

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2016

N°

T H E S E

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

DES de Santé Publique et Médecine Sociale

par

Nathalie BOUNIOLS
née le 1^{er} novembre 1987 à Toulouse

Présentée et soutenue publiquement le 17 novembre 2016

ÉVALUATION DE L'IMPLANTATION DU PROGRAMME DE VACCINATION CONTRE LES
PAPILLOMAVIRUS HUMAINS ORGANISE EN MILIEU SCOLAIRE
EN NOUVELLE-CALEDONIE

Président : Madame le Professeur Leïla MORET
Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Bernard ROUCHON
Membres du jury : Monsieur le Professeur David BOUTOILLE
Monsieur le Professeur Lionel GORONFLOT
Madame le Docteur Julie COUTHERUT
Monsieur le Docteur Jean-Michel NGUYEN

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2016

N°

T H E S E

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

DES de Santé Publique et Médecine Sociale

par

Nathalie BOUNIOLS
née le 1^{er} novembre 1987 à Toulouse

Présentée et soutenue publiquement le 17 novembre 2016

ÉVALUATION DE L'IMPLANTATION DU PROGRAMME DE VACCINATION CONTRE LES
PAPILLOMAVIRUS HUMAINS ORGANISÉ EN MILIEU SCOLAIRE
EN NOUVELLE-CALÉDONIE

Président : Madame le Professeur Leïla MORET
Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Bernard ROUCHON
Membres du jury : Monsieur le Professeur David BOUTOILLE
Monsieur le Professeur Lionel GORONFLOT
Madame le Docteur Julie COUTHERUT
Monsieur le Docteur Jean-Michel NGUYEN

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

Remerciements

Madame le Professeur Leïla MORET

Je suis sensible à l'honneur que vous me faites d'assurer la présidence du jury. Veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect. Merci également pour votre grande disponibilité et vos conseils précieux tout au long de mon internat. J'ai beaucoup appris à vos côtés.

Monsieur le Docteur Bernard ROUCHON

Je te remercie grandement d'avoir accepté de diriger ce travail et de m'y avoir accompagné dans sa réalisation. Merci pour ton accueil, ta grande disponibilité et ta relecture attentive. Sois assuré de ma sincère reconnaissance.

Monsieur le Professeur David BOUTOILLE

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de juger ce travail. Je vous remercie de l'intérêt que vous y avez porté et vous assure de ma sincère reconnaissance.

Madame le Docteur Julie COUTHERUT

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Soyez assuré de ma sincère gratitude.

Monsieur le Professeur Lionel GORONFLOT

Vous avez accepté avec plaisir de siéger comme juge, je vous en suis très reconnaissante.

Monsieur le Docteur Jean-Michel NGUYEN

Je vous remercie d'avoir accepté d'être membre de mon jury et de m'accompagner dans ce travail. Soyez assuré de mon profond respect.

Au Docteur Brice Leclère, merci pour ton accompagnement précieux tout au long de mon internat, ton œil méthodologique, ta clairvoyance, ta pédagogie et ta grande disponibilité.

Un grand merci à l'ensemble de l'équipe de l'Agence sanitaire et sociale de la Nouvelle-Calédonie, je n'aurais pu rêver d'un accueil plus chaleureux sur le caillou. Merci à Sonia et Loïc pour votre disponibilité et votre gentillesse.

Au Docteur Yvan Souarès, merci pour tes conseils très formateurs, ta pédagogie ainsi que de manière générale, ton analyse pointue des questions de santé publique.

Merci à l'ensemble des partenaires professionnels du programme de vaccination qui ont pris le temps de répondre aux entretiens et questionnaires : médecins et autres professionnels du Vice-Rectorat, de la DPASS province Sud, de la DASSPS province Nord, de la DACAS province des Iles Loyauté, des trois directions confessionnelles, médecins et pharmaciens de la DASS-NC, membre du Gouvernement chargée d'animer et de contrôler le secteur de la santé, de la jeunesse et des sports, gynécologues du comité de pilotage, association de parents d'élèves UGPE, Pharmagence ; médecins et IDE de l'équipe mobile de vaccination et des dispensaires, infirmiers scolaires et référents intra-établissement du programme ; directeur de l'Institut Pasteur, assistante sociale du vice-rectorat, maison Gabriel Poedi, Institut Spécialisé Autisme Les Lucioles.

Merci à l'ensemble des équipes que j'ai côtoyées lors de mon internat, aux côtés desquelles j'ai beaucoup appris, qui m'ont fait découvrir les multiples facettes de cette riche mosaïque qu'est la santé publique et adorer cette spécialité. Merci à l'équipe de l'IREPS et au Docteur Patrick Lamour.

Enfin et surtout, ce travail dédié aux collégiennes et futures jeunes femmes de Nouvelle-Calédonie vise à permettre, de façon très modeste et sur du long terme, de contribuer à leur bien-être et leur santé sexuelle.

À mon frère, merci d'éclairer mon chemin et de m'inspirer. Merci pour notre complicité.

À mes parents, sans qui je n'en serais pas là aujourd'hui. Merci pour tout. Merci de m'avoir accompagnée, supportée parfois et soutenue à chaque étape de ma vie. Merci d'être vous.

À mes grands-parents, à ma grand-mère, merci de m'avoir transmis tout ce bel et riche héritage.

À mon oncle, ma tante, ma cousine et Sofiane, merci pour votre présence si importante à mes côtés tout au long de ma vie.

