Session II: “State of the Art” of HPV Vaccine Delivery: A work in progress

- 14:00-14:15 Global update on status of HPV vaccine introduction and tools to support decision-making and delivery
Susan Wang, IVB/WHO
- 14:15-14:30 Using costing and cost-effectiveness tools to support HPV vaccine delivery
Mark Jit, Health Protection Agency
- 14:30-14:45 Discussion
- 14:45-15:45 Learning from HPV vaccine introductions (10 min presentation/5 min clarifications)
- Experience from the WHO European Region
Liudmila Mosina, WHO EURO
 - Experience from the WHO African Region
Richard Mihigo, WHO AFRO
 - Experience from the WHO Western Pacific Region
Kimberly Fox, WHO WPRO
 - Experience from the WHO Americas Region
Andrea Vicari, WHO PAHO
- 15:45-16:15 Tea/Coffee Break
- 16:15-16:30 PATH Experience with HPV vaccine demonstration projects (Uganda, Peru, Vietnam, India)
Vivien Tsu, PATH
- 16:30-17:00 Discussion – What works? What are the gaps?

Targeting Adolescents

Objective: To review the best practices and lessons learned for providing health services to adolescents.

Outcome: Shared knowledge and experience on what practices and strategies work for adolescent health service delivery.

Session III: Best Practices for Adolescent Health Service Delivery

- 17:00-17:15 WHO approach to health services for adolescents
Paul Bloem, MCA/WHO
- 17:15-17:30 Experiences in health service delivery to adolescents – progress and lessons learned from the South-East Asia region
Rajesh Mehta, WHO SEARO
- 17:30-17:45 Health system strengthening to reach adolescents with health
Matilde Maddaleno, WHO PAHO
- 17:45-18:15 Discussion – What works? What are the gaps?

Day 2 | Wednesday, 18 April 2012

Identifying Synergies

Objective: To learn about activities that could facilitate HPV vaccine delivery.

Outcome: Identification of opportunities to create synergies between on-going adolescent health activities and HPV vaccination.

Chair: Jane Ferguson, MCA/WHO

08:30-08:45 Synthesis from prior day
Bruce Dick, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health

Session IV: Partner Activities for HPV Vaccine & Adolescent Health Service Delivery

- 08:45-09:00 GAVI funding support for the introduction of HPV vaccine
Tania Cernuschi, GAVI Secretariat
- 09:00-09:15 Discussion
- 09:15-10:00 Opportunities for HPV vaccine delivery (10 min presentation/5 min clarifications)
- UNICEF's adolescent health activities
Susan Kasedde, UNICEF
 - UNFPA's adolescent health activities
Nuriye Ortayli, UNFPA
 - UNESCO's adolescent health activities
Kirstin Holst, UNESCO
- 10:00-10:30 Tea/Coffee Break
- 10:30-10:45 Global data on girls & education to inform school-based HPV vaccination efforts
Albert Motivans, UNESCO Institute for Statistics
- 10:45-11:00 School health service delivery
Don Bundy, Africa Region, Human Development Network, The World Bank
- 11:00-11:15 Immunization of school-aged children: Current global experience
Tracey Goodman, IVB/WHO
- 11:15-12:00 Discussion
- 12:00-12:15 Introduction to Working Groups
Tracey Goodman, IVB/WHO

Prioritizing Issues

Objective: To determine the outstanding questions and issues that need to be addressed for optimal HPV delivery in countries.

Outcomes: A set of prioritized activities and operational research issues that would facilitate HPV vaccine delivery.

Session V: Working Groups (including lunch from 12:15-13:00)

- 12:15-16:00 Concurrent Working Groups:
1. Social mobilization and communication for HPV vaccine delivery
 2. Delivery of HPV vaccine primarily through schools
 3. Delivery of HPV vaccine primarily through health centers
 and other non-school strategies
- 16:00-16:30 Tea/Coffee Break

Mapping Partners and Resources

Objective: To learn about partners and what they wish to offer or might be seeking with regards to collaboration on HPV vaccine delivery.

