

PRE-CONFERENCE

26th INTERNATIONAL PAPILLOMAVIRUS CONFERENCE

PUBLIC HEALTH WORKSHOP

JULY 3-4, 2010 | PALAIS DES CONGRÈS DE MONTRÉAL, CANADA

WWW.HPV2010.ORG/phw

26^e Conférence internationale sur le virus du papillome humain : Atelier de santé publique

Palais des Congrès de Montréal
Montréal, Canada

3 et 4 juillet 2010

Rapport sommaire de l'atelier

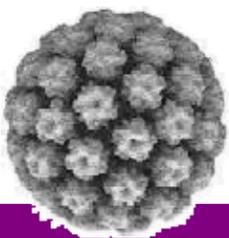


TABLE DES MATIÈRES

Table des matières	2
Sommaire	4
Séances plénières.....	4
Volet Dépistage.....	5
Volet Vaccination.....	6
Volet Recherche, surveillance et évaluation.....	6
Volet Promotion de la santé et éducation.....	7
Conclusion.....	8
Introduction	9
Description de la Conférence et des ateliers.....	9
Ouverture de l'atelier.....	10
Ouverture de la séance plénière.....	10
Volet Dépistage	12
Portrait de la situation actuelle.....	12
Panel — Expériences du dépistage du VPH.....	13
L'avenir du dépistage.....	15
Conclusion du volet Dépistage.....	16
Volet Vaccination	17
Portrait des nouvelles données sur les vaccins.....	17
Panel — Expériences en élaboration et mise en œuvre de programmes d'immunisation contre le VPH.....	18
SÉANCE d'ouverture du Dimanche 4 juillet 2010	21
Mot de bienvenue.....	21
Plénière d'ouverture : Le VPH – Une perspective pancanadienne.....	21
Volet Recherche, surveillance et évaluation	23
Introduction à la recherche, la surveillance et l'évaluation : défis liés aux infections au VPH et aux maladies connexes.....	23
Panel.....	24
Volet Promotion de la santé et éducation	28
Présentations.....	28
Séances interactives.....	30
Conclusion	32

Annexe 1 : Séances interactives en groupes	33
Séances interactives — Volet Dépistage	33
Thème 1 : Lignes directrices cliniques et formation	33
Thème 2 : Adaptation des laboratoires et de la main d'œuvre.....	36
Thème 3 : Surveillance et évaluation	36
Thème 4 : Communications avec la population	39
Séances interactives — Volet Vaccination	41
Groupe 1 : Équité et élargissement d'un programme d'immunisation contre le VPH.....	42
Groupe 2 : Perception du public et besoins en matière d'information	44
Groupe 3 : Consentement, caractère confidentiel et conflit d'intérêts	47
Groupe 4 : Surveillance du programme de vaccination : Taux de vaccination et innocuité.....	48
Séances interactives — Volet Recherche, surveillance et évaluation	50
Scénario 1	50
Scénario 2	52
Scénario 3	54
Annexe 2 : Ordre du jour de l'Atelier de santé publique	55
Annexe 3 : Sommaire - Cadre analytique d'Érickson et de Wals	58
Annexe 4: Comité directeur	59
Annexe 5: Comités scientifiques	60
Annexe 6: Collaborateurs	61
Annexe 7: Documentation de références	62

SOMMAIRE

Un atelier de santé publique a été organisé les samedi 3 juillet et dimanche 4 juillet 2010 au Palais des Congrès de Montréal, à Montréal, Québec, Canada, dans le cadre de la 26^e Conférence internationale sur le virus du papillome humain (VPH) et des ateliers cliniques et de santé publique. L'atelier a été coorganisé par l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) et l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Il s'adressait aux responsables de la santé publique, aux gestionnaires de programme, aux fournisseurs de soins de santé et aux chercheurs. L'objectif de l'atelier était d'améliorer l'application des connaissances en santé publique relativement aux données probantes concernant le VPH, de déterminer les répercussions des nouveaux enjeux de santé publique liés au VPH sur les politiques, d'identifier les lacunes et les possibilités en matière d'intervention en santé publique et d'offrir des occasions de réseautage, de partenariat et de collaboration entre des participants de différentes disciplines. L'atelier était composé de deux séances plénières et d'une série de séances d'une demi-journée consacrées à chacun des volets suivants : le dépistage, la vaccination, la recherche, la surveillance et l'évaluation, et enfin la promotion de la santé et l'éducation. Chaque volet de l'atelier comprenait une séance interactive.

Séances plénières

Au cours du 20^e siècle, nous avons connu un certain nombre de percées déterminantes en ce qui concerne les outils et les connaissances ayant permis d'améliorer le dépistage et le traitement du cancer du col de l'utérus et cette tendance semble se poursuivre au 21^e siècle, grâce à l'émergence de nouveaux outils, notamment des vaccins et des techniques de dépistage. La santé publique joue un rôle de plus en plus important dans la mise en œuvre de ces outils. Cependant, les pays ayant des ressources limitées, qui supportent le fardeau le plus important du cancer du col de l'utérus et des maladies liées au VPH ne peuvent profiter pleinement de ces avancées — ils ne disposent pas de programmes de dépistage du cancer du col de l'utérus organisés et mis en place à grande échelle et ils ne peuvent assumer les coûts nécessaires à une surveillance adéquate ou à la mise en œuvre de programmes de vaccination. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) travaille à la mise en place de ces programmes à l'échelle mondiale, en élaborant des guides complets consacrés au contrôle du cancer du col de l'utérus et en aidant ces pays à instaurer des programmes, dans la limite de leurs possibilités. De plus, l'OMS a préqualifié les vaccins contre le VPH et les a mis à la disposition des organismes de l'OMS afin qu'elles les achètent et les distribuent. Malheureusement, en raison des coûts du vaccin et du programme d'administration de ce dernier, exacerbés par le ralentissement économique, les pays qui bénéficieraient le plus du vaccin ne peuvent se permettre le programme.

La seconde séance plénière a mis en lumière la perspective canadienne en matière de prévention et de contrôle du VPH et des maladies liées à ce virus. L'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) et les comités pertinents ont été très actifs dans la formulation de recommandations et dans la planification d'activités de surveillance intersectorielles. Dans les trois ans ayant suivi l'approbation du premier vaccin contre le VPH en 2006, toutes les administrations au Canada ont lancé des programmes de vaccination en milieu scolaire et bon nombre d'entre elles ont satisfait à la couverture vaccinale recommandée de 80 % d'une cohorte féminine. Au

cours des 40 dernières années, le Canada a connu une diminution considérable de l'incidence du cancer du col de l'utérus et de la mortalité, principalement en raison de l'efficacité du programme de dépistage conçu en collaboration avec divers intervenants. Un plan de surveillance est en cours de lancement à la suite de la mise en œuvre de programmes de vaccination pour surveiller les changements, entre autres, dans la prévalence des VPH par type, dans l'incidence des maladies liées au VPH et dans les comportements à l'égard du dépistage. L'ASPC tente activement de résoudre les problèmes en cours grâce au couplage des bases de données, à l'élaboration et à l'harmonisation d'indicateurs et de normes de laboratoire, à des modifications apportées au programme de dépistage du cancer du col de l'utérus et à de nouvelles techniques de dépistage.

Volet Dépistage

Le test Pap est la norme en matière de dépistage du cancer du col de l'utérus depuis que des programmes de dépistage du cancer du col de l'utérus ont été instaurés et qu'il est utilisé dans le monde entier. Le test Pap est très efficace et a réduit considérablement le fardeau du cancer du col de l'utérus dans tous les pays ayant mis en place un programme de dépistage à grande échelle. Il est toutefois essentiel de reconnaître que toute technologie de dépistage ne prévient pas, en soi, le cancer du col de l'utérus; elle n'est efficace que lorsqu'elle fait partie d'une chaîne d'événements, dont le recrutement de la population aux fins du dépistage et un suivi adéquat après l'obtention du résultat à un test. Plus récemment, des tests de détection de l'ADN du VPH ont été mis au point comme technologie de dépistage alternative des anomalies cervicales. Les tests d'ADN du VPH se sont avérés plus sensibles et plus reproductibles, bien que leur spécificité soit inférieure à celle des tests Pap. De plus, grâce aux tests d'ADN du VPH, il est possible d'augmenter l'intervalle entre les dépistages cervicaux, ce qui réduit le fardeau pour le système des soins de santé. Même si le dépistage du VPH est avantageux sur le plan clinique, sa rentabilité doit être suffisante pour justifier qu'il remplace le test cytologique. En général, le dépistage cervical du VPH semble rentable, en particulier chez les membres plus âgés de la population, en raison, essentiellement, des intervalles de dépistage plus longs; chaque province/territoire ou pays doit cependant prendre ses propres décisions en tenant compte de ses besoins spécifiques et des conditions locales. Nous nous attendons à ce que la vaccination contre le VPH ait des répercussions sur les programmes de dépistage. La réduction des taux d'anomalies cervicales aura une incidence sur le rendement du dépistage basé sur la cytologie et pourra nécessiter des adaptations. Des provinces/territoires ou pays ont décidé de mettre à l'essai le dépistage du VPH dans le cadre de leurs programmes de dépistage, soit comme méthode de triage pour la cytologie, soit comme principal outil de dépistage. La conclusion générale est que le test de détection du VPH représente une option rentable; il y a cependant peu de pression pour mettre en place rapidement ce nouveau test, étant donné que la méthode actuelle de dépistage est très efficace. À ce jour, il s'avère que le test de détection du VPH permet de repérer des lésions importantes au niveau clinique et qu'il réduit la nécessité de pratiquer une colposcopie dans certains pays ou provinces/territoires. À l'avenir, un calculateur de risque pourrait intégrer les toutes dernières connaissances en matière de biologie de l'infection, le statut de vaccination contre le VPH ainsi que les résultats du dépistage du cancer du col de l'utérus, afin de permettre de stratifier les individus.

Volet Vaccination

Le VPH est responsable de tous les cancers du col de l'utérus et les de types 16 et 18, lesquels sont à l'origine d'environ 70 % de l'ensemble des cancers du col utérin dans le monde. D'autres cancers, notamment les cancers du cou et de la tête et les cancers anogénitaux associés au VPH, ainsi que d'autres maladies, telle que la papillomatose respiratoire récurrente (PRR) et les verrues anogénitales, sont aussi causés par le VPH. À l'heure actuelle, il existe deux vaccins disponibles sur le marché — un vaccin quadrivalent contre les VPH de types 16, 18, 6 et 11, visant les types qui sont en cause dans les cancers du col de l'utérus et les verrues anogénitales, et un vaccin bivalent contre les types 16 et 18, visant les souches responsables du cancer du col de l'utérus. Les deux vaccins sont indiqués pour les filles et les jeunes femmes adultes — l'efficacité des vaccins est meilleure si ces derniers sont administrés avant les premières activités sexuelles et la première infection par le VPH. Les deux vaccins ont été mis au point à partir de protéines non infectantes exprimées in vitro sous la forme de pseudoparticules virales et comportent trois doses; ils diffèrent cependant dans leur formulation, en particulier pour ce qui est de l'adjuvant utilisé. La durée de protection des deux vaccins semble longue, à savoir cinq ans au moins. Les deux vaccins paraissent sûrs, le principal effet indésirable étant une réaction au point d'injection; les taux observés sont légèrement plus élevés avec le vaccin bivalent. Les effets indésirables graves sont rares. Une protection croisée avec des types de VPH étroitement apparentés est aussi possible, mais fait encore l'objet de recherches. La recherche s'intéresse également à d'autres domaines tels qu'une réduction du nombre de doses requises, le développement de la prochaine génération de vaccins multivalents et les répercussions des vaccins sur la distribution des types de VPH.

À l'échelle internationale, des programmes de vaccination ont été lancés dans de nombreux pays. La couverture varie de très élevée à assez faible, selon le type de programme et les sensibilités culturelles locales. Divers problèmes se sont posés : sensibilisation du public, traitement de l'information erronée et de la publicité négative, surveillance et évaluation du programme de vaccination et coût élevé de son application dans la plupart des pays. À l'avenir, il faudra se pencher sur la nécessité d'apporter des modifications ou d'optimiser les programmes de dépistage du cancer du col de l'utérus et de raviver l'intérêt du public et des fournisseurs de soins de santé envers les activités de dépistage.

Volet Recherche, surveillance et évaluation

Les répercussions de l'infection par le VPH sont difficiles à surveiller, en particulier en raison du décalage entre l'infection et l'apparition des cancers qui y sont associés, qui se mesure souvent en décennies. Ce problème touche particulièrement les pays ayant des ressources limitées, car nombre d'entre eux ne possèdent pas l'infrastructure leur permettant de surveiller les résultats à long terme. Lors de l'évaluation des programmes de vaccination dans ces pays, il est important de noter que la malnutrition, les co-infections et d'autres affections concomitantes peuvent avoir un impact négatif sur l'efficacité du vaccin. Un système de surveillance décennale, consistant en quatre composantes, pourrait être mis en place dans un petit nombre de ces pays pendant le programme de vaccination. Les composantes de ce système pourraient inclure une estimation de la couverture vaccinale, une étude sérologique réalisée dans un sous-ensemble d'individus, un programme de surveillance officiel des individus vaccinés, qui recueillerait toutes les données démographiques et épidémiologiques pendant

un, trois et dix ans après la vaccination et enfin, à la conclusion du programme de surveillance, la mise en œuvre d'un programme de dépistage des cancers liés au VPH basé sur la population.

Les pays développés sont eux aussi confrontés à des problèmes en matière de surveillance et d'évaluation des programmes de vaccination. De nombreux pays disposent de couplages inadéquats entre leurs bases de données et leurs registres, ou n'ont pas mis en place de registres de vaccination. Même en étant en mesure d'effectuer un suivi et de corrélérer les statuts vaccinaux avec des anomalies cervicales ou des cancers apparus plus tard, il faut de longues années avant de pouvoir évaluer l'efficacité d'un programme de vaccination, en raison du décalage entre la vaccination, le début du dépistage et l'apparition d'anomalies cervicales. Les indicateurs précoces des résultats du vaccin quadrivalent contre le VPH, tels l'apparition de verrues génitales, ne sont habituellement pas signalés aux autorités de santé publique. Les changements observés dans le taux de lésions cervicales précancéreuses ou cancéreuses peuvent être affectés par l'introduction du vaccin contre le VPH, des changements dans le virus ou même des modifications apportées à la pratique ou à l'application du dépistage des cancers liés au VPH. Une modélisation mathématique peut permettre de déterminer les changements consécutifs à la mise en place d'un programme de vaccination et aider les responsables de la santé publique à concevoir des programmes de vaccination, à sélectionner les cohortes cibles du programme de vaccination et à restructurer les programmes de dépistage des cancers liés au VPH. Des données probantes ont été examinées pour évaluer les effets de la vaccination contre le VPH chez les hommes sur un nombre de cancers masculins moins communs, sur l'apparition de verrues anogénitales et sur le fardeau du cancer du col de l'utérus chez les femmes. Les données laissent croire que l'impact économique et sanitaire le plus important peut être obtenu grâce à la vaccination des jeunes femmes; si une couverture vaccinale suffisante n'est pas possible, la vaccination complémentaire des hommes peut être bénéfique.

Volet Promotion de la santé et éducation

La promotion de la santé est un défi de taille, mais des concepts et des exigences ont été développés pour permettre aux individus de prendre le contrôle afin d'assurer leur santé, à condition qu'un cadre public soit en place. Ce cadre est fondé sur cinq principes, notamment l'élaboration d'une politique de santé publique qui appuie la promotion de la santé, la création de milieux favorables, le renforcement de la participation communautaire, le perfectionnement de compétences personnelles et la réorientation des services de santé vers la prévention et la promotion de la santé. Chacun de ces principes doit être activement et fortement soutenu par un certain nombre de groupes différents pour garantir une population en santé.

En ce qui concerne le VPH et les programmes liés à ce dernier, la compréhension des exigences en matière de connaissances de la population et la transmission de connaissances appropriées sont essentielles. Il est possible d'utiliser un certain nombre de mécanismes pour identifier les besoins des groupes cibles, mais il faut avoir recours à des méthodes de collecte des données adéquates, tenant compte de la démographie et des connaissances des différents groupes. Les groupes plus jeunes peuvent être plus à l'aise avec l'utilisation de la technologie de l'information et se sentir plus libres de discuter de sujets liés à la sexualité, tandis que les groupes plus âgés peuvent être moins désireux de partager leurs expériences et préféreront les discussions en face à face. De même, la diffusion de l'information doit être adaptée au public cible et conçue pour répondre à

ses besoins en matière d'information. Une fois encore, ces publics peuvent être différents — les parents peuvent ne pas avoir besoin d'information sur le VPH, mais doivent croire en l'efficacité d'un vaccin pour envisager de l'utiliser, alors que des jeunes femmes ou filles peuvent souhaiter obtenir plus d'information sur la maladie. La mise au point du marketing social et des campagnes de sensibilisation peut être modelée d'après les activités de commercialisation d'une marque, étant donné que nombre des objectifs sont les mêmes. Une organisation doit connaître son propre objectif, les buts de la campagne et du marketing social ainsi que le groupe cible et les avantages. Il faut identifier clairement le groupe cible et l'étudier pour déterminer quel comportement changer, en se limitant à un comportement spécifique. Il faudrait bien comprendre la dynamique du groupe et mettre au défi les meneurs et les adopteurs précoces, en particulier, de changer leur comportement. Il est important de concevoir des formats de message adaptés et de diffuser le message par l'entremise d'un média utilisé par le groupe cible. La phase finale de toute campagne de marketing social est l'évaluation du programme et le retour au début du cycle de conception pour le lancement de l'initiative suivante.

Conclusion

L'atelier a permis de déterminer que l'équité mondiale en matière d'accès aux programmes de vaccination pose problème : en effet, à l'échelle mondiale, les régions ayant le meilleur accès au vaccin sont celles qui en ont le moins besoin (puisqu'elles disposent de programmes de dépistage du cancer du col de l'utérus très perfectionnés), tandis que celles qui y ont le moins accès en ont le plus besoin. Les coûts élevés du vaccin et de l'administration des doses représentent des obstacles importants pour les pays ayant des ressources limitées.

Les programmes de dépistage évoluent au fur et à mesure que les programmes de vaccination sont lancés. Les nouvelles techniques de dépistage du cancer du col de l'utérus (p. ex. les tests d'ADN du VPH) exigent de nouveaux programmes de normalisation des laboratoires tout en réduisant la fréquence du dépistage. En raison de la longue période d'incubation et de la persistance de l'infection relative au VPH nécessaire au développement d'un cancer, il est difficile d'évaluer les avantages pour la santé publique des programmes de vaccination par rapport aux résultats du cancer à court terme. Une évaluation systématique des avantages à court, moyen et long terme doit être effectuée pour continuer de contribuer aux programmes de prévention du cancer et d'immunisation.

INTRODUCTION

Description de la Conférence et des ateliers

La 26^e Conférence internationale sur le virus du papillome humain et les ateliers cliniques et de santé publique se sont déroulés du 3 au 8 juillet 2010 au Palais des congrès de Montréal, au Canada. L'atelier de santé publique consacré au virus du papillome humain (VPH) a été organisé par l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) en collaboration avec l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) les 3 et 4 juillet. L'objet du présent document est l'atelier de santé publique, y compris l'ordre du jour, les discussions et les conclusions tirées de l'atelier en question.

Les participants ont été encouragés à partager leurs connaissances et expériences au cours d'une série de présentations et de séances de travail interactives. L'atelier a attiré une grande variété de personnes issues de nombreuses disciplines pour partager les récents progrès scientifiques qui ont conduit au développement de nouvelles stratégies de prévention, les défis rencontrés lors de la mise en œuvre de pratiques en santé publique et des solutions novatrices à ces obstacles, tant au Canada que sur le plan international. L'atelier s'adressait aux groupes suivants :

- responsables de la santé publique;
- gestionnaires de programmes;
- fournisseurs de soins de santé, y compris des médecins et du personnel infirmier;
- chercheurs et épidémiologistes.

L'objectif général énoncé de l'initiative était le suivant :

- amélioration des connaissances en santé publique et de l'application de l'information scientifique et programmatique sur le VPH;
- détermination des répercussions sur les politiques des nouveaux enjeux de santé publique liés au VPH;
- détermination des lacunes et des possibilités d'intervention en santé publique;
- offre d'occasions de réseautage, de partenariat et de collaboration entre des participants de diverses disciplines.

L'atelier se composait principalement de quatre séances ou volets d'une demi-journée, traitant chacun d'un enjeu spécifique lié au VPH. Le contenu et la discussion de chacun des volets sont présentés ci-dessous. Les quatre volets étaient les suivants :

- le dépistage;
- la vaccination;
- la recherche, la surveillance et l'évaluation;
- la promotion de la santé et l'éducation.

Ouverture de l'atelier

Les coprésidents du Comité directeur de l'atelier (D^r Howard Njoo de l'ASPC et D^r Marc Steben de l'INSPQ) ont prononcé le mot de bienvenue et D^{re} Susan Wang, de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), à Genève, en Suisse, a animé la présentation plénière d'ouverture. Le D^r Njoo a ouvert les débats en décrivant la complexité des initiatives en santé publique en ce qui concerne le VPH. Au Canada, l'ASPC travaille avec de nombreux groupes différents, internes et externes à l'Agence; des entités de santé publique provinciales et territoriales; des organismes dédiés au cancer, aux infections transmissibles sexuellement, à l'immunisation; des laboratoires et d'autres intervenants ayant un intérêt pour le VPH et les maladies connexes. Le D^r Njoo a souligné que le VPH relève d'une responsabilité locale, nationale et internationale et que toutes les personnes qui assistent aux ateliers ont un rôle à jouer. Le D^r Steben a poursuivi la présentation en observant que la Conférence internationale sur le VPH a une solide histoire et qu'elle a connu de nombreux changements et de nouveaux défis depuis qu'elle s'est tenue pour la première fois, en 1982. L'image publique du VPH a évolué, passant d'une question traditionnellement féminine à un enjeu ayant des répercussions sur les femmes, mais aussi sur les hommes; toutefois, une forte stigmatisation reste encore associée à l'infection. Il faut noter que le traitement et la surveillance évoluent avec l'ajout du vaccin contre le VPH à la « boîte à outils » de prévention, en plus du dépistage du cancer du col de l'utérus.

Les remarques d'ouverture ont conclu en insistant auprès des participants pour qu'ils complètent le cycle d'apprentissage en participant pleinement aux discussions et en partageant les obstacles qu'ils rencontrent et les solutions trouvées avec les autres, créant ainsi des connexions qui serviront l'innovation et les améliorations futures apportées à l'approche en santé publique à l'égard de cette infection et des maladies connexes.

Ouverture de la séance plénière

La D^{re} Wang a animé une présentation intitulée « *Une perspective de santé publique mondiale sur les défis et les opportunités de prévention et de contrôle du cancer du col de l'utérus et des maladies associées au VPH* ». Elle a souligné que le cancer du col de l'utérus est le deuxième cancer le plus répandu chez les femmes et le cinquième cancer le plus courant dans l'ensemble des cancers, avec une incidence mondiale estimée à 529 000 nouveaux cas et 274 000 décès en 2008 (données fournies par ARC GLOBOCAN, sur la page globocan.iarc.fr). Le fardeau du cancer du col de l'utérus est principalement supporté par les femmes vivant dans les pays ayant des ressources limitées puisque 88 % de tous les décès provoqués par ce cancer surviennent dans les pays du monde à revenu intermédiaire ou faible. Ce déséquilibre est principalement provoqué par les programmes universels de dépistage du cancer du col de l'utérus qui existent dans les pays développés.

Au cours du 20^e siècle, nous avons connu un certain nombre de percées déterminantes en matière d'outils qui ont permis d'améliorer le dépistage et le traitement du cancer du col de l'utérus. Au 21^e siècle, de nouveaux outils et méthodes ont été élaborés, notamment des vaccins et de nouveaux tests de dépistage du cancer. La santé publique jouera un rôle de plus en plus important dans la mise en œuvre de ces outils. L'OMS a élaboré une approche globale axée sur la prévention, le dépistage précoce, le traitement et les possibles soins palliatifs,

conçue pour atténuer les conséquences du cancer. Cette approche est présentée dans le guide complet publié par l'OMS pour le contrôle du cancer du col de l'utérus¹ qui a été adapté et adopté par un certain nombre de pays. Ce guide recommande de commencer le dépistage du cancer du col de l'utérus à l'âge de 25 ans, mais pas forcément un dépistage annuel, en utilisant le dépistage visuel associé à la cryothérapie dans des cadres faisant l'objet d'un contrôle strict. Le guide comporte toutefois quelques aspects obsolètes; des révisions sont en cours et une mise à jour est attendue dans deux ans. L'importance de l'éducation dans le domaine de la santé s'avère cependant particulièrement pertinente. La mise à jour prévue devrait contenir de l'information sur les vaccins ainsi que de nouvelles données relatives aux tests et aux algorithmes de dépistage. Des organisations gouvernementales et non gouvernementales travaillent pour apporter un soutien aux ministères de la Santé quant à la détermination de pratiques exemplaires et à l'élaboration de programmes de dépistage du cancer du col de l'utérus. Par exemple, la Région du Pacifique occidental de l'OMS a convoqué une réunion pour déterminer les mesures prioritaires pour les pays de cette région et les différents niveaux socioéconomiques afin d'établir un programme complet de contrôle du cancer incluant un dépistage efficace du cancer du col de l'utérus. (Expert Consultation on the Comprehensive Prevention and Control of Cervical Cancer, qui se trouve au site web mentionné ci-dessous²).

Les deux vaccins disponibles contre le VPH ont été préqualifiés par l'OMS et sont mis à la disposition des organismes de l'OMS aux fins d'achat et de distribution. La position de l'OMS est que les vaccins constituent un outil important, en particulier pour les femmes n'ayant jamais été exposées au virus, mais le dépistage reste indispensable. Les filles âgées de 9 à 13 ans devraient être vaccinées, mais pas aux frais d'un programme de dépistage. Un certain nombre de pays ont mis en place des programmes nationaux d'immunisation contre le VPH, avec des régions à faible incidence (régions bénéficiant d'un dépistage efficace) profitant d'un meilleur accès aux vaccins tandis que les pays ne disposant pas de programmes de dépistage trouvent le coût du vaccin prohibitif, en particulier compte tenu de l'infrastructure nécessaire à son administration et à la surveillance. Enfin, de nouveaux outils et ressources sont conçus pour la prévention et le dépistage du cancer du col de l'utérus.

¹ http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241547006_eng.pdf (disponible seulement en anglais)

² <http://www.wpro.who.int/internet/resources.ashx/RPH/cervical+cancer+meeting.pdf> (disponible seulement en anglais)

VOLET DÉPISTAGE

Le volet Dépistage a été piloté par les docteurs Patricia Goggin de l'INSPQ et Jay Onysko de l'ASPC. La séance consacrée au volet Dépistage a été structurée autour de quatre composantes principales, en commençant par un aperçu de l'efficacité du dépistage par le test du VPH, suivi par une présentation d'un groupe d'experts consacrée à des expériences de dépistage menées dans quatre pays. Vous trouverez le résultat de la troisième principale composante, les séances interactives en petits groupes, à l'annexe 1. La quatrième et dernière composante était une présentation des considérations et des orientations futures en matière de dépistage du cancer du col de l'utérus.

Portrait de la situation actuelle

Les participants ont assisté à trois présentations dressant un portrait de la situation actuelle dans le domaine du dépistage du VPH et des anomalies cervicales par le test VPH. Les trois présentations étaient intitulées comme suit :

- **Comparaison de l'efficacité clinique de la cytologie et des tests de dépistage du VPH** par D^{re} Marie-Hélène Mayrand, Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal et Institut national de santé publique du Québec, Montréal, Québec, Canada;
- **Recension des études de rentabilité** présentée par D^{re} Jane J. Kim, Harvard School of Public Health, Boston, MA, États-Unis;
- **Impact de la vaccination sur le rendement des tests de dépistage** par D^r Salaheddin M. Mahmud, Université du Manitoba, Winnipeg, Manitoba, Canada.

Lorsque nous comparons l'efficacité clinique, la docteure Marie-Hélène Mayrand note que toute technique de dépistage du cancer du col de l'utérus doit être simple, peu coûteuse, précise et acceptable pour être utile sur le plan clinique. Aussi, il est essentiel de comprendre qu'une technique de dépistage, en soi, ne sauve aucune vie, mais plutôt que l'ensemble de la chaîne des événements est nécessaire, y compris le dépistage, le système qui l'encourage et les interventions suivant le dépistage. Il n'y a pas d'avantages clairs entre les tests d'ADN du VPH et la cytologie, les deux principales techniques de dépistage. Les tests d'ADN du VPH se sont avérés plus sensibles, mais ils ont une spécificité plus faible, bien que la reproductibilité des tests Pap représente une difficulté. Il est important de tenir compte de l'impact d'une nouvelle méthodologie de dépistage sur le régime de dépistage — il semble que la période de protection associée aux tests d'ADN du VPH soit plus longue que celle associée au test Pap, et il est possible qu'il faille apporter des changements à de nombreuses politiques de dépistage. Il faut aussi considérer le coût du changement des tests et des algorithmes complexes associés aux tests d'ADN du VPH, en particulier en cas de résultats positifs de ces tests, mais de résultats de dépistage par des tests cytologiques négatifs.

La docteure Jane Kim a poursuivi en discutant du rapport coût-efficacité des stratégies de tests d'ADN du VPH pour le dépistage principal des anomalies cervicales. Il faut noter que, même si la technologie présente des caractéristiques cliniques favorables, l'impact doit être suffisant pour que la technologie soit viable sur le plan

économique. Des études coût-efficacité ont été fondées sur la comparaison entre les tests d'ADN du VPH et la technologie actuelle, qui utilise en général des tests cytologiques, et des mesures purement économiques ou un avantage croissant pour la santé. Cependant, il n'existe pas de seuil particulier devant être atteint pour démontrer la rentabilité — ce seuil variera en fonction des différents pays et des diverses conditions. La plupart des études coût-efficacité menées aux États-Unis (trois sur quatre) ont conclu que les tests d'ADN du VPH étaient la méthode la plus efficace avec une fréquence de dépistage de trois à quatre ans. Un certain nombre d'études internationales, notamment des études canadiennes, américaines et européennes, ont conclu que la méthode utilisant des tests cytologiques associés à la confirmation des lésions par des tests d'ADN du VPH représentait la méthode la plus efficace. Il existe des différences essentielles entre les diverses études, en particulier pour ce qui est des hypothèses analytiques différentes, assez subjectives et sujettes à des variations. En général, il est admis que le dépistage par tests d'ADN du VPH est rentable en pratiquant un intervalle plus long entre les dépistages, en particulier aux âges plus avancés. La vaccination peut permettre de retarder le début du dépistage et la fréquence de ce dernier pourrait être davantage diminuée.

Le D^r Salaheddin M. Mahmud a terminé la composante relative au contexte du volet en poursuivant sur le thème de l'impact de la vaccination contre le VPH sur les politiques et programmes de dépistage du cancer du col de l'utérus. Les tests Pap ont de solides antécédents de rendement et sont responsables de la diminution de l'incidence du cancer du col de l'utérus. L'introduction de la vaccination contre le VPH, toutefois, promet de réduire encore le taux de cancer du col de l'utérus et des anomalies cervicales – ce qui peut constituer un défi pour le programme de dépistage par test Pap. Une crainte existe qu'en cas d'échec du programme de dépistage, on pourrait observer une augmentation du nombre de cas de cancer du col de l'utérus, malgré la mise en place du programme de vaccination. Cela aura des répercussions à long terme, reflétant les antécédents naturels de l'infection par le VPH et du cancer du col de l'utérus. Le premier impact sur le dépistage du cancer du col de l'utérus sera un effet négatif sur la valeur prédictive positive (VPP) du test de dépistage. La VPP peut aussi diminuer parce que la proportion de lésions peu importantes sur le plan clinique (celles qui ne progresseront pas) détectées augmentera. Comme de moins en moins de lésions apparaîtront à la suite de la vaccination, les médecins seront moins motivés à encourager les patientes à participer au dépistage du cancer du col de l'utérus. Ces facteurs peuvent rendre les programmes de dépistage par test Pap financièrement inefficaces et précipiter des changements en matière de politique.

Panel — Expériences du dépistage du VPH

Après les présentations consacrées au contexte, un panel a été formé pour discuter des stratégies de dépistage et des expériences tirées de différents pays, avec des présentations animées par des personnes venant de ces pays ou qui les connaissent bien. Les quatre présentations étaient les suivantes :

- **Royaume-Uni** : Henry Kitchener, University of Manchester, Manchester, Royaume-Uni
- **Finlande** : Ahti Anttila, Finnish Cancer Registry, Helsinki, Finlande
- **Canada - Colombie-Britannique** : Dirk van Niekerk, Programme de dépistage du cancer du col utérin, Vancouver, C.-B., Canada
- **États-Unis** : Mona Saraiya, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Georgie, États-Unis

Le panel était animé par Meg McLachlin de l'University of Western Ontario, London, Ontario, Canada.

Dans l'ensemble, ces présentations discutaient des politiques et des programmes de dépistage actuels en place dans des pays développés, notamment de l'impact que le dépistage du cancer du col de l'utérus avait eu sur le fardeau de ce cancer (à la fois sur l'incidence et la mortalité). Cependant, elles n'ont pas discuté de la mise en œuvre ou de l'utilisation de technologies de dépistage dans le dépistage du cancer du col de l'utérus dans les pays ayant des ressources limitées. De plus, ces présentations ont mis en évidence les changements envisagés ou mis en place avec l'apparition des tests d'ADN du VPH en tant que technologie de dépistage. Dans tous les pays, les tests d'ADN du VPH sont envisagés, soit en tant que principale méthode de dépistage, soit en tant que méthode complémentaire de triage.

En Angleterre (et par extension, dans le reste du Royaume-Uni, qui suit des programmes de dépistage du col de l'utérus presque identiques), le dépistage du cancer du col de l'utérus est recommandé à partir de l'âge de 25 ans, avec un dépistage tous les trois ans jusqu'à l'âge de 49 ans, puis un dépistage tous les cinq ans de 50 à 64 ans, et aucun dépistage après 65 ans, sur la base de tests d'échantillons cytologiques liquides. Les tests d'ADN du VPH sont envisagés pour le triage des individus ayant une cytologie positive ainsi que pour un contrôle de la guérison chez les individus traités pour des anomalies cervicales. Ces mesures sont envisagées sur la base d'un projet de sites sentinelles sur six sites ayant mis en place les tests d'ADN du VPH. Au cours du projet des sites sentinelles, des dysplasies légères (CIN1) ont été adressées afin qu'une colposcopie soit réalisée, car les médecins n'étaient par certains de la gestion à adopter. Ceci, associé à d'autres facteurs, a entraîné un taux de colposcopies effectuées dans le projet des sites sentinelles plus élevé que dans le programme de dépistage traditionnel, mais, en dépit de cela, les tests d'ADN du VPH aux fins de triage ont été jugés comme très rentables par rapport à une cytologie répétée.

La Finlande possède depuis de nombreuses années un programme national de dépistage bien organisé qui a provoqué une diminution de 75 % de l'incidence du cancer du col de l'utérus et a presque permis d'éliminer les décès dus à ce cancer. Même en tenant compte du succès du dépistage basé sur la cytologie, il existe toujours une marge d'amélioration du dépistage du cancer du col de l'utérus ainsi que la pression d'introduire de nouvelles méthodes de dépistage, telles que les tests d'ADN du VPH, pour réduire les coûts ou améliorer l'efficacité. Le dépistage par tests d'ADN du VPH a été évalué en Finlande par rapport au dépistage basé sur la cytologie. Le dépistage par tests d'ADN du VPH a été utilisé à la place de la cytologie dans un groupe de femmes qui participaient à leur programme de dépistage habituel avec triage cytologique des cas positifs aux tests d'ADN du VPH. L'essai a révélé qu'un surtraitement est pratiqué chez les femmes plus jeunes, tant dans les bras d'étude du VPH que dans ceux de la cytologie; toutefois, ce surtraitement est plus fréquent dans le bras d'étude du VPH. Les tests d'ADN du VPH ont présenté un avantage clair, à savoir l'augmentation de l'identification des lésions importantes sur le plan clinique, ce qui conduira probablement à une diminution du fardeau du cancer du col de l'utérus. Avec l'introduction du dépistage du VPH, une réduction de la fréquence du dépistage sera nécessaire; il n'est cependant pas urgent de mettre en œuvre le dépistage du VPH rapidement.

Au Canada, chaque province ou territoire est responsable de la prestation des soins de santé, mais toutes les

administrations disposent de politiques en matière de dépistage du cancer du col de l'utérus, lesquelles présentent quelques similarités et différences. Tout comme l'Angleterre et la Finlande, la Colombie-Britannique a mis en place depuis de nombreuses années un programme de dépistage à l'aide d'un laboratoire central de cytologie pour le dépistage du cancer du col de l'utérus. Le fardeau du cancer du col de l'utérus est assez faible, mais il est toujours possible de parvenir à des améliorations, surtout dans des domaines tels que celui qui consiste à encourager des groupes qui participent peu au dépistage à se faire dépister. De nouvelles technologies de dépistage offrent aussi certaines occasions d'amélioration. L'essai HPV FOCAL a été mené en C.-B. afin de comparer la cytologie en milieu liquide (CML) et les tests d'ADN du VPH. Les tests d'ADN du VPH étaient effectués tous les quatre ans (alors que ceux de la CML l'étaient tous les deux ans). La conclusion de l'essai était que la VPP des tests d'ADN du VPH était plus importante que celle de la CML avec plus de résultats de dépistage positifs pour le VPH pour moins de colposcopies. La mise en œuvre des tests d'ADN du VPH sera compliquée, même si le nombre de tests pratiqués chaque année est fortement réduit. L'instauration d'un programme se fera probablement par le biais de régions géographiques ou de seuils liés à l'âge.

Le cas des États-Unis est différent de celui des autres pays, étant donné que le système américain est plus fragmenté et comprend un nombre plus important de régions et de payeurs. Trois agences ont formulé des recommandations en matière de dépistage, et chacune d'entre elles est légèrement différente pour ce qui est de l'âge auquel il faut commencer le dépistage, de la fréquence de ce dernier et de l'âge auquel il n'est plus nécessaire. Le test de dépistage du VPH n'a pas été approuvé aux États-Unis en tant qu'outil de dépistage autonome, mais seulement à des fins d'usage associé à la cytologie, à titre de complément pour le triage, la gestion ou comme suivi d'une colposcopie. La plupart des fournisseurs de soins de santé aux États-Unis ont recours à la CML et à un test Pap. Le test du dépistage du VPH tend à être utilisé seulement en tant que processus de suivi après un traitement plutôt que comme un outil de dépistage. Les taux d'acceptation de l'augmentation des intervalles entre les tests de dépistage du VPH sont faibles et cela provoque une certaine confusion autour de ces tests. Les femmes ont tendance à accepter des intervalles plus longs. En général, le dépistage aux États-Unis est opportuniste et ne comprend pas de registres centraux de rappel, ce qui conduit soit à des dépistages très fréquents (chaque année) ou à des occasions manquées. À l'avenir, l'utilisation simultanée de la CML et des tests d'ADN du VPH obtiendra probablement une meilleure acceptation, mais nécessitera l'approbation de la FDA. La difficulté la plus importante sera de convaincre les médecins des avantages du test de dépistage du VPH pratiqué à des intervalles de dépistage prolongés.

L'avenir du dépistage

Les présentations finales consacrées au volet Dépistage se sont concentrées sur les innovations et l'orientation futures auxquelles nous pouvons nous attendre en matière de dépistage du cancer du col de l'utérus. Cette section du volet comprenait une présentation animée par Philip Castle du National Cancer Institute in Bethesda, Maryland, États-Unis (Un modèle basé sur le risque pour l'intégration des nouvelles technologies, y compris la vaccination contre le VPH et les nouveaux marqueurs biologiques, dans les programmes de prévention du cancer du col de l'utérus), ainsi que les conclusions de l'animatrice de la session, Meg McLachlin de l'University of Western Ontario, London, Ontario, Canada.

Pour être en mesure de gérer l'introduction de nouvelles technologies de dépistage et de traitement, il faut comprendre les processus relatifs aux maladies et les facteurs de risque spécifiques. Cependant, avec l'introduction de nouveaux facteurs de risque ou de tests différents, le calcul du risque de progression du cancer chez un individu ou que ce même individu nécessite une surveillance accrue devient plus complexe. Pour mieux gérer le dépistage du cancer du col de l'utérus, la mise en place d'un calculateur fondé sur le risque a été proposée. Ce dernier inclurait notamment les résultats des dépistages précédents, de l'information sur la démographie et les antécédents. Une stratification logique et cohérente du risque permettra d'appliquer de manière plus efficace les ressources de soins de santé limitées et d'éviter de procéder à des interventions sur des individus présentant un risque faible ou nul. Grâce à un calculateur fondé sur le risque, il sera possible d'intégrer des marqueurs biologiques et des renseignements nouveaux afin d'évaluer le risque d'un individu. Le risque individuel deviendra alors le concept directeur de la gestion clinique.

Conclusion du volet Dépistage

La D^{re} Meg McLachlin a conclu le volet Dépistage en remerciant tous les intervenants et elle a remarqué que les participants ont rempli l'objectif qui visait à apporter de l'information en vue de concevoir une approche systématique à l'égard des pratiques exemplaires de dépistage. Bien qu'il existe nombre de points de départ différents, les objectifs du dépistage systématique sont les mêmes pour tous ceux qui sont confrontés aux défis associés aux nouvelles technologies, tels que les vaccins contre le VPH.

VOLET VACCINATION

Le volet Vaccination a été animé par M^{me} Lisa Belzak de l'ASPC et le D^r Vladimir Gilca de l'INSPQ. Le programme comprenait un survol des nouvelles données sur les vaccins, suivi d'une présentation et d'une discussion en panel, au cours desquelles les membres ont exposé leurs expériences dans l'élaboration et la mise en œuvre de programmes d'immunisation contre le VPH dans différents pays à l'échelle mondiale. La composante finale du volet était une séance interactive au cours de laquelle les participants ont été invités à discuter de différents aspects des programmes de vaccination selon un scénario spécifique.