Outcome: A mapping of partner efforts and resources to support HPV vaccine introduction.

Session VI: Opportunities for HPV Vaccine Delivery through Partners & Partnerships ("Who can contribute what")

16:30-17:30 Partners Roundtable

- UNAIDS
- Pink Ribbon Red Ribbon Initiative
- Lalla Salma Association Against Cancer
- Save the Children
- Union for International Cancer Control (UICC)
- Centers for Disease Control & Prevention
- Bill & Melinda Gates Foundation
- USAID
- Barcelona Centre for International Health Research (CRESIB)
- Global Task Force on Expanded Access to Cancer Care & Control in Developing Countries

Day 3 | Thursday, 19 April 2012

Chair: Tracey Goodman, IVB/WHO

8:30-10:00 Report Back from Working Groups (15 min each) and Discussions (15 min each)

1. Social mobilization and communication for HPV vaccine delivery
2. Delivery of HPV vaccine primarily through schools
3. Delivery of HPV vaccine primarily through health centers and other non-school strategies

10:00-10:30 Tea/Coffee Break

Session VII: How do we monitor for success?

10:30-10:45 PATH's Monitoring & Evaluation Framework for HPV Vaccine Introduction

Emmanuel Mugisha, PATH/Uganda

10:45-11:00 Monitoring & Evaluation of HPV Vaccination Programmes:

Coverage Monitoring, Post-Introduction Evaluations and Vaccine Impact Monitoring

Susan Wang, IVB/WHO

11:00-11:15 Discussion

Next Steps

Objective: To review the key questions, priorities, research issues, and opportunities for optimal HPV vaccine delivery.

Outcome: A shared vision among public-private partners on short-, medium-, and long-term priorities for HPV vaccine activities.

Session VIII: Review and Way Forward

11:15-12:30 What next? Identifying the short-, medium-, and long-term priorities and the ways forward (with Discussion)

Bruce Dick, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health

Annexe 2 | Liste des participants

WHO Regional Representatives

AFRO

- Richard Mihigo
Regional Routine Immunization, New Vaccines
Programme Area Coordinator
- Khadidiatou Mbaye
Regional Officer Responsible for Cervical Cancer
Prevention, Health Promotion Cluster
- Collins Boakye-Agyemang
Communications, Advocacy and Media
Programme Manager

EURO

- Liudmila Mosina
Vaccine Preventable Diseases & Immunization
- Nathalie Likhite
Communications consultant
- Valentina Baltag
Child and Adolescent Health

PAHO

- Andrea Vicari
Immunization, Comprehensive Family
Immunization Regional Project
- Matilde Maddaleno
Regional Advisor, Adolescent Health

SEARO

- Rajesh Mehta
Child & Adolescent Health

WPRO

- Kimberley Fox
Vaccine Preventable Diseases
- Ornella Lincetto
WHO Representative's Office in Vietnam

World Health Organization Headquarters

Family, Women's and Children's Health (FWC)

- Islene Araujo de Carvalho

Immunization, Vaccines and Biologicals (IVB)

- Teresa Aguado
- Tracey Goodman
- Carsten Mantel
- Pem Namgyal
- Susan Wang
- Michel Zaffran

Interns

- Jennifer Heumann
- Michaela Fesenfeld

Maternal, Child & Adolescent Health (MCA)

- Paul Bloem
- Jane Ferguson
- Elizabeth Mason

Interns

- Charlotte Christiansen
- Stephanie Flash

Reproductive Health & Research (RHR)

- Nathalie Broutet
- Venkatraman Chandra-Mouli

Chronic Diseases and Health Promotion (CHP) Noncommunicable Diseases & Mental Health (NMH)

- Andreas Ullrich

Partners

UNICEF

- Jesus Lopez-Macedo
Health Section
- Susan Kasedde
Senior Specialist, HIV Prevention
- Oya Asfar
European Office

UNESCO

- Albert Motivans
Head of Section, Institute for Statistics
- Kirsten Holst
Liaison Officer, Geneva

UNAIDS

- Hedia Belhadj
Director, Partnerships Department

UNFPA

- Alanna Armitage
Director, Geneva Office
- Agathe Lawson
Geneva Office

UICC

- Lucrecia Peinado
Programme Director, Cervical Cancer Initiative
- Marguerite Cornu
Cervical Cancer Initiative

PATH

- Vivien Tsu
Associate Director, Reproductive Health
- Emmanuel Mugisha
Country Manager

Pathfinder International

- Julio Pacca

Save the Children

- Natalie Roschnik
School Health and Nutrition Advisor,
Department of Education and Child
Development

World Bank

- Don Bundy

London School of Hygiene and Tropical Medicine

- Debby Watson-Jones

Health Protection Agency

- Mark Jit

U.S. Centers for Disease Control & Prevention

Division of STD Prevention

- Susan Hariri
- Lauri Markowitz

Global Immunization Division

- Kashmira Date

Johns Hopkins School of Public Health

- Bruce Dick
- Michelle Hindin

USAID

- Susan McKinney
Senior Technical Advisor for Immunization,
Bureau for Global Health

Bill & Melinda Gates Foundation

- John Yang

GAVI

- Khin Devi Aung
- Deblina Datta
- Tania Cernuschi

Barcelona Centre for International Health Research (CRESIB)

- Azucena Bardají

Temporary Advisor

- William Wekwete

Annexe 3 | Notes du groupe de travail n° 1 – Mobilisation sociale et communication pour l'administration du vaccin anti-VPH

Participants au groupe de travail: Jesus Lopez-Macedo, Nathalie Likhite, Kashmira Date, Matilde Maddaleno, Collins Boakye-Agyemang, Oya Asfar, Lucrecia Peinado, Vivien Tsu, John Yang, Deblina Datta, Tracey Goodman, Andreas Ullrich, Hedia Belhadj

Bonnes pratiques en matière de communication et de mobilisation sociale

- Pour les décideurs, souligner le lien entre l'introduction du vaccin anti-VPH et les priorités sanitaires nationales, comme le Plan national de lutte contre le cancer. Utiliser les données de l'analyse coût-avantages.
- Faire savoir qui (par ex. le ministre de la santé) prend la décision d'introduire la vaccination contre le VPH et d'indiquer quelles en sont les raisons sur le plan technique.
- Élaborer un plan de communication complet avant l'introduction du vaccin.
- Prendre l'initiative de la communication avec les médias: trouver un porte-parole au sein du ministère de la santé et le mettre au courant; préparer un dossier d'information à l'intention des journalistes comportant les messages essentiels et les réponses aux questions fréquemment posées; utiliser des méthodes originales pour encourager les responsables des bulletins d'information à couvrir l'évènement (par ex. l'OPS a organisé un concours du meilleur article); envisager l'éventualité d'évènements indésirables ou d'une désinformation et se préparer à y faire face de manière efficace.
- Procéder à une recherche formative pour élaborer des messages et identifier les groupes cibles de la communication. Avoir conscience que les parties prenantes sont généralement peu informées et que les mouvements d'opposants à la vaccination savent très bien propager les peurs.
- Obtenir un soutien social en faveur de l'introduction du vaccin anti-VPH.
- Identifier les décideurs et les personnes influentes au niveau de la communauté et des ménages.
- Prendre conscience du rôle du monde médical, des enseignants, des associations de femmes et des chefs religieux:
 - Fournir des outils et des données pour élaborer les messages
 - Recourir à des filières liées au contexte
- Groupes de femmes dans une multiplicité d'environnements
- Recruter des célébrités du sport ou de la musique pour donner l'exemple (comme on l'a fait en Angola et en Ouganda)
- Des chefs religieux ont été chargés de faire savoir que les ancêtres donnaient leur assentiment (au Ghana)
- Faire appel à la technologie mobile pour persuader les maris ou les pères (exemples au Ghana)