Portrait des nouvelles données sur les vaccins

Les types 16 et 18 du VPH sont responsables de 70 % des cas de cancer du col de l'utérus à l'échelle mondiale. D'autres maladies sont associées au VPH, notamment les cancers anogénitaux et les cancers de la tête et du cou; par ailleurs, des types de VPH présentant un risque oncogène faible, comme les types 6 et 11, provoquent la grande majorité des verrues anogénitales. Les vaccins contre le VPH contiennent des pseudoparticules virales (VLP) produites in vitro par l'expression de la protéine du virus. Les VLP ne contiennent pas d'ADN et ne sont pas infectantes, mais elles peuvent déclencher une réponse immunitaire. Deux vaccins sont disponibles sur le marché – un vaccin quadrivalent contenant des VLP pour les types aussi bien à haut risque (types 16 et 18) qu'à faible risque (types 6 et 11), et un vaccin bivalent contenant des VLP pour deux types à haut risque (16 et 18) du VPH. Les formulations des vaccins diffèrent, en particulier pour ce qui est de l'adjuvant et du système d'expression utilisés. Les deux vaccins sont très efficaces contre les virus ciblés, et le vaccin quadrivalent est également efficace dans la prévention des verrues anogénitales. De plus, les deux vaccins offrent une certaine protection croisée contre d'autres types de virus à haut risque; toutefois, le degré de protection et les types de virus en question n'ont pas été entièrement déterminés. L'hypothèse d'une protection croisée est assez robuste; les vaccins pourraient offrir jusqu'à 80 % de protection contre les cancers cervicaux. La durée de la protection est longue pour les deux vaccins, soit au moins 5 ans (à ce jour)

Les vaccins sont actuellement indiqués pour les fillettes et les jeunes femmes adultes. Les deux vaccins ont des profils d'innocuité solides. Les effets indésirables sont habituellement modérés, et seulement 8 % d'entre eux ont été qualifiés de graves. Il n'y a eu aucun décès confirmé lié au vaccin.

La recherche sur le vaccin se poursuit, surtout pour déterminer le nombre idéal de doses requises; des études comparatives se penchent actuellement sur l'utilisation du vaccin quadrivalent par rapport au vaccin bivalent, sur l'efficacité du vaccin chez les femmes plus âgées et dans d'autres populations (hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes [HARSAH], personnes immunovulnérables), sur la durée de la protection, sur le remplacement et la prévalence des types viraux ainsi que sur la mise au point de vaccins contre le VPH multivalents de seconde génération.

Panel — Expériences en élaboration et mise en œuvre de programmes d'immunisation contre le VPH

Les quatre présentations étaient les suivantes :

- **Canada | Processus du CCNI-CCI pour la mise en œuvre de programmes et Québec | Calendrier de vaccination prolongé;** D^{re} Shelley Deeks, Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé, Toronto, Ontario, Canada
- **Royaume-Uni;** D^r Jack Cuzick, Cancer Research UK Centre for Epidemiology, Mathematics and Statistics, Londres, Royaume-Uni
- **Australie;** D^{re} Julia Brotherton, National HPV Vaccination Program Register, East Melbourne, Australie
- **États-Unis;** D^{re} Lauri Markowitz, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Georgie, États-Unis.

Les présentations ont été suivies d'une séance de questions/réponses et d'une discussion.

Au Canada, les programmes de vaccination comportent une composante fédérale : l'organisme national de réglementation (Santé Canada) approuve l'utilisation du vaccin, et le Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) et le Comité canadien d'immunisation (CCI) formulent des recommandations en matière de vaccination. Le rôle du CCNI est de présenter des recommandations scientifiques pour l'utilisation optimale des vaccins, tandis que le CCI émet des recommandations pour l'inclusion du vaccin dans des programmes territoriaux ou provinciaux financés par l'État sur la base du rapport coût-efficacité, de la faisabilité et de l'acceptabilité. Le vaccin contre le VPH est recommandé pour les filles âgées de 9 à 26 ans, et son emploi est autorisé chez les femmes de plus de 26 ans. Le programme de vaccination recommandé visait une seule cohorte de femmes d'un âge particulier, pour une couverture vaccinale de 80 % en 2 ans et de 90 % en 5 ans et il prévoyait la possibilité d'un programme de rattrapage. L'organisme de réglementation a approuvé une nouvelle indication, soit la vaccination des garçons par le vaccin quadrivalent. Le CCNI et le CCI examinent actuellement les nouvelles données afin d'étayer leurs recommandations à venir.

Chaque province et territoire au Canada dispose d'un programme de vaccination contre le VPH (en date de 2009), mais ces programmes sont disparates. Les programmes sont offerts dans le cadre d'initiatives en milieu scolaire; ils ont débuté à n'importe quel moment entre 2007 et 2009 et le vaccin était administré de la 4^e à la 9^e année. Tous les territoires et provinces ne disposent pas de programmes de rattrapage. La couverture vaccinale s'étend de 52 % à 85 %, mais les différences constatées dans les programmes et la production de rapports rendent les comparaisons difficiles. L'objectif de 80 % de couverture en deux ans n'a été atteint que dans quatre provinces. Les principales difficultés liées à la mise en œuvre du programme de vaccination ont été les calendriers d'immunisation différents d'une province à l'autre, la complexité de ces calendriers et le coût du vaccin. De plus, dans le cas d'un vaccin ciblant une infection transmissible sexuellement (ITS), il faut s'attendre à des problèmes de perception du public; des difficultés sont survenues avec les médias lors du lancement du programme dans certaines régions, ce qui a conduit des individus ou des conseils scolaires à refuser le vaccin.

En Angleterre (comme dans le reste du Royaume-Uni), un programme de vaccination a débuté en 2008; le vaccin était proposé aux filles de 12 à 13 ans dans le système scolaire, et un programme de rattrapage était

offert aux filles jusqu'à l'âge de 18 ans. La phase de rattrapage du programme est maintenant terminée et, pendant les deux dernières années, le programme a été exclusivement concentré sur les filles de 12 à 13 ans. La participation est élevée puisque 90 % des filles ont reçu au moins une dose et 81 % ont reçu les trois doses. Le programme de rattrapage, réalisé en dehors du système scolaire, a été moins efficace. Il a permis d'atteindre une couverture vaccinale de 30 % pour les trois doses; peu d'omnipraticiens y ont participé et signalé les vaccins administrés. Les effets de la vaccination ne seront pas connus avant que la cohorte atteigne l'âge de 20 à 29 ans, au moment où le programme de dépistage commencera pour ces jeunes femmes. Un registre central du dépistage du cancer du col de l'utérus existe en Angleterre, ce qui facilitera l'évaluation des effets de la vaccination. Il est difficile de mesurer ces effets, mais on s'attend à une réduction de 73 % du cancer du col de l'utérus, suivi d'une possible réduction supplémentaire de 14 % si le vaccin offre une protection croisée. On a prédit des réductions significatives des lésions de grade élevé (CIN3) et de toutes les cytologies cervicales anormales. Il est difficile de faire des prévisions plus solides en raison de plusieurs facteurs d'incertitude, notamment la mauvaise compréhension de la protection croisée, l'efficacité du vaccin chez les individus n'ayant pas reçu les 3 injections et la durée de la protection. Les défis à relever pour l'avenir seront entre autres les changements à apporter aux pratiques et à la participation au dépistage, la nécessité de mettre en place un registre des vaccinations et la réduction de la VPP dans le dépistage du cancer du col de l'utérus.

L'Australie se démarque des autres pays, et ce, pour un certain nombre de raisons. Elle a lancé un vaste programme de rattrapage accessible à toutes les femmes âgées de moins de 26 ans, plutôt que de le limiter aux filles d'âge scolaire. Là où d'autres pays ont dû gérer les influences négatives des médias, le public australien a fortement soutenu et demandé le programme de vaccination. L'Australie avait aussi prévu le financement d'un registre de vaccination (comprenant la consignation des doses, des renseignements démographiques, des précisions sur le fournisseur de soins de santé et la possibilité d'émettre des rappels) dans la législation régissant le programme de vaccination. Grâce au solide soutien du public à l'égard de l'initiative de vaccination, la couverture vaccinale est très élevée, tant dans le programme dispensé en milieu scolaire que dans le programme de rattrapage offert par la communauté. Un certain nombre de difficultés sont survenues dans le volet communautaire, notamment un délai trop court pour la mise en œuvre du programme, une vaccination principalement opportuniste, des attentes vis-à-vis d'un impact rapide et puissant sur le nombre d'anomalies détectées aux tests Pap et certaines inquiétudes au sujet des conséquences sur le dépistage des anomalies cervicales et sur les tests Pap. Dans le programme dispensé en milieu scolaire, le manque de communication a posé une difficulté. Dans l'ensemble, quelques événements psychogènes de masse ont été mal gérés, mais ces derniers n'ont pas eu de conséquences significatives importantes sur la couverture vaccinale. Les défis à relever pour le programme de vaccination, tant sur le plan des politiques que sur celui du rapport coût-efficacité, comprennent l'amélioration de la couverture vaccinale, l'établissement de couplages entre les données relatives à la vaccination et celles du dépistage, la surveillance du remplacement des types viraux par suite de la vaccination, les changements éventuels dans le programme de dépistage par test Pap (en particulier, maintenir la participation) et les questions liées à la vaccination masculine.

Aux États-Unis, une fois encore, nous observons des différences par rapport aux autres pays. Tout d'abord, il n'existe pas de programme de vaccination en milieu scolaire. Les vaccins ont été autorisés aux États-Unis et

l'ACIP a recommandé l'administration de l'un ou l'autre des vaccins chez les filles de 11 ou 12 ans, avec un rattrapage pour celles de 13 à 26 ans. Le programme « *Vaccines for Children (VFC)* » peut financer l'administration du vaccin chez certaines personnes de moins de 19 ans. Le programme de trois doses du vaccin quadrivalent cadre avec les consultations médicales préventives actuellement en vigueur aux États-Unis. Une législation régissant la vaccination contre le VPH existe dans certaines régions des États-Unis. De nombreux États ont introduit des mesures législatives. Ces mesures, en vigueur dans 19 États, portent principalement sur l'éducation à la vaccination et sur le financement des programmes. Certains ont souhaité faire de la vaccination contre le VPH une exigence d'immunisation pour la fréquentation scolaire, deux États ayant promulgué une législation en ce sens, mais cela a donné lieu à une controverse importante concernant les droits de la personne; des clauses de retrait prévues dans la législation sont parvenues à rendre la vaccination facultative. La couverture vaccinale aux États-Unis est faible à l'heure actuelle, mais elle progresse à un rythme similaire à celui observé pour d'autres vaccins, après leur l'introduction de ces derniers. Chez les hommes, la vaccination est autorisée et le programme VFC peut offrir des vaccins aux individus admissibles.

SÉANCE D'OUVERTURE DU DIMANCHE 4 JUILLET 2010

Mot de bienvenue

Le D^r Marc Steben a remercié les participants d'être revenus pour les deux derniers volets de l'atelier et il leur a rappelé que l'atelier était basé sur la participation, en particulier dans les séances interactives, et qu'ils devaient s'assurer d'y assister. Il a indiqué qu'il s'agissait là du premier atelier de santé publique et que, pour la préparation de futurs ateliers consacrés au VPH, la rétroaction des participants, y compris leurs commentaires et suggestions, seraient très utiles.

Plénière d'ouverture : Le VPH – Une perspective pancanadienne

En matière de vaccination, l'ASPC supervise la Stratégie nationale d'immunisation et appuie le Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI), le Comité canadien d'immunisation (CCI) et le Comité consultatif sur l'évaluation de la causalité (CCEC) pour la lutte contre les cancers associés au VPH, la surveillance connexe, le suivi, l'évaluation, la recherche, la santé sexuelle, la vaccination et la prévention du cancer au Canada. Le vaccin contre le VPH a été approuvé pour la première fois au Canada en 2006 et, pendant les trois années qui ont suivi, tous les territoires et provinces ont lancé des programmes d'immunisation contre le VPH en milieu scolaire, ciblant les filles de la 4^e à la 12^e année. La couverture vaccinale a été estimée à une proportion de 49 % à 87 %. Plus récemment, le vaccin bivalent contre le VPH a été approuvé au Canada pour les femmes, et l'indication relative au vaccin quadrivalent a été étendue aux hommes, ce qui a précipité l'annonce de nouvelles déclarations relatives aux deux vaccins de la part du CCNI, lesquelles font actuellement l'objet de discussions.

Au cours des 40 dernières années, nous avons connu une baisse considérable de l'incidence du cancer du col de l'utérus et de la mortalité qui y est associée grâce à un programme de dépistage très efficace mis en œuvre au Canada. Ces réductions sont attribuables aux solides collaborations avec de nombreux intervenants, notamment les provinces, les territoires, la santé publique, les cliniciens, la Société canadienne du cancer et le Partenariat canadien contre le cancer. L'ASPC poursuit son travail avec les intervenants pour élaborer des mécanismes nationaux visant à surveiller les changements qui pourraient survenir après la mise en place des vaccins contre le VPH, y compris le remplacement des types de VPH, les changements dans la cytopathologie et la prévalence des verrues anogénitales, des dysplasies et du cancer, la participation au dépistage du cancer du col de l'utérus, la couverture vaccinale contre le VPH, les effets indésirables associés au vaccin contre le VPH, les connaissances, l'attitude et les comportements. L'ASPC s'est engagée à promouvoir la santé et l'éducation, et en particulier à lutter contre la fausse information.

Le D^r Tom Wong a conclu sa présentation en soulignant certaines des difficultés, des possibilités et des questions en suspens en matière de santé publique, du point de vue de l'ASPC. Les problèmes liés aux renseignements personnels qui ont surgi doivent être traités pour permettre l'élaboration de registres et de couplages entre les bases de données. Des efforts importants ont déjà été déployés en ce sens. Il reste encore à faire pour harmoniser les indicateurs, établir des normes de laboratoire, renforcer la capacité de surveillance à l'égard des changements qui pourraient survenir dans les programmes de dépistage et soutenir les activités de

promotion de la santé ainsi que la recherche sur le VPH. Il faudra répondre à un certain nombre de questions, y compris sur les méthodes permettant de rallier les différents secteurs, de déterminer les effets de la vaccination sur la perception du public et sur le dépistage du cancer du col de l'utérus, et d'examiner la manière dont le programme de dépistage peut évoluer parallèlement aux nouvelles technologies de dépistage. Enfin, bien que le contenu de la présentation suivante concerne le Canada, il est probable que nombre des difficultés et des possibilités observées s'appliquent au monde entier.

VOLET RECHERCHE, SURVEILLANCE ET ÉVALUATION

Le volet Recherche, surveillance et évaluation a été animé par Marie-Hélène Mayrand (Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal et Institut national de santé publique du Québec, Montréal, Québec, Canada). La séance consistait en une présentation initiale donnant un aperçu de la situation, par Silvia Francheschi (Centre International National de Recherche sur le Cancer de Lyon, France), intitulée *Introduction à la recherche, la surveillance et l'évaluation : défis liés aux infections au VPH et aux maladies connexes*, suivie de sessions interactives basées sur des études de cas.

Introduction à la recherche, la surveillance et l'évaluation : défis liés aux infections au VPH et aux maladies connexes

Tous les pays sont confrontés à de nombreux enjeux de la santé publique liés à la surveillance des répercussions de l'infection au VPH, y compris le long intervalle entre l'infection et l'apparition des cancers associés à ce virus. Il faut en effet une longue période de surveillance pour évaluer l'efficacité des vaccins contre le VPH. Nombre de pays ayant des ressources limitées ne possèdent pas nécessairement l'infrastructure ou l'expérience voulues en matière de dépistage, de consignation des données et de suivi leur permettant d'évaluer précisément l'efficacité du vaccin. Pour certains de ces pays, l'un des objectifs est d'être en mesure de mettre en place un système de surveillance utile dans un délai de 10 ans en partant de zéro. Ce système ne serait pas nécessaire pour tous les pays, puisque les résultats que certains pays obtiendraient pourraient donner une orientation aux autres. L'utilisation de tests sérologiques comme substitut de mesures de protection pose problème, car il peut y avoir un manque de corrélation avec la protection clinique, en même temps que nous sommes confrontés à la difficulté d'obtenir un consentement pour un prélèvement d'échantillons cervicovaginaux aux fins du dépistage du VPH chez les personnes présentant un intérêt. L'absence de distribution à grande échelle et la crise économique retardent la vaccination dans de nombreux pays ayant des ressources limitées.

Pour mettre en place un système de surveillance après l'introduction de la vaccination contre le VPH, il faudrait suivre quatre étapes. La première, au moment de la vaccination, est d'estimer l'efficacité de la distribution du vaccin en mesurant l'étendue de la couverture vaccinale et le nombre de refus. Ensuite, au cours des premières années, il est important de surveiller l'immunogénicité dans le groupe cible, car des facteurs tels que la malnutrition, l'infection par le VIH ou une maladie chronique peuvent avoir un impact sur le vaccin. Une enquête menée auprès de sur 5 000 à 10 000 filles immédiatement, 2 ans et 5 ans après la vaccination, qui recueillerait toutes les données sanitaires et démographiques nécessaires, permettrait de repérer les facteurs nuisant à la réponse au vaccin. La troisième étape consiste à lancer un programme de surveillance officiel portant essentiellement sur le taux d'infection par le VPH à l'aide d'enquêtes effectuées au cours de la première, de la troisième et de la dixième année. L'activité finale, réalisée principalement à la fin du programme décennal, serait la mise en œuvre ou l'amélioration d'un programme de dépistage des cancers liés au VPH basé sur la population.

Panel

Une série de présentations en panel ont mis en évidence les difficultés ainsi que les outils facilitants la recherche, la surveillance et l'évaluation, et ont décrit des expériences internationales. Les participants ont assisté aux trois présentations suivantes :

- **Surveillance de la prévention du VPH grâce aux registres et aux biobanques;** D^r Joakim Dillner, Karolinska Institutet, Stockholm, Suède
- **Approches de santé publique utilisées aux États-Unis pour la surveillance des maladies associées au VPH : expériences jusqu'ici et nouvelles orientations;** D^{re} Susan Hariri, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Georgie, États-Unis
- **Évaluation de l'impact de la composante 6/11 du vaccin contre le VPH;** D^r Erich Kliewer, CancerCare Manitoba, Winnipeg, Manitoba, Canada
- **Vaccination contre le VPH chez les hommes : évaluation efficace et surveillance de la réduction des cas d'infection;** D^{re} Anna Giuliano, University of South Florida, Tampa, Floride, États-Unis
- **Utilisation d'études de modélisation et d'efficience pour guider les décisions en santé publique : ce que nous savons et ce que nous devons découvrir;** D^{re} Karen Canfell, Cancer Council NSW, Sydney, Australie

Il est difficile de surveiller de manière efficace le VPH et les maladies liées à ce virus. Pour connaître le véritable taux d'infection, il faut faire appel à des tests de laboratoire; par ailleurs, le décalage entre l'infection et les points d'analyse pour le cancer fait en sorte qu'il est difficile de déterminer rapidement l'efficacité du vaccin à partir des résultats liés au cancer. Pour ce qui est de mesurer l'efficacité des stratégies de vaccination contre le VPH, l'évaluation précoce de leur effet à l'aide de tests de dépistage du VPH et du typage du virus au sein d'une cohorte adolescente devrait être envisagée pour repérer les changements dans la prévalence des différents types de VPH. Il faudrait aussi envisager le typage des condylomes acuminés pour déterminer les changements dans la prévalence des types de verrues anogénitales externes. Pour évaluer à plus long terme le fardeau de la maladie, il faudrait prévoir le typage de tous les cancers et de certaines lésions de grade élevé (CIN2/3). Nous ne pouvons pas nous attendre à des changements dans l'incidence du cancer avant une longue période (au moins une décennie). Les tests en laboratoire joueront un rôle essentiel dans la surveillance de l'efficacité d'un programme de vaccination et il sera indispensable de mettre en place des normes. Le programme de l'OMS appelé LabNet, conçu pour assurer la qualité des tests et permettre une comparaison à l'échelle internationale des résultats par l'établissement de normes, d'un programme pilote, de critères de qualité et de panels de vérification des compétences, a fait l'objet d'une série d'analyses des compétences en 2004. Sur les 54 laboratoires ayant soumis des ensembles de données de tests (basés sur des ensembles de référence), 19 seulement ont été jugés compétents, ce qui représente moins que ce à quoi nous nous attendions, mais qui est acceptable pour une première série d'analyses des compétences. Le D^r Dillner a conclu sa présentation en donnant un aperçu des objectifs, des calendriers d'exécution et des justifications des programmes de surveillance post-vaccination. Mentionnons, parmi les objectifs à court terme, l'évaluation de la couverture vaccinale et de l'innocuité du vaccin; parmi les objectifs à moyen terme, la détermination de l'efficacité des

programmes de dépistage à l'aide de tests d'ADN du VPH et de l'immunogénicité et la surveillance des maladies liées au VPH; parmi les objectifs à long terme, la mise en place d'un suivi basé sur un registre visant à évaluer les changements dans l'incidence du cancer sur la base du statut vaccinal.

La D^{re} Hariri a présenté la surveillance des effets d'ordre biologique sur les points d'analyse pour le VPH aux États-Unis. Diverses difficultés se posent pour les points d'analyse pour le VPH tels que les cancers associés au VPH, les lésions cervicales, les verrues anogénitales, la prévalence spécifique du type de VPH et d'autres résultats liés au VPH, notamment le long intervalle entre l'infection et les points d'analyse pour la maladie, l'absence de centralisation au sein de l'infrastructure américaine des soins de santé, des systèmes d'information disparates et l'absence de registres nationaux. Les États ont souvent leurs propres registres de vaccination, mais l'information requise pour les registres sur la vaccination des adolescents et sur le cancer qui est recueillie est souvent de piètre qualité et n'inclut pas de données sur l'adénocarcinome in situ ou ne peut être facilement intégrée à d'autres systèmes. Les projets en cours incluent un projet de typage du VPH dans cinq registres d'État centraux sur le cancer et un programme de sites sentinelles dans cinq régions des États-Unis visant à obtenir des données spécifiques sur les lésions CIN2 dans un programme de surveillance basé sur la population. Les résultats non liés au cancer sont aussi surveillés en tant qu'indicateurs précoces des points d'analyse pour les maladies. Il est difficile de surveiller ces résultats, parce que les verrues anogénitales ne sont pas systématiquement signalées et qu'il n'existe pas de registre qui les répertorie. Pour y parvenir, une surveillance des verrues anogénitales sera effectuée dans les cliniques d'ITS, et un réseau d'ITS a été mis en place pour améliorer la capacité nationale à détecter les tendances émergentes en matière d'ITS et à y répondre. Enfin, une surveillance post-homologation évalue les multiples résultats des programmes de vaccination à court, moyen et long terme, à l'aide des systèmes déjà établis et de nouveaux systèmes.