Mesures déterminantes pour susciter une demande et faire évoluer les comportements individuels

- Déterminer quels sont les comportements que l'on souhaite voir adopter (par exemple, que les filles se fassent vacciner et que les femmes se rendent dans les services de dépistage du cancer du col)
- Exprimer les concepts en termes familiers (symptômes, noms, images/ symboles, expériences personnelles)
- Faire en sorte que les filles scolarisées relayent l'information à celles qui ne le sont pas (à quel endroit, à quel moment et de quoi il s'agit)
- Faire appel aux réseaux sociaux (par ex. Facebook ou Tumblr) comme outils pour l'extension extra-institutionnelle du programme
- Utiliser la vaccination contre le VPH comme moyen de promouvoir d'autres types de prestations sanitaires destinées aux adolescentes, notamment sur le plan génésique. Dans de nombreux pays, l'infrastructure des programmes de vaccination est meilleure que celles des programmes consacrés à la santé de l'adolescent.

Observations complémentaires de ce groupe de travail issues des discussions en plénière

- Élargir le champ des messages et préparer des messages intégrés pour le dépistage du cancer du col : par exemple «messages mère & fille»; lorsque qu'une mère amène sa fille à la vaccination anti-VPH on l'informe sur la nécessité d'un dépistage du cancer du col – mais ce n'est valable qu'à la condition que ce type de service soit effectivement disponible !
- Pour qu'il y ait moins d'abandons, faire comprendre aux parents et aux filles qu'il faudra revenir pour la deuxième et la troisième dose
- Qu'est-ce qui, en termes de communication et de mobilisation sociale, distingue la vaccination anti-VPH des autres vaccinations ?
- La communication et la mobilisation sociale ne sont pas aussi essentielles pour l'introduction d'un nouveau vaccin infantile que pour les stratégies d'administration du vaccin anti-VPH car dans ce cas, les mères se rendent de toute façon à la consultation des nourrissons pour les faire vacciner conformément au calendrier habituel
- La communication et la mobilisation sociale ont un rôle particulier à jouer pour permettre d'atteindre les filles exposées au risque (mais celles qui sont vulnérables peuvent être illettrées de sorte que les messages imprimés, les SMS ou les autres formes de communication par le canal de l'école risquent de ne pas leur parvenir)
- Contrairement à ce qui se passe lors de l'introduction de nouveaux vaccins pour les nourrissons, il y a un autre public avec qui il faut communiquer et qu'il faut informer : en plus des parents et des filles, les chefs religieux et les enseignants
- Il peut être nécessaire de faire appel à des technologies novatrices de mobilisation sociale, par exemple la messagerie dite «pulse» pour faire passer des messages incitant les filles à venir recevoir leur première dose puis à revenir pour la deuxième et la troisième.

Documentation et moyens d'information et de communication à retenir

- Centre d'information OMS/ICO sur le VPH et le cancer du col. Site internet : <http://www.who.int/hpvcentre/en/> (pour les statistiques et la charge de morbidité par pays)
- Méthodologie rapide pour la recherche formative du PATH (à paraître) et autres documents sur les enseignements en matière de communication tirés des projets de démonstration du PATH (www.rho.org)
- Site Internet des CDC (<http://www.cdc.gov/hpv/>)
- Guide OMS/EURO pour la communication au sujet du risque vaccinal (à paraître).

Questions et recherches en suspens

- Quelle est la base de données factuelles pour les interventions à l'intention des jeunes adolescents ?
- Quel est le meilleur lien possible entre la vaccination contre le VPH et les services de santé de l'adolescent ou les services de santé génésique ?
- Quelles sont les filles qui ne sont pas scolarisées et quels sont les moyens et les stratégies de communication les plus efficaces pour les atteindre ?
- Comment tirer parti des réseaux sociaux pour créer une demande de vaccination contre le VPH ?
- Dans quelle mesure les hommes interviennent-ils dans les décisions relatives à la vaccination contre le VPH ?
- Quel type de suivi-évaluation faut-il utiliser pour juger de la valeur des stratégies de communication et des messages et faire en sorte qu'ils aient une influence sur l'acceptabilité de la vaccination, notamment vis-à-vis de ceux qui lui sont opposés ?

Annexe 4 | Notes du groupe de travail n° 2 – Administration du vaccin anti-VPH principalement en milieu scolaire

Participants au groupe de travail: Valentina Baltag, Kimberly Fox, Lauri Markowitz, Paul Bloem, Debby Watson-Jones, Natalie Roshnik, Don Bundy, Khin Devi Aung, Pem Namgyal, Carsten Mantel, Andrea Vicari

Considérations concernant l'administration du vaccin en milieu scolaire

- Les données de l'UNESCO sur le taux de scolarisation par niveau sont une source d'information importante; toutefois, comme il peut y avoir des variations locales soudaines dans la scolarisation, il faut utiliser les données nationales en plus des données de l'UNESCO.
- Les données relatives à la scolarisation, à la fréquentation scolaire, aux abandons et à l'absentéisme permettent de savoir combien d'adolescentes sont à l'école, aussi est-il nécessaire de savoir quand et comment ces données ont été recueillies.
- Le calendrier des examens, les événements scolaires particuliers et les dates de vacances sont également importants à connaître. Quel est le meilleur moment pour administrer le vaccin de manière à perturber le moins possible le calendrier scolaire?
- La structure d'âge par classe est également importante pour cibler l'intervention; il faut pour cela utiliser les statistiques nationales et celles de l'UNESCO.
- Il y a également d'autres informations qu'il est utile d'avoir pour planifier l'administration du vaccin, à savoir quel est le paysage scolaire (écoles publiques/écoles privées/internats, etc.) et est-ce que la liste des écoles établie par le ministère de l'éducation est complète? (est-ce que par exemple les écoles confessionnelles et les écoles privées en général sont agréées par le ministère de l'éducation?).
- Le fait d'avoir déjà l'expérience d'autres prestations ou interventions sanitaires en milieu scolaire peut aider à planifier l'administration du vaccin aux écolières. Il peut donc être utile de recueillir des renseignements sur l'existence et la nature d'autres interventions sanitaires en milieu scolaire par âge et par classe ou sur l'expérience qu'on peut en avoir, de savoir qui est ou a été chargé de ces interventions (le personnel sanitaire ou les enseignants) et comment elles sont financées.
- Il est utile de savoir s'il existe une politique de santé scolaire et si une convention cadre de coopération a été établie entre le ministère de l'éducation et le secteur sanitaire.
- L'OMS a mis au point un School Vaccination Programme Readiness Assessment Tool – *Instrument pour déterminer dans quelle mesure un programme de vaccination en milieu scolaire est possible* – à l'intention des pays qui veulent procéder à un examen systématique des considérations exposées ci-dessus et leur permettre, à partir de là, d'élaborer un plan et de combler les lacunes existantes, s'ils sont désireux de mettre en place un tel programme.
- Comme pour n'importe quel plan en vue de l'introduction d'un vaccin, il importe d'avoir des informations sur les points suivants:
 - Capacité du système de santé (en termes d'effectif du personnel sanitaire) à administrer le vaccin en milieu scolaire
 - Considérations financières: coût de l'administration du vaccin en milieu scolaire pour les pouvoirs publics (ministère de l'éducation et ministère de la santé)
 - Besoins sur le plan de la communication et de l'information aux divers niveaux (national, régional, etc.) destinées au personnel sanitaire et aux enseignants
 - Chaîne du froid, volume, stockage et transport.