Le D^r Kliwer a traité du fardeau de la maladie et de la surveillance des types 6 et 11 de VPH, à faible risque. Ces types de VPH présentent d'importantes différences sur le plan de la distribution géographique; c'est pourquoi il faut évaluer la distribution à l'échelle locale. Il est intéressant de surveiller les types 6 et 11 du VPH car les changements dans leur distribution se concrétisent rapidement par des différences observées dans la maladie; par contre, leur intérêt est moindre, car les verrues anogénitales sont rarement signalées dans les registres. Au Manitoba, au Canada, dans le cadre d'un programme vaccination en milieu scolaire faisant appel au vaccin quadrivalent qui a commencé en 2008, le statut vaccinal a été inscrit dans la base de données relative à l'immunisation de cette province. D'autres éléments versés (dossiers d'ordonnances, bases de données sur les médicaments) ont permis d'identifier les individus vaccinés en dehors du programme en milieu scolaire. Parmi les autres bases de données et registres utilisés dans le cadre de la surveillance, il y a lieu de mentionner un registre basé sur la population composé d'individus disposant d'une couverture de soins médicaux et un registre centralisé des tests Pap incluant des renseignements sur les lésions précancéreuses. Les verrues anogénitales peuvent être décelées grâce aux demandes de remboursement de frais médicaux ou aux registres d'hospitalisation. Une comparaison de ces registres avant et après la mise en œuvre du programme de vaccination permet de déterminer les changements de tendances en ce qui concerne les verrues anogénitales. D'autres pays, provinces ou États peuvent appliquer des méthodes similaires à leurs bases de données afin d'établir des couplages et d'améliorer la surveillance.

Au moment d'envisager l'administration du vaccin aux hommes, il faudra tenir compte du fardeau des maladies liées au VPH propre aux hommes. Le VPH est responsable de cancers de multiples organes chez les deux sexes, y compris la cavité buccale, l'oropharynx, le larynx, l'anus et le pénis, et le fardeau est encore plus important si l'on tient compte des verrues anogénitales (VAG). Les types 6 et 11 du VPH sont les seuls types à l'origine des VAG et de la PRR juvénile; le type 16 du VPH est largement responsable du cancer chez les hommes, avec le type 18. Chez les hommes, les cancers sont rares et apparaissent tardivement, ce qui rend la surveillance difficile. Il faut tenir compte d'un certain nombre d'éléments en ce qui concerne la vaccination des hommes. Si la couverture vaccinale des femmes est faible, la vaccination des hommes réduira le fardeau des anomalies cervicales chez les femmes. De plus, la vaccination des hommes peut réduire le fardeau des maladies liées au VPH chez les hommes. Il est probable que la diffusion du vaccin sera tout aussi difficile chez les hommes que chez les femmes, mais l'approche synergique peut entraîner une réduction plus importante de la maladie. Par ailleurs, un programme de vaccination masculine posera des problèmes de surveillance importants, en particulier si nous considérons la rareté des cancers masculins et l'âge tardif auquel ils apparaissent, ainsi que les problèmes déjà relevés relativement à la surveillance d'une cohorte féminine.

Des modèles peuvent aider non seulement à prévoir les coûts mais aussi à prévoir les futurs taux de la maladie, et permettre une planification plus efficace en matière de santé publique. La vaccination systématique contre le VPH chez les jeunes filles satisfait en général le critère établi de rentabilité dans les pays ayant mis en place des programmes de dépistage du cancer du col de l'utérus, et cette rentabilité sera d'autant plus grande si l'intensité du dépistage du cancer du col utérin diminue. Les programmes de rattrapage sont moins rentables, alors qu'un programme de vaccination masculine est moins efficace si la couverture vaccinale féminine est élevée. La rentabilité est généralement déterminée par le coût du vaccin, la durée de la protection et l'actualisation appliquée. La modélisation peut permettre de définir l'interaction entre le dépistage du cancer du col de l'utérus et la vaccination contre le VPH – la réponse à cette question sera probablement différente dans divers pays, selon la stratégie de vaccination et les programmes de dépistage. Les changements dans les taux de lésions cervicales de grade élevé surviendront probablement après de nombreuses années. Bien qu'il y ait un large consensus sur de nombreuses questions liées à la rentabilité de la vaccination contre le VPH, il se pourrait qu'il n'y ait pas de solutions généralisables; l'utilisation de modèles peut offrir un aperçu utile à la prise de décisions locales en matière de santé publique, à condition d'utiliser des hypothèses et des données locales.

Discussion du panel

Voici les principaux thèmes de la discussion :

- La plus haute priorité devrait être accordée à la vaccination à grande échelle des femmes avant d'examiner la possibilité de vacciner les hommes. Le faible taux de vaccination des femmes nuit à la rentabilité des programmes de vaccination, tandis que le coût élevé du vaccin diminue davantage la rentabilité. Des études sont en cours pour déterminer si l'administration de deux doses du vaccin est suffisante pour conférer une protection efficace.
- Toutes les provinces et tous les territoires canadiens ont de la difficulté à assurer une surveillance, un contrôle et une évaluation efficaces des programmes de vaccination, puisque ces activités n'étaient pas prévues dans le financement des programmes actuels. Comme au Manitoba, il existe peut-être des ressources pour regrouper des registres et des bases de données existants qui pourraient servir à évaluer les programmes de vaccination contre le VPH.
- Les CIN3 ne sont peut-être pas appropriées pour juger de l'efficacité des programmes de vaccination, puisque la vaccination peut entraîner une réduction des taux de dépistage. Une diminution des cas de lésions de grade élevé signalés peut représenter un plus faible taux de dépistage du cancer du col de l'utérus. L'OMS a indiqué que les CIN2/3 ne devraient pas être utilisées à des fins d'évaluation, à moins qu'un programme de dépistage à grande échelle soit en place au sein de la population. Aux États-Unis, l'utilisation des CIN est validée par l'estimation des taux de dépistage afin d'obtenir un point de référence.

VOLET PROMOTION DE LA SANTÉ ET ÉDUCATION

Le volet Promotion de la santé et éducation a été animé par Christina Jensen de l'ASPC et la docteure Chantal Sauvageau de l'INSPQ. Lors de cette séance, les animatrices ont eu recours à la technologie de sondage en temps réel pour permettre les interactions avec les participants et d'effectuer un sondage des connaissances et des opinions de l'auditoire pendant les présentations et les scénarios. Avant les présentations et pour comprendre les participants, ces derniers ont été interrogés sur la région d'où ils venaient et sur le rôle qu'ils assumaient; la plupart d'entre eux venaient d'Amérique du Nord. La proportion la plus importante était celle des chercheurs, et les médecins et les épidémiologistes complétaient les trois professions les plus représentées.

Avant les présentations et les séances interactives, trois questions préalables ont été présentées aux participants pour évaluer leurs connaissances actuelles. Parmi les questions : la définition de la promotion de la santé, l'objectif d'une évaluation des besoins et le terme le plus susceptible d'être associé aux sites web antivaccination lors de l'utilisation de moteurs de recherche en ligne. Après la présentation de l'ordre du jour du volet, les trois mêmes questions ont été posées aux participants. Les pourcentages de réponses exactes avant la présentation du programme du volet ont été comparés aux pourcentages de réponses exactes données après la présentation du volet. Pour les trois questions, les participants ont enregistré des résultats plus élevés après la présentation, ce qui a montré une amélioration des connaissances après la présentation du volet.

Il y a eu une série de trois présentations, suivie par un ensemble de deux séances interactives. Les trois présentations étaient intitulées comme suit :

- **Rudiments de la promotion de la santé appliqués au VPH;** D^{re} Gina Ogilvie, BC Centre for Disease Control, Vancouver, Colombie-Britannique, Canada
- **Comparaison de stratégies pour l'évaluation des besoins;** D^{re} Loretta Brabin, Université de Manchester, Manchester, Royaume-Uni
- **Étapes dans l'élaboration de campagnes de marketing social et de sensibilisation;** D^{re} Vyta Senikas, Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, Ottawa, Ontario, Canada.

Présentations

La base de la présentation de la D^{re} Ogilvie était la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé.³ La promotion de la santé permet à l'individu de prendre le contrôle de sa santé grâce à des actions qui réduisent la fréquence, la durée ou la gravité de la maladie et elle favorise la bonne santé et le bien-être de l'individu, de la famille ou de la communauté. La promotion de la santé comporte cinq principes essentiels – élaborer une politique de santé publique qui fait la promotion de la santé, créer des milieux favorables, renforcer l'action communautaire, perfectionner les aptitudes individuelles et réorienter les services de santé. Les politiques de santé publique sont spécifiques puisque chaque politique est conçue pour permettre à l'individu de mener une vie saine et elle comprend des changements en matière de législation, de fiscalité, de taxation et d'organisation. En ce qui concerne le VPH, l'égalité des sexes constitue une priorité sans obstacles pour la santé en matière de

³ http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf (disponible seulement en anglais)

sexualité et de reproduction, un accès aux soins de santé ou des considérations financières. La Conférence d'Adélaïde⁴ examine ces concepts de manière plus détaillée. La création de milieux favorables comprend des sociétés interreliées complexes, qui pratiquent des soins réciproques, protègent les ressources naturelles et profitent d'une sécurité organisée dans la société et dans les milieux de travail. Le renforcement de l'action communautaire ou le fait de donner une certaine autonomie aux communautés permet de prendre possession et de contrôler les efforts communautaires pour améliorer à l'échelle locale les résultats en matière de santé grâce à une progression de l'autosanté, de la participation publique et du soutien social, ce qui permet d'acquérir de meilleures connaissances. Le perfectionnement des aptitudes individuelles comprend l'amélioration des compétences indispensables à la vie, par le biais d'une meilleure éducation. Pour le professionnel des soins de santé, l'éducation est primordiale pour promouvoir l'utilisation des vaccins contre le VPH. Enfin, les services de santé doivent être réorientés pour encourager le partage des responsabilités et le contrôle des services de santé, grâce à des messages de promotion de la santé.

Dans la deuxième présentation, la D^{re} Brabin a constaté que les enquêtes omnibus menées au Royaume-Uni (études de marché mensuelles) interrogeaient les connaissances du public en ce qui concerne le VPH – moins d'un quart des répondants connaissaient le VPH et moins de 3 % savaient que le VPH est l'un des responsables du cancer du col de l'utérus. Ainsi, même la sensibilisation au VPH ne suffit pas à encourager la vaccination contre le VPH. De plus, pour comprendre l'information que procurent les enquêtes, il est important de tenir compte des mécanismes utilisés et des populations ciblées. Pour les parents, il est plus important de croire en les avantages du vaccin que de connaître le VPH. Il faut aussi envisager la diffusion de l'information, puisque certaines méthodes ne sont pas efficaces – par exemple, ce sont principalement des personnes opposées au vaccin qui assistent aux soirées d'information des parents et ces soirées dégénèrent souvent, ce qui renforce les opinions négatives. Les infirmières qui reçoivent les événements sont souvent mal équipées pour répondre aux participants. De plus, les médecins possèdent des connaissances variables et ont diverses opinions sur la recommandation du vaccin. Pour lutter contre ces difficultés, des présentations sous forme de DVD ont été conçues afin d'être distribuées aux adolescents participant au programme; ces présentations comprennent de l'information qui établit un lien entre le VPH et le cancer du col de l'utérus. Même si une proportion importante d'adolescents a manqué la présentation et que les adolescents qui y ont assisté se rappellent peu d'éléments en particulier dans la plupart des cas, ces derniers étaient plus susceptibles de souhaiter se faire vacciner. Pour comprendre les besoins d'une population, une évaluation des besoins devrait poser des questions claires permettant d'identifier les lacunes en ce qui concerne les connaissances. L'information diffusée doit être opportune, il faudrait expliquer ses limites et utiliser différentes méthodes de diffusion combinées de manière importante. Enfin, les besoins et lacunes en matière de connaissances des personnes qui ne répondent pas aux évaluations des besoins demeurent inconnus.

Selon la D^{re} Senikas, la médecine devrait s'inspirer du monde des affaires pour ce qui est de l'élaboration de campagnes de sensibilisation et de marketing social. Les théories des affaires sont basées sur des données solides, un rendement des investissements, des marges de profit et des résultats démontrés. Ces théories sont

⁴ <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/adelaide/en/index.html>) (disponible seulement en anglais)

également importantes pour les campagnes de marketing social et pour atteindre les objectifs d'une campagne de marketing social, il faut utiliser les concepts du marketing de produits. Pour réussir une campagne, il faut comprendre le marketing social dans l'ensemble de l'organisation. L'organisation doit connaître sa propre identité, ses propres objectifs et ce qu'elle fait en particulier – les éléments sur lesquels elle essaie d'avoir des répercussions, les personnes qui bénéficient de ses actions et la manière dont elle peut appliquer le marketing social. Il faut identifier le marché cible et le concentrer sur des questions spécifiques et limitées, plutôt que sur un ensemble. L'activité la plus difficile est l'identification du comportement et le changement de ce comportement dans le groupe cible; il peut être difficile d'obtenir un consensus sur cette assertion au sein de l'organisation et il est peu probable que l'ensemble de la population cible change de comportement. Il est important de comprendre la dynamique de la population et d'influencer les leaders pour assurer un changement au fil du temps. L'élément suivant dont il faut tenir compte est l'identification des mécanismes qu'il faudrait utiliser pour atteindre le public cible; ces mécanismes peuvent comprendre des méthodes traditionnelles ou des mécanismes plus personnels. Tout comme les méthodes de diffusion, il faut prendre en compte le format du message qui devrait être, en partie, déterminé par une évaluation des besoins. Enfin, il est important de disposer d'une composante d'évaluation pour définir l'impact du programme, en mesurant les connaissances avant et après sa diffusion et de sélectionner les composantes qui peuvent nécessiter des changements pour améliorer les résultats.

Séances interactives

Les participants ont assisté à deux présentations interactives, fondées sur des expériences canadiennes et qui étaient intitulées comme suit :

- **Couverture vaccinale dans le programme de vaccination contre le VPH en Ontario et au Québec, au Canada;** Ève Dubé, Institut national de santé publique du Québec, Québec, Qc, Canada et Ian Gemmill, Frontenac and Lennox & Addington Public Health, Kingston, Ont., Canada
- **Time to Get Wet: How to make a Splash for Public Health using 'Old' and 'New' Media;** Ian Roe, British Columbia Centre for Disease Control, Vancouver, C.-B., Canada

Les résultats de la mise en œuvre des programmes de vaccination en Ontario et au Québec, au Canada, se sont avérés très différents entre les deux provinces. Les provinces canadiennes ont des calendriers de vaccination différents et, en août 2007, l'Ontario a annoncé qu'un programme de vaccination en milieu scolaire commencerait le mois suivant pour les filles inscrites en 8^e année. Environ au même moment, un programme a été annoncé au Québec; cependant, ce programme commencerait une année plus tard, avec un calendrier de dosage modifié (deux doses en 4^e année, une dose en 9^e année). En Ontario, la mise en place rapide a laissé peu de temps pour la préparation, y compris pour la communication et l'éducation, ce qui a créé des difficultés pour de nombreuses unités de santé publique. La mise en œuvre moins précipitée au Québec a permis de disposer de plus de temps pour la préparation et la communication. Ces différences entre les programmes peuvent être reliées à des taux de couverture vaccinale très différents – taux de 50 % en Ontario comparativement à un taux de 80 % au Québec. Ces différences de taux de couverture sont le résultat, entre autres, de la présence de professionnels des soins de santé moins coopératifs (probablement parce qu'ils ont eu moins de temps pour se préparer), de rapports médiatiques fortement défavorables au vaccin en Ontario, en

particulier à la suite de la publication anticipée d'un commentaire remettant en question la nécessité et l'innocuité du vaccin⁵, de différences culturelles entre les deux provinces, des attitudes négatives à l'égard du VPH, des obstacles linguistiques et l'opposition religieuse. La leçon tirée de la comparaison des deux programmes provinciaux est qu'il est très important de contrôler les attitudes négatives et la couverture médiatique par une préparation de renseignements factuels et d'une planification méticuleuse du programme de mise en œuvre. Lorsque la mise en place de programmes de vaccination est envisagée, il faut tenir compte des facteurs locaux – au Brésil par exemple, beaucoup de filles ne fréquentent plus l'école en 8^e année.

Monsieur Ian Roe a poursuivi la présentation interactive en soulignant le recours au marketing social en 2008 en Colombie-Britannique (C.-B.), afin d'encourager l'utilisation des vaccins contre le VPH. *ImmunizeBC* est un projet collaboratif provincial responsable de promouvoir l'immunisation des enfants dans la province. Le groupe travaillant à ce projet a utilisé le marketing social pour augmenter les connaissances sur les immunisations qu'il faudrait envisager et pour promouvoir *ImmunizeBC* en tant que bonne source d'information. Un programme de vaccination contre la coqueluche a été mis en œuvre en faisant appel à la radio, aux journaux, aux magazines, à la télévision, à des dépliants, à des vidéos virales et à des publicités *Google Ads* et il a incité les parents à vacciner les enfants de moins de deux ans. Le programme était nécessaire pour contrer l'information négative et pour établir un programme de vaccination coordonné; il a permis une augmentation de 9,5 % de la vaccination.

Le programme de vaccination contre le VPH a intégré des activités de type formation des formateurs, des événements de sensibilisation au VPH, de l'information destinée aux écoles, des publicités *Google Adwords* et du marketing par moteur de recherche, ainsi que des médias sociaux. Chacun de ces mécanismes a été développé pour cibler un public particulier, en tenant soigneusement compte de la distribution des groupes. À titre d'exemple, une courte vidéo conçue pour des fillettes âgées de 10 à 11 ans a été présentée au groupe et la plupart des participants l'ont jugée efficace. Il faut noter que les enfants cibles ont trouvé qu'ils avaient beaucoup appris grâce à cette vidéo.

Pour le public cible du VPH, il est important d'utiliser le Web à titre de véhicule de messages, étant donné que cette jeune génération a grandi avec la technologie. Le marketing par moteur de recherche, en particulier les publicités *Google Adwords*, a été l'un des mécanismes utilisés dans le cadre de ce programme. Lorsqu'une recherche est effectuée à l'aide de mots particuliers qu'une organisation a soumis, des liens commandités apparaîtront tout en haut de la liste des résultats de la recherche. En sélectionnant attentivement les mots et en utilisant l'évaluation rapide de l'impact de l'utilisation de certains mots, les annonces pourraient être ajustées pour assurer une efficacité plus importante. Les annonces ont été très efficaces et la majorité du trafic internet s'est dirigée vers le site web de *ImmunizeBC* dans les premiers mois à partir des annonces *Adwords*, et presque la moitié du trafic sur l'ensemble de l'année. La campagne a été rentable, puisqu'elle a coûté 6000 \$ pour l'ensemble de l'année scolaire, avec 7 groupes publicitaires et 4 variations d'annonces, géociblés pour la Colombie-Britannique et des villes particulières. Il faudrait prendre en compte ou utiliser d'autres médias sociaux, tels que Facebook, ce qui rendra possible le ciblage de publics précis et de leurs amis pour générer les vagues secondaires qui sont importantes pour assurer une forte réponse et une bonne couverture vaccinale.

⁵ <http://www.cmaj.ca/cgi/rapidpdf/cmaj.070944v1> (disponible seulement en anglais)

CONCLUSION

En conclusion de l'atelier, le docteur Tom Wong a présenté un compte rendu des discussions tenues pendant l'atelier. Il a remercié tous les participants à l'atelier ainsi que tous les présentateurs.

Les participants ont constaté que l'équité mondiale en matière de programmes de vaccination pose problème : en effet, dans le monde, les régions qui bénéficient du meilleur accès au vaccin sont celles qui en ont le moins besoin (étant donné qu'elles disposent de programmes de dépistage du cancer du col de l'utérus très développés), alors que celles qui y ont le moins accès sont celles qui en ont le plus besoin. Les coûts élevés du vaccin et de l'administration des trois doses représentent des obstacles considérables pour les pays ayant des ressources limitées. Bien que l'Alliance GAVI négocie actuellement des coûts moins élevés pour les vaccins, de seulement 10 \$ US par dose si possible, ce montant représente encore une dépense importante pour certains pays. Nombre de pays devront peut-être choisir entre un programme de dépistage et un programme de vaccination – ce choix demandera une analyse économique. La mise en œuvre d'un programme d'immunisation contre le VPH chez les jeunes femmes présente aussi des défis en matière de logistique si aucun autre programme de vaccination n'existe dans un pays pour ce groupe du même âge.

Les programmes de dépistage du cancer du col de l'utérus évoluent à mesure du lancement des programmes de vaccination contre le VPH. Les nouvelles techniques de dépistage du cancer du col de l'utérus (p. ex. les tests d'ADN du VPH) nécessitent de mettre en place des programmes d'assurance de la qualité et une normalisation des laboratoires et elles peuvent avoir des répercussions sur la fréquence de dépistage.

En raison de la longue période d'incubation et de la persistance de l'infection au VPH nécessaire au développement d'un cancer, il est difficile d'évaluer rapidement les avantages pour la santé publique des programmes de vaccination par rapport aux résultats du cancer. Une évaluation systématique des avantages à court, à moyen et à long terme doit être établie pour contribuer aux programmes d'immunisation et de prévention du cancer. Il existe différents mécanismes permettant d'évaluer ces résultats qui dépendront des diverses infrastructures des pays pour ce qui est des programmes de dépistage du cancer, de la surveillance sentinelle et des couplages entre les bases de données. En 2009, lors d'une réunion de l'OMS, une longue discussion a eu lieu concernant la couverture du vaccin contre le VPH et la surveillance de ses conséquences.⁶ Le Dr Wong a conclu la réunion en soulignant la nécessité de concevoir des messages de santé publique novateurs qui permettront de corriger les idées fausses et de partager des pratiques et des outils en matière de santé publique à l'échelle locale et mondiale, afin d'améliorer la santé des femmes et des hommes dans le monde entier.

⁶ http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_IVB_10.05_eng.pdf (disponible seulement en anglais)

ANNEXE 1 : SÉANCES INTERACTIVES EN GROUPES

Séances interactives — Volet Dépistage

Les participants se sont divisés en petits groupes et chaque groupe a été chargé de discuter de l'un des quatre thèmes. Les groupes ont été informés que la séance durerait environ soixante minutes et que son objectif était que les participants partagent leurs expériences et leurs connaissances pour traiter de questions liées à la mise en œuvre de nouvelles techniques de dépistage. Un animateur et un expert était présent dans chaque groupe afin de guider la discussion. Les participants ont été priés de se pencher principalement sur l'hypothèse du changement de la technique de dépistage, passant de la cytologie comme principal instrument de dépistage au test de dépistage du VPH.

Chacun des quatre thèmes avait pour objectif d'amener les participants à élaborer une approche plus systématique pour comprendre les enjeux entourant le changement de technologie de dépistage et pour appliquer les leçons qu'ils en auront tirées dans leur administration respective. Les quatre thèmes étaient les suivants : *Lignes directrices cliniques et formation, adaptation des laboratoires et de la main d'œuvre, surveillance et évaluation, et communications avec la population.*

Thème 1 : Lignes directrices cliniques et formation

Bien que la documentation entourant les tests de dépistage du VPH abonde, cela peut créer de la confusion chez les médecins qui n'ont pas le temps ou l'expertise pour déterminer les questions d'importance liées à la recherche spécifique, intégrer les nouvelles connaissances à une pratique clinique établie ou les appliquer de façon optimale. Les tests de dépistage du VPH représentent une difficulté particulière puisqu'ils peuvent avoir des répercussions sur les paramètres de dépistage (tels que l'âge auquel commencer les tests ou l'intervalle entre les tests) ainsi que sur les paramètres de suivi des résultats positifs. Enfin, comme les paramètres locaux et régionaux, tant dans les ressources des soins de santé que dans la population, peuvent varier, des questions différentes peuvent représenter un enjeu plus important selon l'administration. Les questions générales suivantes devaient guider les discussions des participants :

- Dans quelle mesure les lignes directrices cliniques influencent-elles la pratique?
- Quelles sont les personnes les plus qualifiées pour produire des lignes directrices valides et crédibles?
- Quelles sont les répercussions de la pression des pairs ou de l'environnement de travail sur la pratique des professionnels?
- Quelles sont les conditions nécessaires à une diffusion et à une adoption appropriées de ces lignes directrices?

Importance des lignes directrices cliniques

Les participants ont déterminé un certain nombre d'enjeux d'importance pour les lignes directrices. Bien que ces dernières soient considérées comme importantes, tant pour les femmes que pour les fournisseurs de soins de

santé, elles ne suffisent pas à assurer des pratiques exemplaires. Les participants ont trouvé un certain nombre de raisons à cela. Les voici :

- La conformité aux lignes directrices
 - Les participants ont suggéré que, dans certains cas, les médecins peuvent ne pas respecter les recommandations des lignes directrices en matière de dépistage. Il faut remédier à ce problème en introduisant des mesures permettant de surveiller la conformité. Le non-respect des lignes directrices peut entraîner le non-respect des pratiques exemplaires.
- L'absence d'un accord international
 - La diversité des lignes directrices entre les pays crée une certaine confusion en ce qui concerne l'utilisation optimale du dépistage. Cela conduit à miner la confiance chez les fournisseurs et les femmes.
- Parti pris
 - Les lignes directrices doivent être fondées sur les meilleures données probantes actuelles et devraient être établies de manière à éviter tout parti pris. Pour y parvenir, les organismes s'appuyant sur des fournisseurs (p. ex. les associations professionnelles de colposcopistes) devraient établir des lignes directrices. Si l'industrie conçoit des lignes directrices, il faut que ces dernières soient examinées pour s'assurer qu'elles ne comportent pas de parti pris.
- Lassitude à l'égard des lignes directrices
 - En raison du grand nombre de lignes directrices qui sont souvent très complexes ou détaillées, les principaux fournisseurs cliniques souffrent souvent de lassitude et sont incapables de comprendre entièrement ou de suivre les lignes directrices en question.
- Appartenance des lignes directrices
 - Le fait que les lignes directrices appartiennent à quelques groupes ou que plusieurs lignes directrices soient établies par différents groupes pour des conditions identiques ou similaires (p. ex. à la fois à des organismes dédiés au cancer et à d'autres dédiés à des maladies infectieuses) crée des difficultés. Il faut s'efforcer d'unifier les lignes directrices afin de parvenir à un message unique et à une représentation de tous les intervenants.

Production des lignes directrices

Dans la discussion consacrée à la question sur les personnes devant produire des lignes directrices relatives au dépistage et aux tests du VPH, un certain nombre de thèmes ont été constamment évoqués. Tout comme dans la discussion sur l'importance des lignes directrices cliniques, les participants ont constaté que les lignes directrices doivent être de portée mondiale (pour réduire la confusion associée à un grand nombre de lignes directrices émises par différents pays) et qu'elles devaient être une priorité dans un budget mondial. Au cours de la discussion, les participants ont décrit la production de lignes directrices dans différents pays. Les différences entre les pays représentés incluaient les responsables dirigeant la production de lignes directrices en matière de pratique (dans certains cas, il s'agit du gouvernement, mais dans d'autres, ce sont d'autres groupes d'intervenants ou des associations professionnelles qui établissent les lignes directrices). Il peut être difficile de parvenir à une cohérence si de nombreuses lignes directrices existent à l'échelle nationale.

Il faut tenir compte de nombreux aspects de la production des lignes directrices :

- Les lignes directrices doivent faire autorité en ce qui concerne les pratiques exemplaires, plutôt que de formuler des recommandations relatives à des pratiques exemplaires.
- Les lignes directrices doivent être liées au financement afin d'appuyer les initiatives qu'elles recommandent. Pour y parvenir, leur mise en œuvre doit être appuyée par des politiques.
- Les lignes directrices devraient être produites par une association professionnelle, telle qu'une association de professionnels de soins de santé primaires ou une agence réputée comme le Centers for Disease Control and Prevention (CDC).
 - Bien qu'une association devrait être responsable de la production des lignes directrices, il faudrait obtenir la contribution d'une large variété d'intervenants. La production des lignes directrices ne devrait pas émaner d'un seul groupe.
 - Après leur production, les lignes directrices doivent être régulièrement actualisées pour s'assurer qu'elles offrent toujours les meilleurs renseignements disponibles.

Facteurs ayant des répercussions sur la pratique professionnelle

Lors de la discussion consacrée à la question « Quelles sont les répercussions de la pression des pairs ou de l'environnement de travail sur la pratique des professionnels? », les participants ont cerné un certain nombre de facteurs et de répercussions pouvant avoir une incidence sur l'utilisation professionnelle des lignes directrices cliniques. La formation médicale et l'ouverture aux changements de pratiques en réponse à de nouvelles recommandations et informations ont été identifiées comme un facteur important permettant d'assurer des pratiques exemplaires. Aussi, les lignes directrices peuvent avoir des conséquences différentes sur divers groupes professionnels particuliers – cela peut refléter des différences en matière de formation, d'accès à de nouvelles recherches et données, et une certaine ouverture à un changement des pratiques habituelles.

L'une des principales lacunes de la pratique actuelle discutée était la possibilité de pratiquer un surtraitement et un sous-dépistage : en effet, une fois qu'une lésion ou une anomalie est détectée, elle est traitée de manière agressive, en général avant de procéder à un examen plus détaillé qui permettrait de déterminer les meilleures mesures à prendre. Dans certains pays, cela peut être révélateur d'une crainte de poursuites judiciaires si les patients ont le sentiment que les mesures prises pour traiter l'anomalie détectée ont été insuffisantes. Le sous-dépistage peut révéler un certain nombre de facteurs, notamment une mauvaise connaissance des recommandations en matière de dépistage, le défaut des médecins de soins primaires d'inviter les femmes à faire l'objet d'un dépistage approprié, le fait de compter sur les femmes pour autoidentifier la nécessité du dépistage sans avoir une compréhension adéquate des recommandations ou un manque d'infrastructures ou de mécanismes à l'appui du dépistage.

Encourager l'adoption des lignes directrices

Étant donné que cette question a été en général discutée à la fin de la séance interactive, les participants ont eu, dans certains cas, moins d'occasions de cerner les facteurs. Cependant, certaines conditions et activités pourraient encourager l'adoption des lignes directrices :

- Les mesures d'incitation financière ont été considérées comme une façon d'améliorer l'application des lignes directrices, en récompensant les personnes adoptant ces dernières;
- La participation au processus d'établissement des lignes directrices a été jugée très motivante;
- Les participants ont eu le sentiment que les femmes pourraient encourager l'adoption de pratiques exemplaires.

Thème 2 : Adaptation des laboratoires et de la main d'œuvre

En raison de contraintes liées à l'inscription et à l'enregistrement, les recommandations spécifiques à ce thème n'étaient pas disponibles. Il faudrait cependant tenir compte des questions dans le cadre d'un programme de dépistage.

Le fait de passer d'un programme de dépistage fondé sur la cytologie à un autre fondé sur les tests de dépistage du VPH nécessitera d'importants changements dans le déroulement des travaux de laboratoire. Il faudra tenir compte de l'équipement, de l'infrastructure, de la charge de travail, de la dotation et de la structure des laboratoires et peut-être y apporter des changements importants pour s'adapter au nouveau programme de tests. Les participants ont été priés d'examiner les répercussions qu'aurait la mise en œuvre de tests de dépistage du VPH en tant que programme de dépistage principal, et les questions générales suivantes leur ont été posées afin de guider les discussions en groupes.

- Quels sont les principaux enjeux ou défis associés à l'adoption d'une nouvelle technique de dépistage?
- Quelles leçons pouvons-nous tirer des études pilotes relativement à la question du personnel des laboratoires?
- Quelles mesures peuvent être prises pour réduire les risques ou pour favoriser la transition?

Thème 3 : Surveillance et évaluation

L'évaluation du rendement et de l'incidence des programmes de dépistage utilisant la cytologie repose sur un ensemble d'indicateurs, dont certains seront nécessairement touchés par l'adoption d'une nouvelle technique de dépistage et de nouvelles lignes directrices cliniques. En outre, un changement de paradigme aussi important ne peut se faire sans difficultés.

Les questions suivantes ont permis de faciliter la discussion en groupes :

- Quels indicateurs peuvent être proposés pour évaluer l'efficacité des tests de dépistage?
- Y a-t-il d'autres facteurs qui devraient faire l'objet d'un suivi (coûts, application des lignes directrices, participation de la population, temps d'attente, etc.)?
- Quels seraient les mécanismes et les sources de données les plus intéressants pour l'évaluation durant la période de transition?

Indicateurs de l'efficacité du dépistage

Une discussion importante consacrée à ce sujet s'est déroulée au sein des groupes. Bien que certains participants et groupes aient remarqué que les indicateurs habituels sont nécessaires et qu'ils seraient efficaces, d'autres groupes et participants ont jugé que l'utilisation des indicateurs actuels présentait des difficultés.

- Les indicateurs actuels donnent des renseignements à trop court terme et une vision à plus long terme est nécessaire pour évaluer de manière précise les répercussions du dépistage.
 - Les indicateurs et les marqueurs biologiques à court, à moyen et à long terme sont tous nécessaires pour déterminer l'efficacité du dépistage.
- Les participants ont qualifié les indicateurs actuels comme étant complexes et souvent très interreliés. Cette interrelation peut avoir des répercussions sur la compréhension de l'efficacité du dépistage étant donné que, en dernier lieu, les indicateurs ne mesurent qu'un seul facteur ou un petit nombre de facteurs.

Les participants ont désigné des indicateurs biologiques et socioéconomiques de l'efficacité du dépistage.

- Marqueurs biologiques ou de l'état infectieux
 - Taux de lésions de grade élevé (CIN2/3) diagnostiquées
 - Incidence des lésions de grade élevé (CIN3)
 - Taux de positivité au VPH
 - Mortalité
 - Suivi des taux de colposcopie, avant et après l'introduction des nouvelles techniques de dépistage.
- Indicateurs socioéconomiques et autres indicateurs :
 - Couverture du programme de dépistage
 - Formation des fournisseurs (surtout dans les pays en développement), éducation du public et communications avec ce dernier.
 - Application des lignes directrices, en particulier dans les pays ayant recours au dépistage opportuniste.

Les participants ont remarqué qu'il faudrait utiliser la vraie valeur prédictive positive pour déterminer l'efficacité du test de dépistage. Cependant, il faut garder à l'esprit que l'importance de la spécificité du test ne peut être négligée. Il faut considérer l'impact des résultats faux positifs sur les femmes dans un cycle de suivi répété ou infini, en particulier sur la qualité des indicateurs de vie tels que la détresse ou la fonction sexuelle. À cette fin, il faudrait mesurer le fardeau de la faible spécificité. Enfin, les participants ont constaté que la mise en œuvre de programmes de vaccination peut avoir une incidence sur le dépistage, mais que des expériences naturelles pouvant répondre à ces questions actuelles sont en cours.

Autres enjeux liés à l'évaluation et au suivi

Après la mise en place du test de dépistage du VPH, il faut traiter d'un certain nombre d'enjeux, notamment :

- La gestion des femmes ayant obtenu des résultats positifs à un test de dépistage du VPH, mais dont les résultats de la colposcopie ou d'autres examens de visualisation sont négatifs.
- Les répercussions sur le comportement en raison des changements dans les intervalles de dépistage, qui conduisent à une faible participation au dépistage. Avec l'application d'intervalles plus longs entre les tests de dépistage, les rappels deviennent problématiques. Il faudrait procéder à une surveillance du respect des lignes directrices en matière de dépistage par le grand public.
 - Ces répercussions peuvent être différentes pour différents groupes d'âge et les taux d'acceptation

des changements peuvent varier en fonction du groupe d'âge.

- La détermination des changements dans la distribution des lésions identifiées ainsi que la compréhension de l'incidence que peuvent avoir différentes méthodes de dépistage sur les autres suivis.
- Avec l'introduction des programmes de vaccination, en particulier, la distribution et les types de VPH, plus spécifiquement avec les changements dans les taux de types 16 et 18 comparés aux autres types de VPH.
 - Le changement des taux de participation au dépistage, qui est aussi lié à l'introduction des programmes de vaccination et de dépistage, et les changements observés dans les résultats relatifs à d'autres cancers (cancers du cou, de la tête et cancer de l'anus).
- Il faut tenir compte de la coinfection par plusieurs types de VPH et la dépister.

Comme avec les indicateurs de l'efficacité du dépistage, un certain nombre d'enjeux qui ne sont pas directement liés à la technique de dépistage devraient être examinés. Ces enjeux pourraient être catégorisés comme des enjeux socioéconomiques et culturels, ils comprennent, entre autres :

- L'efficacité des messages et des communications en matière de santé publique adressés à la population qui doit être examinée et réévaluée pour s'assurer que ces messages et communications sont compréhensibles et acceptables.
 - Cette efficacité devrait être directement mesurée chez les femmes et les fournisseurs, peut-être à l'aide d'un mécanisme tel qu'un sondage.
- Les implications culturelles du dépistage, en particulier celui du virus d'une infection transmissible sexuellement, plutôt que celui d'anomalies cervicales qui peuvent être plus importantes au sein de certaines populations.
- La volonté politique associée au dépistage qui peut constituer une difficulté dans un certain nombre de pays.
 - Dans certaines situations, il est possible d'envisager l'autoéchantillonnage.
 - Il est essentiel de s'assurer que le dépistage est accessible aux populations éloignées ou difficiles à joindre pour garantir l'équité d'accès.
- Au-delà de la volonté politique associée au dépistage, il existe d'importants obstacles aux infrastructures de santé publique dans de nombreux pays, y compris la création d'infrastructures de laboratoires.

Sources de données et mécanismes

Les participants ont remarqué que l'infrastructure actuelle pour le dépistage aurait des conséquences importantes sur la capacité à recueillir de l'information, en particulier la présence de registres de dépistage. Bien que les données issues des registres puissent être utilisées, dans les pays qui n'en n'ont pas, un échantillonnage au hasard peut être nécessaire.

- La collecte d'information est habituellement difficile dans les pays en développement; elle sera particulièrement difficile pendant la phase de transition avant le passage aux techniques de dépistage

du VPH, si cela est possible.

- Pour faciliter la collecte de données, il faudrait étudier des programmes efficaces et utiliser les techniques qu'ils ont développées. Par exemple, les programmes de l'ONUSIDA et les études de CARE peuvent offrir des méthodologies satisfaisantes.
- Dans les pays développés, les registres et les sondages offrent la façon la plus efficace de collecter des données aux fins de surveillance et d'évaluation.
 - Les registres de vaccination, de tests Pap et d'autres registres médicaux devraient être couplés pour offrir une vision d'ensemble des changements dans le domaine du dépistage.
- Il faudrait effectuer des sondages auprès des fournisseurs pour évaluer les changements dans les attitudes et les comportements.
- L'une des méthodologies citées pour la collecte de donnée serait la sélection aléatoire pour le dépistage du VPH d'un certain nombre d'individus chaque année (environ 1 000), participant ou non au dépistage, pour effectuer une surveillance.
- Les sondages fondés sur la population offriraient une vue d'ensemble des programmes de dépistage.
- Dans tous les cas, il est nécessaire de favoriser l'obtention de données appropriées permettant de justifier les dépenses des programmes de vaccination et de dépistage.

Thème 4 : Communications avec la population

Le thème final du volet Dépistage était les communications avec la population. Étant donné que de précédentes études ont démontré que la sensibilisation au VPH est loin d'être optimale, tant au sein de la population que chez les professionnels de la santé, il faut diffuser de l'information pour permettre à la population de comprendre les changements qui surviendront après la mise en œuvre du test du VPH en tant que méthode de dépistage. Les campagnes d'information tendent à cibler la population en général, bien que le test de dépistage du VPH soit habituellement recommandé pour les femmes âgées de 30 ans et plus. Pendant les discussions en groupes, les participants se sont penchés sur les questions suivantes :

- Quels risques ou quelles difficultés pouvons-nous anticiper si le test de dépistage du VPH est réservé aux femmes âgées de 30 ans et plus et que d'autres tests sont proposés aux femmes plus jeunes?
- Quels sont les enjeux entourant la mise en place du test de dépistage du VPH et le fait d'avoir à expliquer les nouveaux paramètres de dépistage (âge pour commencer les tests, intervalle plus long entre les tests, etc.)?
- Quelles sont les questions les plus délicates entourant le fait d'annoncer un résultat positif à une femme adulte?
- Comment devrions-nous planifier nos communications avec la population visée?
- Comment pouvons-nous nous assurer que les médecins soient bien outillés pour discuter du test de dépistage du VPH dans leur pratique?

En raison du nombre important de questions posées, les groupes ont eu peu de temps pour discuter en détail de

chaque question.

Difficultés de réserver le test du dépistage aux femmes âgées de 30

Les participants ont remarqué un certain nombre d'enjeux importants associés à cette stratégie :

- Absence de dépistage chez les jeunes femmes. En ne soumettant que les femmes âgées de plus de 30 ans au dépistage, la plupart des jeunes femmes ne participeront pas au programme de dépistage. Avec l'introduction du dépistage à des âges plus précoces, le dépistage devient une habitude et nous risquons d'interrompre cette habitude.
- Questions liées à la déstigmatisation du VPH. En offrant une éducation plus large sur le VPH et grâce à la déstigmatisation du virus en tant qu'infection transmissible sexuellement (ITS), des répercussions inattendues sur les autres ITS sont possibles. Par exemple, la vaccination contre le VPH et l'acquisition d'une meilleure connaissance peuvent causer l'accroissement de l'activité sexuelle à risques, ce qui entraînerait une augmentation des taux des autres ITS.

Enjeux concernant l'explication des nouveaux paramètres de dépistage

À l'heure actuelle, la recommandation en matière de dépistage auprès de nombreuses femmes est de subir un test Pap tous les ans; cependant, un passage au test de dépistage du VPH permettra d'allonger les intervalles entre le dépistage, ce qui augmentera les délais de dépistage et fera diminuer le dépistage. Cela peut entraîner un certain nombre de problèmes :

- Les femmes ne s'habitueront pas à un nouveau calendrier de dépistage et pourraient avoir des difficultés à se souvenir de leur dernier test de dépistage, elles risqueraient donc de manquer le test suivant.
 - Pour remédier à cela, il faudrait mettre en place des systèmes de rappel.

Communication des résultats des tests

La principale préoccupation en ce qui concerne la communication des résultats de tests aux femmes était le partenaire masculin de ces dernières. En effet, les participants ont le sentiment que les femmes ayant obtenu des résultats positifs pourraient craindre de partager cette information avec leur partenaire.