Difficultés

- Logistique à mettre en œuvre pour obtenir l'autorisation des parents
 - Cela peut-il être réglé lors de l'inscription ?
 - Qui donne l'autorisation et comment peut-on l'obtenir ? Peut-elle être donnée par procuration ?
 - Que faut-il faire lorsque les parents ne sont pas faciles à rencontrer (par ex. s'il s'agit d'un internat, si les parents ont émigré ou sont absents pour une raison ou une autre) ?
- Il est possible que les filles et leurs parents n'aient pas les mêmes souhaits quant à la vaccination
- Temps et ressources nécessaires pour former le personnel scolaire.

Possibilités

- Le processus d'obtention de l'autorisation parentale peut être l'occasion de les rendre plus attentifs au dépistage du cancer du col
- L'administration du vaccin en milieu scolaire cadre bien avec le rôle éducatif de l'école et son devoir de communiquer avec les parents
- L'école a le devoir de prendre soin des élèves et cela peut contribuer à rassurer au sujet de l'innocuité de l'intervention
- On pourrait tirer parti du système de formation continue des enseignants

Stratégies à envisager pour atteindre les filles qui ne sont pas vaccinées en milieu scolaire

- Quelles sont les filles que la stratégie d'administration en milieu scolaire risque de ne pas permettre d'atteindre ? Les minorités ethniques, les migrants, les populations rurales, celles qui refusent d'emblée, les élèves des écoles privées
- Stratégies pour atteindre les filles qui ne peuvent être vaccinées en milieu scolaire :
 - Communiquer de manière à informer les familles des filles absentes ou non scolarisées du moment où la vaccination sera effectuée à l'école de manière à ce que ces filles s'y rendent pour se faire vacciner ; intensifier la communication et la mobilisation sociale
 - Proposer plusieurs tournées de vaccination, pas seulement 3 tournées (mais cela a un coût)
 - Adresser les manquantes aux établissements de soins du voisinage pour qu'elles s'y fassent vacciner

Questions et recherches en suspens

- Déterminer si le vaccin est stable hors de la chaîne du froid et dans la mesure du possible, faire homologuer le vaccin pour une utilisation dans ces conditions
- Travaux à envisager en rapport avec les questions suivantes : consentement/assentiment/autorisation en vue d'une vaccination contre le VPH, par exemple faire une recherche formative sur les attitudes parentales et les questions d'ordre ethnique
- Quel est l'impact de l'intégration de la vaccination anti-VPH avec d'autres types de prestations de services ? Quel est l'impact de ces interventions combinées sur la couverture vaccinale et l'acceptabilité du vaccin ? Quel est l'impact sur le coût de l'administration du vaccin ?
- Préciser l'épidémiologie des filles non vaccinées ou insuffisamment vaccinées contre le VPH
- Procéder à une évaluation programmatique afin d'identifier des indicateurs prédictifs de la couverture vaccinale
- Calculer le coût des stratégies d'administration et procéder à des analyses coût-efficacité.

Annexe 5 | Notes du groupe de travail n°3 – administration du vaccin anti-VPH principalement dans les centres de santé et autres stratégies d'administration hors milieu scolaire

Participants au groupe de travail: Jane Ferguson, Bruce Dick, Liudmila Mosina, Susan Hariri, Khadidiatou Mbaye, Rajesh Mehta, Susan Kasedde, Albert Motivans, Julio Pacca, Emmanuel Mugisha, Michelle Hindin, Susan McKinney, Tania Cernuschi, Azucena Bardaji

Stratégies d'administration

- Il faudrait s'appuyer sur les programmes existants, par ex. PEV, Santé de l'adolescent, Santé génésique, Santé scolaire, etc. ainsi que sur les services de santé classiques ou les services extra-institutionnels.
- Stratégies et lieux de vaccination : dans les établissements de soins/centres de santé ou en direction des communautés marginalisées; calendrier: dans le cadre de la vaccination systématique/régulièrement ou occasionnellement/sous la forme de campagnes/sporadiquement
 - Exemples: en Macédoine, on a fait appel à des équipes mobiles de vaccination; aux Pays-Bas on utilise les centres de mise en forme comme lieux de vaccination extra-institutionnels. En Ouganda, les marchés servent de lieux de vaccination extra-institutionnels, mais celle-ci est également pratiquée dans les centres de santé.