Communications avec la population cible

Les participants ont jugé qu'un certain nombre d'aspects étaient essentiels à l'amélioration des communications. Ils ont remarqué que les communications avec les patients devaient être améliorées.

- Lors de l'établissement des lignes directrices, les participants ont suggéré que les femmes devraient être incluses dans la planification.
- Il est important de décrire clairement et précisément les raisons pour lesquelles des seuils d'âges spécifiques sont sélectionnés, et ce, dans un langage adapté à la population.
 - De même, il a semblé important de communiquer clairement les raisons de prolongement de l'intervalle dans le processus de dépistage.
- Il faut élargir l'éducation, comme l'accroissement de la sensibilisation aux autres ITS et programmes de

dépistage, par l'entremise de programmes d'éducation en milieu scolaire.

Habiliter les médecins à discuter du test de dépistage du VPH

Les participants ont remarqué qu'il faut offrir plus de formation et de ressources aux médecins pour qu'ils puissent discuter des résultats positifs d'un test de dépistage du VPH. Cela en raison de la nature du test (la recherche d'un virus causant une ITS plutôt que de changements au col de l'utérus) et du nombre de femmes qui peuvent obtenir des résultats positifs à un test de dépistage du VPH, sans nécessiter un long suivi (coloscopie ou cytologie négative). Pour habiliter les médecins, les participants ont proposé d'établir des lignes directrices en matière de counselling.

Séances interactives — Volet Vaccination

Les séances interactives du volet Vaccination consistaient en des séances en petits groupes fondées sur un scénario unique. Chaque groupe devait discuter d'un ensemble particulier de questions liées à un aspect particulier d'un programme de vaccination contre le VPH. Chaque groupe devait ensuite présenter un compte rendu de cinq à dix minutes des discussions. Les questions ayant fait l'objet de discussions étaient les suivantes :

- Équité et élargissement d'un programme d'immunisation contre le VPH;
- Perception du public et besoins en matière d'information;
- Consentement, caractère confidentiel et conflit d'intérêts;
- Surveillance du programme d'immunisation : sécurité et adhésion.

Un animateur était présent dans chaque groupe et les participants devaient répondre à une série de questions permettant d'orienter la discussion.

Scénario de départ

Votre ministre de la Santé vous a demandé de l'aider à préparer une présentation qui abordera les préoccupations des dirigeants communautaires, des parents et des autorités des conseils scolaires des écoles publiques et confessionnelles. La présentation concerne l'immunisation contre le VPH, dont l'utilisation a été approuvée chez les femmes âgées de 9 à 26 ans.

L'année dernière, le ministère de la Santé a financé et lancé un programme scolaire d'immunisation contre le VPH pour les filles âgées de onze à douze ans (6^e année) avec un vaccin quadrivalent contre le VPH. Malheureusement, le programme d'immunisation contre le VPH a enregistré des taux de vaccination plus faibles que prévu.

Entre temps, le vaccin quadrivalent n'a pas encore été approuvé à des fins d'utilisation chez les hommes et un deuxième vaccin, bivalent cette fois, a été approuvé à des fins d'utilisation chez les femmes âgées de 10 à 25 ans.

Les représentants du Ministère estiment qu'il se peut que certains renseignements erronés fournis aux parents et aux étudiants par les médias, par certains conseils scolaires, par des fournisseurs de soins de santé et des membres du clergé, aient joué un rôle dans la couverture vaccinale contre le VPH qui a été plus faible que prévu.

De façon plus précise, ils s'inquiètent du fait que les parents perçoivent ce qui suit :

- il n'est pas nécessaire que leurs filles se fassent immuniser à un si bas âge parce qu'elles ne sont pas encore sexuellement actives;
- la protection conférée par le vaccin peut être neutralisée avant que leurs filles soient à risque;
- le cancer du col de l'utérus est extrêmement rare et qu'il y a des moyens fiables de le dépister tôt.

De plus, certains parents ont demandé aux représentants de la santé pourquoi leurs fils et leurs filles plus âgées ne se voyaient pas aussi offrir le vaccin. Certains parents se sont aussi inquiétés des messages médiatiques sur les questions d'innocuité du vaccin.

Les représentants de la santé souhaitent que vous les conseilliez quant aux renseignements pertinents à communiquer aux parents et aux dirigeants communautaires et quant à la meilleure façon de le faire afin d'accroître les taux d'immunisation contre le VPH.

Groupe 1 : Équité et élargissement d'un programme d'immunisation contre le VPH

Les questions utilisées pour guider les discussions de ce groupe étaient les suivantes :

Question 1 : Quelle est l'épidémiologie et quel est le fardeau des maladies associées au VPH? Sont-ils uniformes dans l'ensemble des sous-populations?

Réponse : Les participants ont observé un certain nombre de différences, en particulier une différence entre les pays développés et les pays en développement, puisque seulement 20 % des cas de cancer du col de l'utérus surviennent dans les populations développées alors que ce sont ces dernières qui disposent du meilleur accès au vaccin. Il y a aussi plus d'inconnues en ce qui concerne les hommes, notamment sur les cancers de l'anus et de la bouche, comparativement aux données relatives aux femmes. D'autres populations sont aussi peu représentées :

- Les hommes homosexuels;
- Les populations autochtones (y compris la prévalence de chaque type au sein de ces populations);
- Des inégalités en matière d'accès au dépistage;
- Des difficultés liées à l'accès au vaccin au sein de différentes cohortes.

Question 2 : Veuillez décrire les différences épidémiologiques et les bienfaits anticipés d'un programme d'immunisation contre le VPH pour une seule cohorte de filles (âgées de 10 à 11 ans) comparativement à une cohorte qui comprendrait des sujets féminins et masculins plus âgés.

Réponse

- Un inconvénient de la vaccination des femmes plus âgées pourrait être une diminution de l'efficacité du vaccin et des avantages anticipés moindres, car nombre de ces femmes pourraient avoir déjà été exposées au virus et ne seront donc pas protégées par le vaccin. De même, il peut être difficile de respecter l'administration de trois doses chez les femmes plus âgées (absence de cadre scolaire ou autres facteurs).
- Il faudrait tenir compte de plusieurs maladies cibles chez les hommes (verrues anogénitales, cancers du cou, de la tête et cancer de l'anus). Cela signifie qu'il faudrait envisager de vacciner les hommes. Cela s'avère particulièrement important si la couverture vaccinale n'est pas optimale chez les femmes, car le fait de vacciner les hommes peut améliorer les résultats observés chez les femmes.
- La vaccination de plusieurs cohortes de femmes peut entraîner des répercussions et des effets plus rapides qui peuvent être importants pour illustrer les avantages du programme.

Question 3 : Maintenant qu'un nouveau vaccin et de nouvelles indications pour le vaccin présentement financé ont été approuvés, quels renseignements additionnels faut-il prendre en compte lors de la modification des programmes publics existants? (Afin de vous aider à aborder cette question, un tableau sommaire du *Cadre analytique d'Erikson De Wall pour l'introduction au programme d'immunisation* est fourni — veuillez consulter l'annexe 3 à la page 58).

Réponse : À la suite de la mise en œuvre du programme de vaccination, il est important d'effectuer un suivi des répercussions sur le programme de dépistage et sur la progression de la maladie pour acquérir une meilleure compréhension du coût du programme par rapport au fardeau de la maladie.

- Il faut obtenir plus d'information sur le fardeau de la maladie chez les hommes, mais il faut éviter la stigmatisation de la maladie (p. ex. associer le VPH à une maladie touchant les homosexuels).
- Si le coût du programme ne représente pas un problème, il faudrait fonder le choix du vaccin quadrivalent ou du vaccin bivalent sur les caractéristiques du vaccin.
- Il faut comprendre si l'équité impose que le vaccin soit offert aux femmes et aux hommes et en tenir compte.

Question 4 : Veuillez décrire les avantages et les défis d'un programme d'immunisation scolaire comparativement à d'autres modes d'administration du vaccin.

Réponse : Parmi les avantages, une meilleure conformité à l'administration des trois doses dans un système mis en œuvre en milieu scolaire, la capacité d'offrir une éducation publique directement à la cohorte dans un

cadre cohérent et le fait qu'il soit plus facile d'obtenir un consentement éclairé dans un système mis en œuvre en milieu scolaire (étant donné que les membres de la cohorte retourneront de toute façon à l'école).

- ° Au titre des inconvénients, les participants ont noté la nécessité de mettre en place un système en milieu scolaire, y compris des changements en ce qui concerne l'infrastructure et le financement. Il est aussi difficile de joindre les membres de la cohorte qui peuvent ne pas fréquenter l'école régulièrement (jeunes scolarisés à domicile, décrocheurs, etc.)

Question 5 : Quelles obligations les vaccinateurs ont-ils de signaler à leurs patients et aux parents de leurs patients que des vaccins contre le VPH sont disponibles?

Réponse : Au Canada, une fois que la vaccination est approuvée par le CCNI, le fait d'offrir le vaccin en tant que norme de soin est considéré comme une exigence, mais, dans les faits, la manière dont le vaccin est offert diverge d'une province à l'autre.

- ° Les fournisseurs de soins de santé peuvent, en pratique, limiter l'offre du vaccin pour des raisons liées au coût de celui-ci. Cependant, le fournisseur ne peut appliquer des priorités dans une famille en offrant des produits de manière sélective, sur la base de sa perception de l'importance.

Question 6 : Veuillez définir le concept éthique de « l'équité ». Comment ce principe influe-t-il ou devrait-il influencer sur le processus décisionnel entourant les programmes d'immunisation contre le VPH?

Réponse : Il existe plusieurs définitions possibles du concept de l'équité et chacune d'entre elles a des répercussions sur la pratique en matière de distribution du vaccin.

- ° L'une des définitions, qui fait référence à la notion de justice sociale, serait d'assurer une chance égale à tous de pouvoir se faire vacciner, quelle que soit la démographie.
- ° Une seconde définition préconise d'essayer de servir les personnes qui présentent un risque plus élevé ou qui disposent d'un accès limité aux ressources.

Groupe 2 : Perception du public et besoins en matière d'information

Question 1 : Veuillez décrire le processus d'approbation des vaccins de votre pays et en discuter, pour ensuite préciser comment ce processus peut être communiqué aux fournisseurs de soins de santé. Une telle façon de procéder se répercuterait-elle sur la confiance du public envers un programme d'immunisation nouvellement introduit? Quels renseignements y aurait-il lieu de communiquer au sujet du processus d'approbation préalable et postérieur afin d'améliorer la perception qu'a le public des vaccins?

Réponse : Les participants ont cité des programmes de vaccination actuels ou des difficultés courantes liées à

ces derniers dans un certain nombre de pays. Parmi ces pays, l'Australie, la Mongolie, l'Italie, la Zambie, le Brésil, Taïwan, le Canada et l'Iran. Dans de nombreux cas, nous n'avons obtenu que des renseignements superficiels, tandis que dans d'autres, nous avons reçu plus de détails.

- Les différences de taux du cancer du col de l'utérus auront des répercussions sur la volonté politique de distribuer le vaccin. De plus, il peut exister des différences dans les antécédents naturels du cancer du col de l'utérus dans certains pays.
- Les différences culturelles entraînent divers stigmates associés au VPH ou à la vaccination contre le virus. De plus, les différences culturelles peuvent avoir des conséquences sur l'âge recommandé pour recevoir le vaccin, étant donné que les pratiques sexuelles varient en fonction des différentes cultures.
- Les effets secondaires ou la perception du risque d'effets indésirables peuvent empêcher la mise en œuvre initiale ou faire obstacle à un programme établi.
- Les programmes en milieu scolaire sont efficaces, mais leur mise en place peut s'avérer problématique dans certains pays.

L'information du public par la diffusion de renseignements ou d'un langage scientifiques représente une difficulté, car l'auditoire peut ne pas comprendre ces renseignements. Il faut parvenir à un certain équilibre entre l'information du public et le maintien de la confiance de ce dernier. Cela comprend la méfiance du public pour les grandes entreprises pharmaceutiques et une forte influence d'Internet qui diffuse de l'information négative ou une fausse information. Les gens considèrent que les médecins ont une forte influence sur le public; toutefois, ces derniers sont souvent gênés par un manque d'information. Une solution essentielle consiste à fournir suffisamment d'information aux médecins et aux autres fournisseurs de soins de santé avant le lancement d'un nouveau programme de vaccination.

Question 2 : Au Canada, il y a eu une importante couverture médiatique négative au sujet de la vitesse à laquelle le programme d'immunisation contre le VPH a été mis en œuvre, ce qui a amené une revue nationale à déclarer que « nos filles ne sont pas des cobayes! ». Comment la communauté de la santé publique et la communauté médicale peuvent-elles réfuter de telles allégations?

Réponse : Les participants ont remarqué qu'il s'agit là d'une situation difficile et qu'il est très compliqué de réfuter des renseignements inexacts qui ont été diffusés au public par les médias de masse. Une des solutions proposées était de suggérer que les médias devraient faire preuve de plus de responsabilité lorsqu'ils diffusent l'information; cependant, il est difficile de s'en assurer lorsque des arguments contradictoires n'ont pas été préparés à l'usage des médias. Dans ces cas, des comités consultatifs et des responsables chargés de la mise en œuvre devraient prendre le temps de s'assurer qu'ils ont élaboré un plan à plusieurs niveaux comprenant une stratégie d'éducation du public composée de renseignements rapides et faciles à comprendre qui incluent des réponses aux nombreux scénarios pouvant entraîner une méfiance du public. Par rapport à l'Ontario, le Québec a pris une année complète pour préparer la mise en œuvre de son programme de vaccination, lequel s'est ainsi mieux déroulé.

À l'échelle internationale, certaines difficultés peuvent avoir à être surmontées. Notamment, les défis liés à la nature sexuelle de la maladie et les sentiments de promiscuité ainsi que les questions relatives au consentement. L'information devrait être adaptée à la population spécifique.

Question 3 : Une fois un nouveau vaccin approuvé, celui-ci fait l'objet d'une promotion par le fabricant dans le cadre d'une vaste campagne médiatique. Comment cela se répercute-t-il sur la perception du public et comment pouvons-nous gérer cette situation?

Réponse : Les participants ont remarqué que l'accès du fabricant au public et la réaction de ce dernier sont différents selon les cultures. Aux États-Unis, la publicité directe aux consommateurs est autorisée alors que dans certains pays, tels que les Pays-Bas, elle est interdite. La forte exigence qui impose de mettre l'accent sur les effets secondaires dans les annonces publicitaires tend à inquiéter le spectateur et à susciter des doutes chez lui.

Les relations avec les médias devraient être proactives. Il a été proposé d'établir un moratoire avant la mise en œuvre de programmes de vaccination pour permettre la diffusion d'information et de réaliser des efforts d'éducation du public afin de renseigner le grand public sur les avantages et les raisons justifiant la vaccination. Il faut attentivement envisager l'engagement du fabricant étant donné qu'il peut y avoir un conflit d'intérêts ou le sentiment d'une collusion avec l'industrie. Dans la plupart des cas, la manière la plus efficace de traiter cette question est d'élaborer et d'offrir de la documentation d'éducation en matière de santé publique.

Question 4 : Comment les gens perçoivent-ils le « risque » associé aux vaccins contre le VPH par opposition au risque de maladie?

Réponse : Dans l'ensemble, les participants ont remarqué une grande divergence entre la perception du risque lié à la maladie, du risque associé à la vaccination et le risque véritable de la vaccination. Il y a un risque immédiat perçu après la vaccination, qui est appuyé par les histoires alarmistes racontées dans les médias, ce qui produit une surestimation de la perception du risque associé au vaccin. Les participants ont aussi observé une absence d'urgence liée à la compréhension du risque à long terme que comporte la maladie, associée à des hypothèses sur le début de l'activité sexuelle, sur le risque relatif aux partenaires et à d'autres hypothèses faiblement répandues. Peu de gens comprennent véritablement qu'il faut une longue période de temps entre l'infection et l'apparition d'un cancer, ce qui les conduit à penser qu'ils disposent de plus de temps. Les gens ne tiennent pas non plus compte du fardeau des maladies autres que le cancer, y compris la coloscopie et les anomalies des cellules du col de l'utérus.

Dans tous les cas, la solution consiste à s'assurer qu'il existe un solide programme d'éducation en santé publique consacré au vaccin et aux risques liés à la maladie, y compris de l'information scientifique sur la nécessité de la vaccination précoce et sur la longue histoire naturelle du développement du cancer du col de l'utérus.

Question 5 : Quelles preuves la communauté des soins de santé peut-elle invoquer pour donner suite aux préoccupations des parents et des jeunes concernant les risques perçus du vaccin contre le VPH?

Réponse : Il est difficile d'expliquer les risques, mais il est possible de décrire les effets secondaires du vaccin. Il faut insister sur les preuves scientifiques qui illustrent l'innocuité des vaccins grâce à l'éducation et aux messages adressés au public et aux fournisseurs. Les solutions comprennent la diffusion de preuves scientifiques aux fournisseurs de soins de santé pour leur permettre de les expliquer aux patients et la présentation de cas particuliers simples pourrait s'avérer utile.

Pour pleinement informer le public, il faudrait noter que le soutien politique est essentiel.

Question 6 : Comment transmettriez-vous à un groupe plus important, comme aux élèves d'une école ou au grand public, les risques de maladie par opposition aux avantages et aux risques du vaccin?

Réponse : Les initiatives en matière d'éducation devraient être suffisamment simples pour que le groupe les comprenne pleinement. Exemples de la manière de transposer les chiffres en des exemples précis qui influenceront sur le public : remarquer que deux personnes par jour obtiennent un diagnostic de cancer du col de l'utérus. Le message de prévention devrait inclure des exemples faciles à comprendre, ayant recours à des comparaisons illustratives et faciles à comprendre (comme porter un casque de vélo ou avoir un parapluie).

Le plan de communication et d'éducation doit comporter plusieurs niveaux et comprendre la participation d'intervenants comme des fournisseurs, des parents, des bénéficiaires du vaccin, des responsables gouvernementaux, des intervenants de l'industrie et des professeurs.

Question 7 : Il y a eu une importante couverture médiatique sur le fait que le vaccin contre le VPH pouvait promouvoir la promiscuité sexuelle. Quelle est la meilleure façon d'aborder cette question en réponse aux critiques entendues?

Réponse : Il est nécessaire d'insister sur des messages supplémentaires en matière d'éducation, tels que celui qui explique que le vaccin contre le VPH ne prévient pas le VIH ni d'autres ITS. De plus, l'éducation devrait être axée sur la prévention du cancer du col de l'utérus plutôt que sur la protection d'un individu contre une ITS.

Groupe 3 : Consentement, caractère confidentiel et conflit d'intérêts

En raison du nombre limité de participants inscrits, les questions suivantes n'ont pas été traitées pendant les séances en groupes. Toutefois, lorsque la mise en œuvre d'un nouveau programme de vaccination contre le VPH est envisagée, il peut être intéressant d'aborder les questions suivantes :

Question 1 : Y a-t-il un âge légal pour consentir à l'immunisation dans votre pays? S'il n'y en a pas, comment la capacité de comprendre l'information fournie est-elle évaluée au cours d'une visite dans une clinique d'immunisation?

Question 2 : Si les écoles ont une politique de consentement des parents qui diffère de celle des autorités de la santé publique, comment cette politique se répercute-t-elle sur le processus d'immunisation? Si une fille admissible souhaite se faire immuniser contre le VPH à une clinique scolaire, mais que le consentement des parents n'a pas été obtenu, comment le rendez-vous de vaccination devrait-il être organisé?

Question 3 : Y aurait-il un manquement à l'obligation de confidentialité si le consentement des parents est demandé quand une étudiante demande le vaccin? Quelle est la meilleure façon de gérer une situation lorsque le consentement des parents à l'immunisation est requis par une école, mais non par les autorités de la santé publique?

Question 4 : Quels sont les éléments requis pour un consentement éclairé? Comment ces éléments peuvent-ils être communiqués efficacement?

Groupe 4 : Surveillance du programme de vaccination : Taux de vaccination et innocuité

Taux de vaccination

Question 1 : Comment faut-il mesurer les taux de vaccination?

Réponse : Un certain nombre de pays différents ont décrit la méthodologie qui leur permet de mesurer le taux de vaccination. L'évaluation des programmes de vaccination était variée et incluait des programmes ne bénéficiant d'aucun financement pour la surveillance de l'utilisation du vaccin par des pays qui ont un accès total aux registres et aux bases de données relatives à la population.

- ° En général, le suivi du taux de vaccination peut être facilité par plusieurs moyens, comme l'utilisation d'identifiants personnels uniques, le couplage de données pertinentes relatives au vaccin et au dépistage issues des registres, et le couplage des bases de données médicales pour faciliter le suivi des effets indésirables. Les participants ont noté que certains pays scandinaves, l'Australie et le Royaume-Uni disposent des registres les plus complets, lesquels pourraient servir d'exemples illustrant la meilleure façon de surveiller les taux de vaccination et l'incidence des vaccins contre le VPH. Il est aussi important que les médias assurent une couverture favorable pour encourager la production de rapports et la surveillance.

Question 2 : Quels sont les obstacles à l'atteinte de taux élevés d'immunisation chez les adolescents et les jeunes adultes? Quelles stratégies pourraient être utilisées pour accroître les taux d'immunisation au sein de ces populations?

Réponse : Les obstacles à l'obtention de taux élevés d'immunisation comprennent l'influence négative des médias, des contraintes liées à l'infrastructure, en particulier dans les pays en développement, les limitations des programmes de dépistage pour permettre la surveillance de l'incidence des programmes de vaccination et le manque d'éducation des gens, surtout en ce qui concerne le VPH. Pour augmenter les taux de vaccination, il

faut utiliser différentes stratégies dans les pays développés et en développement et avec les populations rurales et les populations urbaines. L'élargissement de la couverture médicale a été jugée tout aussi importante, tant pour augmenter les taux de vaccination chez les adolescents que chez les groupes présentant un risque élevé (travailleurs de l'industrie du sexe, HARSAH). Parmi les autres mécanismes permettant d'augmenter le taux de vaccination, notons l'obtention d'un consentement verbal plutôt qu'écrit, des campagnes d'éducation commanditées par le gouvernement (plutôt que l'industrie), une combinaison des systèmes publics et privés d'administration des vaccins et l'obtention d'un programme financé par l'État.

Question 3 : Quelles populations vulnérables particulières peuvent être omises au sein du système d'immunisation scolaire? Quelles stratégies pourraient être adoptées pour optimiser l'administration du vaccin chez ces populations?

Réponse : Ces groupes comprennent des populations marginalisées comme les enfants de la rue et les décrocheurs scolaires, qui présentent également un risque élevé d'infection.

Question 4 : Veuillez décrire les avantages et les défis d'un programme d'immunisation en milieu scolaire comparativement à d'autres modes d'administration du vaccin pour ce qui est des taux d'immunisation.

Réponse : Les difficultés posées par les programmes en milieu scolaire incluent la question du consentement, étant donné qu'il est nécessaire d'obtenir le consentement des parents pour se faire vacciner. Dans un cadre scolaire, le parent n'est pas disponible pour poser des questions et il peut ne pas souhaiter donner son consentement. Parmi les autres problèmes qui se posent, le coût associé à la mise en place de l'infrastructure permettant d'administrer le vaccin.

Innocuité du vaccin

Question 1 : De façon générale, qu'est-ce qui est connue de l'innocuité d'un vaccin au moment de son homologation? Quels mécanismes faudrait-il utiliser pour surveiller un vaccin après son homologation à des fins d'utilisation au sein d'un programme public?

Réponse : Le suivi de l'innocuité de l'administration du vaccin a été discuté sous deux aspects différents : les réactions immédiates suivant l'administration et le suivi à plus long terme des effets indésirables. Dans de nombreux pays, les vaccins sont administrés par un omnipraticien et le patient est prié d'attendre jusqu'à une heure dans le cabinet médical pour s'assurer qu'aucune réaction indésirable ne survient.

- ° Pour la surveillance à plus long terme du vaccin, nombre de pays ont recours à une surveillance passive des effets secondaires en s'appuyant sur les rapports volontaires des médecins. Les participants ont suggéré de pratiquer une surveillance plus active, en utilisant, par exemple, les réseaux des urgences hospitalières pour observer les effets secondaires particuliers ou la mise en place de sites sentinelles de surveillance. En général, le signalement passif aboutit à un signalement insuffisant des réactions

modérées, mais il est important de surveiller les effets inhabituels (plus rares).

- ° Les participants ont cerné des défis posés par les connaissances actuelles relatives à l'innocuité du vaccin.

Question 2 : Quels sont les avantages et les inconvénients de la surveillance post-commercialisation passive par opposition à une surveillance post-commercialisation active dans le cas des effets secondaires suivant l'immunisation?

Réponse : Il existe un certain nombre de mécanismes utilisés pour effectuer une surveillance post-commercialisation, notamment les services de téléassistance de l'industrie. Un système de signalement obligatoire imposé par la loi devrait être envisagé : il couvrirait le signalement fédéral, provincial et local et permettrait de partager les rapports de signalement dans l'ensemble du pays. Il faudrait prendre des décisions opportunes en ce qui concerne les événements rares et graves signalés pour maintenir la confiance du public.

Le temps n'a pas permis au groupe de discuter des questions suivantes, cependant, lorsque la mise en œuvre d'un programme d'immunisation est envisagée, il faudrait tenir compte de ces questions :

Question 3 : Où chercheriez-vous de l'information à jour sur les effets secondaires suivant l'immunisation (ESSI)?

Question 4 : Quel est le profil d'innocuité connu des vaccins contre le VPH? Au cours d'un rendez-vous médical, quels renseignements faudrait-il donner au patient au sujet de l'innocuité des vaccins? Quelles précautions faudrait-il prendre dans un bureau?

Séances interactives — Volet Recherche, surveillance et évaluation

Les séances interactives de ce volet étaient fondées sur une série de scénarios présentée aux participants. Dans chaque groupe, un court scénario a été présenté aux participants, ainsi qu'une série de questions qui ont orienté leur discussion. Les participants ont été prié de sélectionner les paramètres les plus pertinents et de cerner les lacunes en matière de connaissances et les besoins en matière de recherche permettant d'orienter les décisions dans le domaine de la santé publique relatives à la prévention du VPH.

Scénario 1

Vous travaillez dans un service de santé publique. Un programme de vaccination contre le VPH a été mis sur pied dans votre région. Vous avez été invité(e) à participer à une rencontre pour planifier l'évaluation de ce programme. Les autorités en matière de santé publique veulent savoir ce qui suit :

Quelles sont les diverses cibles qui pourraient être évaluées?

Les participants ont noté une grande variété de cibles et de résultats :

- Il faudrait envisager une évaluation des besoins avant de mettre en place le programme de vaccination,

et étudier les conditions de base de la maladie et la prévalence du VPH pour utiliser ces éléments comme outils de mesure de prévention de la maladie.

- Le taux de dysplasies cervicales et de cancers du col de l'utérus, de même que celui d'autres cancers liés au VPH (cancer de l'anus, vaginal, de la vulve, de la tête et du cou).
 - Il faut aussi tenir compte des précancers, de la colposcopie, des anomalies des tests Pap, des verrues génitales et des papillomatoses laryngées.
- La couverture vaccinale, surtout le suivi des individus n'ayant pas reçu l'ensemble des trois doses et les régions ayant une faible couverture.
- La prévalence spécifique au type de VPH et le remplacement du type au fil du temps, après la vaccination. Cela devrait comprendre des études spéciales permettant d'évaluer les types de VPH.
- Le fardeau du VPH de types 6 et 11.
- Les effets indésirables et les effets secondaires. Cela nécessitera de mettre en place un système de signalement et un mécanisme permettant de déterminer les effets secondaires à court et à long terme.
- Les répercussions sur le comportement à l'égard du dépistage, y compris le taux de dépistage du cancer du col de l'utérus.
- La détermination d'obstacles particuliers et de facteurs facilitant la vaccination et le dépistage.
- Le fardeau sur le système de soins de santé, y compris les coûts de la vaccination comparés aux coûts des anomalies évitées.
 - Cela devrait inclure le fardeau de la maladie chez les femmes et chez les hommes.
- Il faudrait évaluer le comportement des adolescents avant et après la vaccination pour déterminer si cette dernière a provoqué des changements dans leur comportement sexuel pouvant avoir des répercussions sur d'autres ITS.

Pour chaque aspect évalué, veuillez expliquer brièvement la méthodologie que vous prévoyez utiliser.

Pour déceler les changements chez les cibles évaluées, la plupart des participants ont évoqué l'utilisation de registres. Certains registres peuvent déjà être établis (comme les registres de dépistage ou de statistiques sur le cancer), mais d'autres devront être mis en place, y compris des registres de vaccination et peut-être des registres sur les effets indésirables. Les méthodologies proposées comprennent les suivantes :

- Les registres — ils conviennent aux résultats (cancer, colposcopie, mortalité, etc.), aux effets indésirables, à la couverture.
- Les sondages — ils conviennent aux renseignements sur la couverture, au comportement sexuel, aux obstacles ou aux facteurs favorables, à l'application du dépistage, aux conditions de base du fardeau.
- Le couplage avec d'autres données, comme le recoupement des registres et des sondages sur le cancer.
- Il est possible d'utiliser des études prospectives en association avec les données collectées pour comparer les cohortes vaccinées et non vaccinées.
- Des systèmes de signalement centraux et passifs pour les réactions indésirables.
- Des groupes de discussion pour déterminer les changements de comportement en référence à

l'application du dépistage, à son utilisation et aux comportements sexuels.

- Des rapports d'utilisation médicale pour déterminer les augmentations ou les diminutions de la pratique de procédés médicaux spécifiques (comme la colposcopie).

De quelle façon établirez-vous les priorités concernant les activités d'évaluation, compte tenu des restrictions budgétaires?

Afin d'établir les priorités quant aux activités d'évaluation, il faut tenir compte de l'objectif du programme de vaccination ainsi que de l'infrastructure actuelle. Cependant, les quatre éléments suivants constituent la priorité la plus élevée (de la plus élevée à la moins élevée) :

- La couverture vaccinale
- L'innocuité du vaccin
- L'efficacité du vaccin
- Les effets sur les programmes de dépistage du cancer.

Scénario 2

Vous travaillez dans un service de santé publique. Le vaccin contre le VPH est disponible depuis cinq ans dans votre région. Vous avez été invité(e) à vous joindre à un comité qui devra formuler des recommandations sur le dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes ayant reçu ou non le vaccin. Vous devrez vous pencher plus particulièrement sur les questions suivantes :

Quel genre de données de surveillance et de recherche pouvez-vous utiliser pour faciliter le processus de prise de décisions?

- L'un des aspects de la surveillance et de la recherche est la capacité de comparer les cohortes vaccinées et non vaccinées. Il peut s'agir de cohortes venant de la même région géographique ou il est possible d'assumer l'hypothèse d'une base de référence similaire à une région géographique voisine. Ces cohortes peuvent être ensuite utilisées pour surveiller l'information spécifique au type pour ce qui est de l'infection par le VPH après les vaccinations. Pour saisir les différences dans les données recueillies, cependant, il est important de bien comprendre la couverture et de savoir si les femmes et hommes ont été vaccinés. Pour y parvenir, les registres de vaccination peuvent être utiles, mais le suivi des individus de passage représentera tout de même un problème.
- Les indicateurs et les méthodes de dépistage ont fait l'objet de discussions plus détaillée. En général, il n'y a pas eu de consensus sur les changements des programmes de dépistage, probablement en raison de l'incertitude liée à l'incidence de la vaccination. Les participants ont envisagé certains points, dont les suivants :
 - Différents protocoles de dépistage fondés sur l'état de vaccination; il est possible de mettre en œuvre un modèle de cohorte de dépistage avec des femmes plus jeunes en utilisant un protocole de dépistage différent.
 - Il est nécessaire d'obtenir des données probantes selon lesquelles la vaccination influe sur les besoins en matière de dépistage.

- L'augmentation des niveaux de couverture du vaccin contre le VPH entraînera probablement une diminution de la VPP du dépistage.
- Si les ressources sont suffisantes, il faudrait évaluer les changements observés dans la distribution des anomalies au fil du temps.
- Il faudrait conserver les indicateurs habituels, notamment l'incidence du cancer.
- Les participants ont remarqué divers changements de protocoles, y compris une augmentation des intervalles pour les femmes âgées de plus de 30 ans ayant obtenu des résultats négatifs au test de dépistage du VPH, une augmentation de l'âge de début du dépistage et une augmentation des intervalles.
- Il faudra procéder à des changements en ce qui concerne les communications et faire un effort en vue d'éduquer les femmes, ainsi qu'un changement du message transmis par les autorités de la santé publique.
- L'information relative au dépistage et au fardeau de la maladie devrait être rattachée à l'état de vaccination pour permettre de mieux comprendre le rapport coût-efficacité de la vaccination.

Y a-t-il des renseignements dont vous auriez besoin pour la prise de décisions et qui ne sont pas disponibles?

- Il faut obtenir l'information sur les résultats liés à la maladie qui n'est pas disponible à l'heure actuelle. Cette information comprend les proportions des anomalies de différentes catégories de néoplasies cervicales intraépithéliales chez les femmes vaccinées et non vaccinées.
- L'information sur la couverture et sur l'efficacité du vaccin est nécessaire, surtout pour ce qui est des sous-groupes, tels que la démographie, les comorbidités, les antécédents de dépistage et les résultats liés à la maladie.
- L'information sur le type de VPH, y compris les données sur le changement de type, la prévalence du type (avant et après la vaccination), les types responsables de lésions d'un grade spécifique. Les tests de dépistage du VPH et le typage peuvent être importants pour la recherche, mais ils peuvent aussi offrir une orientation clinique.
- Il faudrait recueillir d'autres renseignements immunologiques et biologiques, notamment les différences régionales dans la réponse immunitaire, de l'information sur la sensibilité de l'hôte et sur les voies biologiques en aval. Il faudrait aussi obtenir de l'information sur les causes de la persistance.
- L'incidence de la vaccination sur le dépistage doit être définie de manière plus précise, y compris l'incidence sur le coût du programme et le rôle du vaccin sur le rendement du test.
- Il faut obtenir des données sur les résultats liés à la maladie pour renseigner les décisions relatives au programme. À savoir, de l'information sur l'infection, les lésions cervicales, d'autres cancers, les verrues et d'autres résultats de la maladie. Des systèmes de données centralisés sont essentiels pour acquérir cette information.
- L'information recueillie devrait être utilisée pour actualiser les prédictions actuelles des modèles et peut aider à définir de manière plus détaillée des modèles qui permettront la prise de décisions à venir.

De quelle façon obtiendriez-vous ces renseignements?

Les participants ont proposé plusieurs mécanismes possibles pour la collecte de données :

- Il y a eu un fort consensus selon lequel les données sont essentielles à la prise de décisions, surtout l'information sur les résultats liés à la maladie. L'obtention de cette information est facilitée par l'accès aux données, les couplages, des bons systèmes de TI et des registres. De tels systèmes sont importants pour la pratique du dépistage et les systèmes de surveillance des maladies.
- Le dépistage peut être utilisé pour recueillir bien plus d'information. Des tests de dépistage du VPH de type spécifique, y compris des variantes, notamment l'autoéchantillonnage, l'utilisation de travailleurs des services d'approche et des méthodes novatrices, devraient être envisagés.
 - Il faudrait prévoir des suivis différents en fonction de la diversité des femmes. Par exemple, les femmes non vaccinées présentant les types 16 et 18 du VPH devraient faire l'objet d'un dépistage plus fréquent, tandis que les femmes ne présentant pas ces types de VPH ne devraient pas subir de dépistages du cancer du col de l'utérus aussi fréquents. Une autre approche consisterait à se concentrer sur les femmes ayant obtenu des résultats positifs à un test de dépistage du VPH oncogène non spécifique à un type et à réduire le suivi des femmes ayant obtenu des résultats négatifs à un test de dépistage du VPH (de préférence, résultats négatifs à plusieurs reprises).
- Il serait possible d'utiliser des projets de surveillance spéciaux, y compris :
 - Des sondages auprès des femmes (p. ex. tous les 5 ans);
 - Des sites sentinelles;
 - Une évaluation des résultats à plus long terme (p. ex. cancer).

Scénario 3

En raison du nombre limité de participants inscrits, les réponses aux discussions relatives à ce scénario ne sont pas disponibles. Cependant, le scénario et les questions associées à ce dernier devraient être pris en compte lors de la mise en œuvre de tout programme de vaccination contre le VPH.

Vous travaillez dans un service de santé publique. Un programme de vaccination contre le VPH destiné aux jeunes adolescentes est disponible depuis 5 ans dans votre région. Des organismes communautaires se disent préoccupés par le fait que l'exclusion des garçons du programme de vaccination pourrait être discriminatoire. Vous avez été invité(e) à vous joindre à un comité qui devra formuler des recommandations concernant l'inclusion ou non des garçons au programme. Vous devrez vous pencher plus particulièrement sur les questions suivantes :

- Quel est le fardeau des maladies liées au VPH chez les hommes et comment peut-il être évalué?
- Des activités de surveillance continue fournissent-elles des données ou devons-nous mettre en place des projets spécifiques de surveillance ou de recherche?
- Les garçons devraient-ils être inclus pour mieux protéger les filles contre le cancer du col de l'utérus ou pour prévenir des maladies chez les garçons et les hommes?

ANNEXE 2 : ORDRE DU JOUR DE L'ATELIER DE SANTÉ PUBLIQUE

Samedi 3 juillet 2010

Horaire	Titre	Présentateur
8 h 15	Mot de bienvenue des coprésidents du Comité directeur	Howard Njoo, Agence de la santé publique du Canada Marc Steben, Institut national de santé publique du Québec
8 h 30	Séance plénière d'ouverture VPH : Perspectives mondiales	Susan Wang, Organisation mondiale de la santé

Volet Dépistage

9 h	Comparaison de l'efficacité clinique de la cytologie et des tests de dépistage du VPH	Marie-Hélène Mayrand Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal; Institut national de santé publique du Québec
9 h 40	Recension des études de rentabilité	Jane J. Kim Harvard School of Public Health
Groupe d'experts — Expériences diverses en dépistage du VPH	Impact de la vaccination sur le rendement des tests de dépistage	Salaheddin M. Mahmud Université du Manitoba
	Royaume-Uni	Henry Kitchener University of Manchester
	Finlande	Ahti Anttila Finnish Cancer Registry
	Canada — Colombie-Britannique	Dirk van Niekerk Cervical Cancer Screening Program, Vancouver, C.-B.
Animatrice : Meg McLachlin University of Western Ontario	États-Unis	Mona Saraiya Centers for Disease Control and Prevention
10 h 30	Pause	
11 h	Séances interactives <ul style="list-style-type: none"> • Lignes directrices cliniques • Adaptation de la formation et de la main-d'œuvre • Surveillance et évaluation • Communications avec la population 	
12 h	Un modèle fondé sur le risque pour l'intégration des nouvelles techniques, y compris la vaccination contre le VPH et les nouveaux marqueurs biologiques, dans les programmes de prévention du cancer du col utérin	Philip Castle National Cancer Institute
L'avenir du dépistage	Conclusions du volet Dépistage	Meg McLachlin University of Western Ontario
12 h 30	Lunch	

Volet Vaccination

13 h 45	Survol des nouvelles données sur les vaccins	Shelly McNeil, Centre canadien de vaccinologie
14 h 05	Canada Processus du CCNI-CCI pour la mise en œuvre de programmes et Québec Calendrier de vaccination étendue	Shelley Deeks Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé
Groupe d'experts — Expériences en élaboration et mise en œuvre de programmes d'immunisation contre le VPH	Royaume-Uni	Jack Cuzick Cancer Research UK Centre for Epidemiology, Mathematics and Statistics,
	Australie	Julia Brotherton National HPV Vaccination Program Register
	États-Unis	Lauri Markowitz Centers for Disease Control and Prevention
15 h 15	Pause	
15 h 45	Séance interactive Scénarios	
16 h 30	Séance interactive Présentation des comptes rendus	
Dimanche 4 juillet 2010		
8 h 30	Réflexion et remarques préliminaires	Marc Steben, Institut national de santé publique du Québec
8 h 40	Séance plénière d'ouverture VPH : Une perspective pancanadienne	Tom Wong Agence de la santé publique du Canada
Volet Recherche, surveillance et évaluation		
9 h	Introduction à la recherche, à la surveillance et à l'évaluation : défis liés aux infections au VPH et aux maladies connexes	Silvia Francheschi Centre international de recherche sur le cancer
9 h 15	Séance interactive Scénarios	
10 h 30	Pause	
11 h Panel	Évaluation détaillée des interventions de prévention du VPH grâce aux registres et aux marqueurs biologiques	Joakim Dillner Karolinska Institutet
	Approches de santé publique utilisées aux États-Unis pour la surveillance des maladies associées au VPH : expériences jusqu'ici et nouvelles orientations	Susan Hariri Centers for Disease Control and Prevention
	Évaluation de l'impact de la composante 6/11 du vaccin contre le VPH	Erich Kliewer CancerCare Manitoba
	Vaccination contre le VPH chez les hommes : évaluation efficace et surveillance de la réduction de la maladie	Anna Giuliano University of South Florida
	Utilisation d'études de modélisation et de rentabilité pour guider les décisions en santé publique : ce que nous savons et ce que nous devons découvrir	Karen Canfell Cancer Council NSW
	Conclusions du volet Recherche, surveillance et évaluation	
12 h 30	Lunch	

Volet Promotion de la santé et éducation

13 h 45	Rudiments de la promotion de la santé appliqués au cas du VPH	Gina Ogilvie BC Centre for Disease Control
14 h 15	Comparaison de stratégies pour l'évaluation des besoins	Loretta Brabin University of Manchester
14 h 45	Étapes dans l'élaboration de campagnes de marketing social et de sensibilisation	Vyta Senikas Société des obstétriciens et gynécologues du Canada
15 h 15	Pause	
15 h 45	Couverture vaccinale dans les programmes de vaccination contre le VPH en Ontario et au Québec, Canada	Ève Dubé Institut national de santé publique du Québec Ian Gemmill Frontenac and Lennox & Addington Public Health
	Time to Get Wet: How to make a Splash for Public Health using 'Old' and 'New' Media	Ian Roe British Columbia Centre for Disease Control
17 h 15	Mot de la fin pour conclure l'atelier	Tom Wong Agence de la santé publique du Canada

ANNEXE 3 : SOMMAIRE – CADRE ANALYTIQUE D'ERICKSON ET DE WALS

CARACTÉRISTIQUES ET FARDEAU DE LA MALADIE

- Nature et caractéristiques des agents infectieux
- Manifestations cliniques et complications
- Épidémiologie de la maladie
- Populations particulières touchées et facteurs de risque
- Traitement actuel de la maladie et possibilité de prévention
- Impact social de la maladie
- Impact économique de la maladie

CARACTÉRISTIQUES DU VACCIN

- Nature et caractéristiques de l'agent immunisant
- Caractéristiques des produits commerciaux
- Entreposage, manutention, mode de présentation du produit
- Fabricants du vaccin, capacité de production et approvisionnement
- Calendrier d'administration, nombre de doses, combinaison avec d'autres vaccins
- Nature et caractéristiques de la réponse immunitaire
- Immunogénicité dans différents groupes
- Protection directe et indirecte à court et à long terme
- Impact sur la réduction du fardeau de la maladie
- Innocuité : taux et gravité des effets indésirables, contre indications, précautions
- Interaction possible avec d'autres vaccins
- Impacts possibles sur la résistance aux antibiotiques

AUTRES STRATÉGIES ET PROGRAMMES D'IMMUNISATION

- Recommandations et lignes directrices existantes pour l'utilisation du vaccin
- Objectifs du contrôle, de l'élimination et de l'éradication de la maladie à l'échelle internationale, nationale ou provinciale et territoriale
- Autres stratégies d'immunisation pour atteindre les objectifs
- Objectifs spécifiques sur le plan de la réduction de l'incidence, des complications, des séquelles et de la mortalité
- Objectifs spécifiques pour la couverture de certains groupes
- Stratégie et système de mise en œuvre

COÛTS ET AVANTAGES SOCIAUX ET ÉCONOMIQUES

- Coût total et coût d'option du programme pour les familles et le système de santé
- Données concernant l'efficacité à court et à long terme
- Données concernant les avantages sociaux et économiques
- Autres avantages
- Évaluation économique : coûts actuels nets et rapports coût efficacité

FAISABILITÉ ET ACCEPTABILITÉ D'AUTRES PROGRAMMES

- Perception par la population du risque de maladie, de la gravité, crainte, nécessité d'exercer un contrôle
- Demande d'immunisation de groupes cibles et acceptabilité
- Priorité du programme approuvé comparativement à d'autres programmes
- Date prévue d'homologation ou utilisation actuelle du vaccin
- Intégration d'un nouveau programme avec les programmes et calendriers existants
- Impacts sur les services existants d'immunisation et sur le secteur des soins de santé
- Accès de la population cible et taux prévus de réception
- Approvisionnement en vaccins
- Fonds disponibles pour l'achat de vaccins
- Accès à des ressources humaines, techniques et financières
- Accès à de la documentation et à des formulaires de consentement appropriés
- Existence d'un système pour enregistrer l'administration des vaccins
- Existence de ressources pour la mise en marché et les communications
- Existence d'un comité de planification opérationnelle et de mise en œuvre

CAPACITÉ D'ÉVALUER LES QUESTIONS

- Évaluation souhaitable pour les familles et les professionnels
- Accès à des systèmes d'information pour mesurer la couverture, l'utilisation, la qualité
- Accès à des systèmes d'information pour surveiller la réduction de l'incidence de la maladie, des complications, des séquelles et de la mortalité.
- Accès à un système de surveillance des événements indésirables associés à l'administration du vaccin
- Existence de systèmes pour coupler les bases de données sur les résultats cliniques, les registres d'immunisation et les registres de population.