Pourquoi les filles utilisent-elles les services de santé ?

- Elles accompagnent leur mère qui viennent pour d'autres raisons
- Elles viennent pour d'autres prestations: distribution de suppléments alimentaires, d'eau potable, etc.
- On leur propose une vaccination contre le VPH en plus d'autres prestations qu'elles apprécient (par ex. une offre de produits d'hygiène menstruelle)
- Des pairs éducatrices les informent et les dirigent sur les centres de santé
- Les visites à domicile effectuées par des agents de santé encouragent les filles à venir

Les filles vulnérables constituent une fraction importante de la population à vacciner

- Comment identifier ces filles ? (vivent-elles seules ou avec leurs parents ou tuteur ?)
- Comment les recenser ? Quel est l'effectif/l'importance de ce groupe ?
- Où se trouvent-elles ?
- Comment les vacciner contre le VPH ?
- Un même pays peut compter plusieurs populations différentes de filles vulnérables
 - Le ministère de la santé peut avoir besoin d'un personnel sanitaire plus nombreux pour rechercher les filles vulnérables et les vacciner; ce sont par exemple des employées de maison, des ouvrières agricoles ou des vendeuses travaillant sur les marchés, des filles invalides ou souffrant d'une maladie chronique, des travailleuses forcées, des adolescentes appartenant à des minorités ethniques ou à des castes inférieures ou encore dont les parents sont trop pauvres pour payer les uniformes et les fournitures scolaires

Systèmes de suivi pour l'administration de la deuxième et de la troisième dose

- Recours aux technologies mobiles, par ex. des téléphones portables pour envoyer des SMS ou des messages audio aux illettrées
- Carte ou carnet de vaccination ou encore dossier de santé de l'adolescente où sont notés les vaccins administrés et sur lesquels sont rappelées les dates des prochaines doses à recevoir

Questions et recherches en suspens

- Y a-t-il des services de santé de l'adolescent dont bénéficient déjà les adolescentes? L'administration du vaccin contre le VPH peut-elle être intégrée avec d'autres prestations de services?
- Pour quelle raison et à quel moment les filles de 9 à 13 ans se rendent-elles dans un centre de santé? Qu'est-ce qui pourrait les inciter à utiliser davantage ces services?
- Préciser quelles sont les meilleures méthodes pour déterminer la taille de la population des filles de 9 à 13 ans et les lieux où l'on pourrait venir les vacciner.
- Identifier/cartographier les services de santé qui seraient déjà en mesure d'aller à la rencontre de toutes les adolescentes; déterminer le taux de couverture de ces services et leur coût.
- Identifier/cartographier les services de santé qui seraient déjà en mesure d'aller à la rencontre des adolescentes vulnérables; déterminer le taux de couverture de ces services et leur coût.
- Faire la synthèse de toutes les expériences déjà tentées pour administrer des vaccins aux adolescentes et aux filles vulnérables en les accompagnant de prestations complémentaires.
- Élaborer des méthodes d'évaluation rapide ou effectuer des recherches opérationnelles pour déterminer la faisabilité des différents moyens permettant d'atteindre les adolescentes vulnérables
- En se fondant sur des données factuelles, établir une liste type de tâches à utiliser en micro-planification en vue d'élaborer des stratégies pour la vaccination des filles vulnérables

Produits qu'on pourrait envisager de développer pour aider les pays

- Lignes directrices à l'intention des pays sur les différentes possibilités d'obtenir l'autorisation/le consentement/l'assentiment en vue de la vaccination contre le VPH
- Diffuser l'expérience qui a été acquise et les outils qui ont été élaborés à l'occasion des projets de démonstration et de l'introduction du vaccin contre le VPH au niveau national