QUESTIONS DE RECHERCHE

- Projets de recherche en cours et prévus dans les domaines de la mise au point de vaccins, de l'immunogénicité, de l'efficacité et de l'innocuité
- Détermination des domaines dans les sections précédentes qui devraient faire l'objet de recherches afin de faciliter la planification de l'évaluation et la prise de décisions

AUTRES CONSIDÉRATIONS

- Équité du nouveau programme, y compris l'universalité, l'accessibilité et la gratuité des services pour les groupes les plus vulnérables
- Considérations éthiques, notamment le consentement éclairé et la protection des renseignements médicaux confidentiels
- Conformité du nouveau programme aux programmes prévus ou existants dans d'autres provinces et pays
- Avantages et risques politiques possibles associés à la mise en œuvre du nouveau programme

ANNEXE 4: COMITÉ DIRECTEUR

Coprésidents :

- Howard Njoo, *Agence de la santé publique du Canada*
- Marc Steben, *Institut national de santé publique du Québec*

VOLET

Dépistage :

Vaccination :

Recherche, surveillance et
évaluation

Promotion de la santé et
éducation

COPRÉSIDENT DE L'ASPC

Jay Onysko

Lisa Belzak

Tom Wong

Christina Jensen

COPRÉSIDENT DE L'INSPQ

Patricia Goggin

Vladimir Gilca

Marie-Hélène Mayrand

Chantal Sauvageau

ANNEXE 5: COMITÉS SCIENTIFIQUES

VOLET DÉPISTAGE

Coprésidents

- Patricia Goggin, *Institut national de santé publique du Québec, Montréal, Qc, Canada*
- Jay Onysko, *Agence de la santé publique du Canada, Ottawa, Ont., Canada*

Membres du volet

- Lisa Kan, *BC Cancer Agency, Vancouver, C.-B., Canada*
- Erich Kliewer, *CancerCare Manitoba, Winnipeg, Man., Canada*
- Marie-Hélène Mayrand, *Centre de recherche du Centre Hospitalier de l'Université de Montréal et Institut national de santé publique du Québec, Montréal, Qc, Canada*
- Meg McLachlin, *University of Western Ontario, London, Ont., Canada*

VOLET VACCINATION

Coprésidents

- Lisa Belzak, *Agence de la santé publique du Canada, Ottawa, Ont., Canada*
- Vladimir Gilca, *Institut national de santé publique du Québec, Québec, Qc, Canada*

Membres du volet

- Shelley Deeks, *Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé, Toronto, Ont., Canada*
- Shelly McNeil, *Canadian Center for Vaccinology, Halifax, N.-É., Canada*
- Karen Pielak, *BC Centre for Disease Control, Vancouver, C.-B., Canada*

VOLET RECHERCHE, SURVEILLANCE ET ÉVALUATION

Coprésidents

- Marie-Hélène Mayrand, *Centre de recherche du Centre Hospitalier de l'Université de Montréal et Institut national de santé publique du Québec, Montréal, Qc, Canada*
- Tom Wong, *Agence de la santé publique du Canada, Ottawa, Ont., Canada*

Membres du volet

- Andy Coldman, *BC Cancer Agency, Vancouver, C.-B., Canada*
- Alain Demers, *CancerCare Manitoba, Winnipeg, Man., Canada*
- Patricia Goggin, *Institut national de santé publique du Québec, Montréal, Qc, Canada*
- Gayatri Jarayaman, *Agence de la santé publique du Canada, Ottawa, Ont., Canada*
- Sam Ratnam, *Laboratoire de santé publique de Terre-Neuve, St. John's, Terre-Neuve, Canada*
- Allan Ronald, *Centre international pour les maladies infectieuses, Winnipeg, Man., Canada*

VOLET PROMOTION DE LA SANTÉ ET ÉDUCATION

Coprésidents

- Christina Jensen, *Agence de la santé publique du Canada, Ottawa, Ont., Canada*
- Chantal Sauvageau, *Institut national de santé publique du Québec, Québec, Qc, Canada*

Membres du volet

- Ève Dubé, *Institut national de santé publique du Québec, Québec, Qc, Canada*
- Ian Gemmill, *Kingston, Frontenac and Lennox & Addington Public Health, Kingston, Ont., Canada*
- Gina Ogilvie, *BC Centre for Disease Control, Vancouver, C.-B., Canada*
- Vyta Senikas, *Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, Ottawa, Ont., Canada*

ANNEXE 6: COLLABORATEURS

COORDINATION ET SECRÉTARIAT

- Hélène Fillion, Institut national de santé publique du Québec
- Manon Fiset, Agence de la santé publique du Canada
- Annie Lacoursière, Agence de la santé publique du Canada

LOGISTIQUE ET SITE WEB

- Robert Colarusso, IS Event Solutions
- Carole Laflamme, IS Event Solutions
- Isabel Stengler, IS Event Solutions
- Geneviève Tremblay, IS Event Solutions

COMMUNICATIONS

- Gillian Badger, Agence de la santé publique du Canada
- Irène Langis, Institut national de santé publique du Québec
- Kim Payette-Chapleau, Institut national de santé publique du Québec

ÉVALUATION

- Céline Farley, Institut national de santé publique du Québec
- Francesca Luconi, Centre for Continuing Health Professional Education, Université McGill
- Nicole Marois, Institut national de santé publique du Québec

COMPTE RENDU DES DÉLIBÉRATIONS

- James Paterson, Scientific Insights Consulting Group Inc.

ANNEXE 7: DOCUMENTATION DE RÉFÉRENCES

PRÉSENTATIONS POWERPOINT

Toutes les présentations PowerPoint enregistrées pour lesquelles nous avons obtenu l'autorisation de distribution du présentateur seront disponibles au plus tard le 8 juillet 2010 à l'adresse www.hpv2010.org/phw.

DOCUMENTATION DE L'ATELIER

Toute la documentation de l'atelier sera disponible au plus tard en septembre 2010 à l'adresse suivante : www.hpv2010.org/phw.

VOLET DÉPISTAGE

- Arbyn, M., A. Anttila, J. Jordan, G. Ronco, U. Schenck, N. Segnan *et coll.* « European Guidelines for Quality Assurance in Cervical Cancer Screening. Second edition--summary document », *Ann Oncol*, mars 2010, vol. 21, n° 3, pages 448 à 458.
- Castle, P.E., M. Sideri, J. Jeronimo, D. Solomon et M. Schiffman. « Risk assessment to guide the prevention of cervical cancer », *J Low Genit Tract Dis*, janv. 2008, vol. 12, n° 1, pages 1 à 7.
- Cuzick, J., C. Clavel, K.U. Petry, C.J. Meijer, H. Hoyer, S. Ratnam *et al.* « Overview of the European and North American studies on HPV testing in primary cervical cancer screening », *Int J Cancer*, 1^{er} sept. 2006, vol. 119, n° 5, pages 1095-1101.
- Cuzick, J., M. Arbyn, R. Sankaranarayanan, V. Tsu, G. Ronco, M.H. Mayrand *et coll.* « Overview of Human Papillomavirus-Based and Other Novel Options for Cervical Cancer Screening in Developed and Developing Countries », *Vaccine*, 19 août 2008; vol. 26, supplément n° 10, pages K29 à K41.
- Eltoun, I.A. et J. Roberson. « Impact of HPV testing, HPV vaccine development, and changing screening frequency on national Pap test volume: projections from the National Health Interview Survey (NHIS) », *Cancer*, 25 févr. 2007, vol. 111, n° 1, pages 34 à 40.
- Franco, E.L., S.M. Mahmud, J. Tota, A. Ferenczy et F. Coutlee. « The expected impact of HPV vaccination on the accuracy of cervical cancer screening: the need for a paradigm change », *Arch Med Res*, août 2009, vol. 40, n° 6, pages 478 à 485.
- Goldie, S.J., J.J. Kim et E. Myers. « Cost-effectiveness of cervical cancer screening », chapitres 1 à 9, *Vaccine*, 21 août 2006, vol. 24, supplément n° 3, pages S164 à S170. Publication électronique du 22 juin 2006, pages S164 à S170.
- Kitchener, H.C., P.E. Castle et J.T. Cox. « Chapter 7: Achievements and limitations of cervical cytology screening », *Vaccine*, 21 août 2006, vol. 24, supplément n° 3, pages S63 à S70.
- Kitchener, H.C., M. Almonte, C. Gilham, R. Dowie, B. Stoykova, A. Sargent *et coll.* « ARTISTIC: a randomised trial of human papillomavirus (HPV) testing in primary cervical screening », *Health Technol Assess*, nov. 2009, vol. 13, n° 51, pages 1 à iv.
- Kulasingam, S.L., R. Rajan, P.Y. St, C.V. Atwood, E.R. Myers et E.L. Franco. « Human papillomavirus testing with Pap triage for cervical cancer prevention in Canada : a cost-effectiveness analysis », *BMC Med*, 9 nov. 2009, vol. 7, n° 69, page 69.
- Leinonen, M., P. Nieminen, L. Kotaniemi-Talonen, N. Malila, J. Tarkkanen, P. Laurila *et coll.* « Age-Specific Evaluation of Primary Human Papillomavirus Screening vs Conventional Cytology in a Randomized Setting », *J Natl Cancer Inst*, 2 déc. 2009, vol. 101, n° 23, pages 1612 à 1623.
- Ogilvie, G., D. van Niekerk, M. Krajden, R. Martin, T. Ehlen, K. Ceballos *et coll.* « A randomized controlled trial of Human Papillomavirus (HPV) testing for cervical cancer screening: trial design and preliminary results (HPV FOCAL Trial) », *BMC Cancer*, 2010, vol. 10, n° 1, page 111.
- Sankaranarayanan, R., B.M. Nene, S.S. Shastri, K. Jayant, R. Muwonge, A.M. Budukh *et coll.* « HPV Screening for Cervical Cancer in Rural India », *N Engl J Med*, 2 avr. 2009, vol. 360, n° 14, pages 1385 à 1394.

- Saraiya, M., K.L. Irwin, L. Carlin, X. Chen, N. Jain, V. Benard *et coll.* « Cervical cancer screening and management practices among providers in the National Breast and Cervical Cancer Early Detection Program (NBCCEDP) », *Cancer*, 1^{er} sept. 2007, vol. 110, n° 5, pages 1024 à 1032.
- Stuart, G., G. Taylor, C.M. Bancej, J. Beaulac, T. Colgan, E.L. Franco *et coll.* « Report of the 2003 pan-Canadian forum on cervical cancer prevention and control », *J Obstet Gynaecol Can*, nov. 2004, vol. 26, n° 11, pages 1004 à 1028.

VOLET VACCINATION

- Erickson, L.J., P. De Wals et L. Farand. « An analytical framework for immunization programs in Canada », *Vaccine*, vol. 23, 2005, pages 2470 à 2476.

VOLET RECHERCHE, SURVEILLANCE ET ÉVALUATION

- Berkhof, J., V.M. Coupé, J.A. Bogaards, F.J. van Kemenade, T.J. Helmerhorst, P.J. Snijders et C.J. Meijer. « The health and economic effects of HPV DNA screening in The Netherlands ». *Int J Cancer*, 28 janv. 2010, [Publication électronique avant l'impression]
- Block, S.L., D.R. Brown, A. Chatterjee, M.A. Gold, H.L. Sings, A. Meibohm, A. Dana, R.M. Haupt, E. Barr, G.M. Tamms, H. Zhou et K.S. Reisinger. « Clinical trial and post-licensure safety profile of a prophylactic human papillomavirus (types 6, 11, 16, and 18) I1 virus-like particle vaccine », *Pediatr Infect Dis J*, févr. 2010, vol. 29, n° 2, pages 95 à 101.
- Canfell, K. « Monitoring HPV vaccination programmes », *BMJ*, 24 mars 2010, vol. 340, page c1666.
- Castle, P.E. et H.A. Katki. « Benefits and risks of HPV testing in cervical cancer screening », *Lancet Oncol*, mars 2010, vol. 11, n° 3, pages 214 et 215. Publication électronique du 18 janv. 2010.
- Cuschieri, K. « Should boys receive the human papillomavirus vaccine? No. », *BMJ*, 7 déc. 2009, vol. 339, page b4921.
- Cuzick, J., A. Castañón et P. Sasieni, « Predicted impact of vaccination against human papillomavirus 16/18 on cancer incidence and cervical abnormalities in women aged 20-29 in the UK », *Br J Cancer*, 2 mars 2010, vol. 102, n° 5, pages 933 à 939. Publication électronique du 26 janv. 2010.
- Fairley, C.K., J.S. Hocking, L.C. Gurrin, M.Y. Chen, B. Donovan et C.S. Bradshaw. « Rapid decline in presentations of genital warts after the implementation of a national quadrivalent human papillomavirus vaccination programme for young women », *Sex Transm Infect*, déc. 2009, vol. 85, n° 7, pages 499 à 502.
- Franco, E.L., S.M. Mahmud, J. Tota A. , Ferenczy et F. Coutlée. « The expected impact of HPV vaccination on the accuracy of cervical cancer screening: the need for a paradigm change », *Arch Med Res*, août 2009, vol. 40, n° 6, pages 478 à 485.
- Hibbitts, S. « Should boys receive the human papillomavirus vaccine? Yes », *BMJ*, 7 déc. 2009, vol. 339, page b4928.
- Kim, JJ et S.J. Goldie. « Cost effectiveness analysis of including boys in a human papillomavirus vaccination programme in the United States », *BMJ*, 8 oct. 2009, vol. 339, page b3884.
- Markowitz, L.E., S. Hariri, E.R. Unger, M. Saraiya, S.D. Datta et E.F. Dunne. « Post-licensure monitoring of HPV vaccine in the United States », *Vaccine*, 25 févr. 2010. [Publication électronique avant l'impression]
- Olsen, J. et M.R. Jepsen. « Human papillomavirus transmission and cost-effectiveness of introducing quadrivalent HPV vaccination in Denmark », *Int J Technol Assess Health Care*, avr. 2010, vol. 26, n° 2, pages 183 à 191.
- de Ona, M., M.E. Alvarez-Argüelles, M. Torrents, L. Villa, A. Rodriguez-Feijoo, A. Palacio, J.A. Boga, A. Tamargo et S. Melón. « Prevalence, evolution, and features of infection with human papillomavirus: a 15-year longitudinal study of routine screening of a women population in the north of Spain », *J Med Virol*, avr. 2010, vol. 82, n° 4, pages 597 à 604.

- Singh, A., T. Wong et R.I. Howlett. « Human papillomavirus vaccines: Why the time is right to implement immunization and surveillance programs in Canada », *Journal Canadien des maladies infectieuses et de la microbiologie médicale = The Canadian Journal of Infectious Diseases & Medical Microbiology*, juill. 2008, vol. 19, n° 4, pages 294 à 296.

VOLET PROMOTION DE LA SANTÉ ET ÉDUCATION

- Brabin, L., S.A. Roberts, F. Farzaneh et H.C. Kitchener. « Future acceptance of adolescent human papillomavirus vaccination: A survey of parental attitudes », *Vaccine*, 2006, vol. 24, pages 3087 à 3094.
- Brabin, L., S.A. Roberts et H.C. Kitchener. « A semi-qualitative study of attitudes to vaccinating adolescents against human papillomavirus without parental consent », *BMC Public Health*, juillet 2007.
- Brabin, L., S.A. Roberts, R. Stretch *et coll.* « Uptake of first two doses of human papillomavirus vaccine by adolescent schoolgirls in Manchester : Prospective cohort study », *BMJ*, 2008, vol. 336, pages 1056 à 1058.
- Brabin, L., S.A. Roberts, R. Stretch *et coll.* « A survey of adolescent experiences of human papillomavirus vaccination in the Manchester study », *Br J Cancer*, 2009, vol. 101, pages 1502 à 1504.
- Günther, O.P., G. Ogilvie, M. Naus *et coll.* « Protecting the next generation: What is the role of the duration of human papillomavirus vaccine-related immunity? », *J Infect Dis*, 2008, vol. 197, pages 1653 à 1661.
- Krajden, M., K. Karunakaran, S. So *et coll.* « Prevalence of Human Papillomavirus 16 and 18 Neutralizing Antibodies in Prenatal Women in British Columbia », *Clin Vaccin Immunol*, 2009, vol. 16, n° 12, pages 1840 à 1843.
- Moore, R.A., G. Ogilvie, D. Fornika *et coll.* « Prevalence and type distribution of human papillomavirus in 5,000 British Columbia women-implications for vaccination », *Cancer Causes Control*, 2009, pages 1 à 10.
- Ogilvie, G., M. Anderson, F. Marra, S. McNeil, K. Pielak *et coll.* « A Population-Based Evaluation of a Publicly Funded, School-Based HPV Vaccine Program in British Columbia, Canada : Parental Factors Associated with HPV Vaccine Receipt », *PLoS Med*, vol. 7, n° 5, 2010, pages 1 à 11.
- Ogilvie, G., M. Krajden, J. Maginley *et coll.* « Feasibility of self-collection of specimens for human papillomavirus testing in hard-to-reach women », *Journal de l'Association médicale canadienne = Canadian Medical Association Journal*, 2007, vol. 177, pages 480 à 483.
- Ogilvie, G.S., V.P. Remple, F. Marra *et coll.* « Intention of parents to have male children vaccinated with the human papillomavirus vaccine », *Sex Transm Infect*, 2008, vol. 84, pages 318 à 323.
- Ogilvie, G.S., V.P. Remple, F. Marra *et coll.* « Parental intention to have daughters receive the human papillomavirus vaccine », *Journal de l'Association médicale canadienne = Canadian Medical Association Journal*, 2007, vol. 177, pages 1506 à 1512.
- Ogilvie, G.S., E.A. Shaw, S.P. Lusk, J. Zazulak, J.A. Kac2orowski. « Access to colposcopy services for high-risk: Canadian women: Can we do better? » *La revue canadienne de santé publique = Canadian Journal of Public Health*, 2004, vol. 95, pages 346 à 351.
- Stretch, R., R. McCann, S.A. Roberts, P. Elton, D. Baxter et L. Brabin. « A qualitative study to assess school nurses' views on vaccinating 12-13 year old school girls against human papillomavirus without parental consent », *BMC Public Health*, sept. 2009, vol. 9.
- Stretch, R., S.A. Roberts, R. McCann *et coll.* « Parental attitudes and information needs in an adolescent HPV vaccination programme ». *Br J Cancer*, 2008, vol. 99, pages 1908 à 1911.
- Vallely, L.A., S.A. Roberts, H.C. Kitchener et L. Brabin. « Informing adolescents about human papillomavirus vaccination: What will-parents allow? », *Vaccine*, 2008, vol. 26, pages 2203 à 2210.
- Organisation mondiale de la santé, *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*, Ottawa (Canada), 1986. Adoptée lors d'une conférence internationale sur la promotion de la santé. Disponible en ligne au : <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>, consulté le 19 mai 2010.