À mes amis Toulousains, Jonathan et Maïlys, merci pour toutes ces années de joie partagée. Merci pour notre amitié irremplaçable.

À mes amies Nantaises, Sara, Irina et Anaïs, sans qui la vie à Nantes n'aurait pas eu la même saveur. Merci pour notre précieuse amitié.

À mes amis dispersés en France et en Europe, Marine, David, Sarah, Pauline, Mustapha, Marielle, Hélène, Solène, Ana, Viola, Lucie, Ferial, Lola, Violaine. Merci pour notre amitié et tous ces moments que l'on partage.

À mes belles rencontres en Nouvelle-Calédonie, avec lesquelles j'ai eu la chance de découvrir ce territoire exceptionnel et qui ont rendu cette expérience extrêmement riche et lumineuse ! Caro, Nico, l'équipe du motel, Marie, Clothilde, Camille, Xavier, Vanina, Justine et Ludo, leur petite nouméenne Juliette, Tanguy et Jean-Marc.

À mes cointernes nantais Simon, Babapimp, Steph37, Marie-Laure, Léa, Stéphanie, Lucie. Merci à toi Lise pour ton aide précieuse de livraison de thèse.

Au Broks, sans qui je n'aurais probablement jamais vécu cette expérience incroyable sur le caillou.

À tous les autres, dont la Banda Momo avec qui nous avons partagé de merveilleux moments.

ÉVALUATION DE L'IMPLANTATION DU PROGRAMME DE VACCINATION CONTRE LES
PAPILLOMAVIRUS HUMAINS ORGANISÉ EN MILIEU SCOLAIRE
EN NOUVELLE-CALÉDONIE

RÉSUMÉ

Un programme de vaccination anti-HPV en milieu scolaire a été mis en place en Nouvelle-Calédonie en 2015. L'objectif du travail était d'évaluer la première campagne (schéma vaccinal complet de deux doses) afin d'en identifier les freins et les leviers potentiels et d'apporter des recommandations d'amélioration. En 2016, une méthodologie mixte a été employée, avec entretiens, étude d'opinion, questionnaire aux professionnels et analyse des documents du programme. Six critères d'évaluation ont été analysés : couverture vaccinale, faisabilité, communication, acceptabilité, suivi, coût. Sur un public-cible de 1955 filles, 42 % ont été vaccinées, après accord parental indispensable. Le programme a permis une économie de 95 euros par fille vaccinée. Malgré l'intervention des lobbies antivaccinaux, cette première campagne a permis de multiplier par presque 10 le taux global de couverture vaccinale du public-cible, avec une efficacité supérieure à celle de la vaccination opportuniste, tout en la proposant de manière plus égalitaire.

MOTS-CLES

PROGRAMME DE VACCINATION, EVALUATION DE PROGRAMME, VACCINS ANTIPAPILLOMAVIRUS, CANCER DU
COL DE L'UTERUS, POLITIQUE VACCINALE,
MILIEU SCOLAIRE, NOUVELLE-CALÉDONIE

ASSESSMENT OF THE IMPLEMENTATION OF AN HPV IMMUNISATION PROGRAM IN
SECONDARY SCHOOLS IN NEW-CALEDONIA

ABSTRACT

An HPV immunization program was introduced in secondary schools in New Caledonia in 2015. The objective of the present study was to evaluate the first HPV vaccination campaign (full course of two doses) to identify actual obstacles and potential leverages, and to make recommendations for improvement. In 2016, a mixed methodology was used to conduct the evaluation, based on individuals' interviews, opinions' research, questionnaires administered to professionals and programme's documents' review. Six evaluation criteria were analyzed: vaccination coverage, feasibility, communication, acceptability, follow-up activities and costs. Over a target population of 1,955 12 year-old girls, 42 % were vaccinated with the required parental agreement. Compare to opportunistic vaccination, this program enabled a saving of 95 euros per vaccinated girl. Despite the anti-vaccine lobbies, this first campaign increased by almost 10 fold the overall vaccination coverage of the target population, with a higher efficiency and equity than opportunistic vaccination.

KEY WORDS

VACCINATION PROGRAM, PROGRAM ASSESSMENT, ANTIPAPILLOMAVIRUS VACCINE, CERVICAL CANCER,
VACCINATION POLICY,
SCHOOL ENVIRONMENT, NEW-CALEDONIA

Table des matières

1. CONTEXTE	14
1.1. Présentation générale de la Nouvelle-Calédonie	14
1.1.1. Géographie.....	14
1.1.2. Histoire	16
1.1.3. Politique et institutions publiques	18
1.1.4. Économie	19
1.1.5. Population	20
1.1.6. Situation sanitaire et sociale.....	22
1.2. Cancer du col de l'utérus	30
1.2.1. Papillomavirus humains.....	30
1.2.2. Rappels cliniques et histologiques	30
1.2.3. Données épidémiologiques en Nouvelle-Calédonie	32
1.2.4. Traitements curatifs	34
1.2.5. Dépistage	34
1.2.6. Vaccination	35
1.3. Situation en Nouvelle-Calédonie	38
1.3.1. Historique des stratégies de prévention du cancer du col et rationalisation en termes de santé publique...	38
1.3.2. Acceptabilité de la vaccination	40
1.4. Situation en Océanie, en France métropolitaine et à l'international	42
2. METHODES	44
2.1. Justification	45
2.2. Cadre de référence	45
2.3. Commanditaire	45
2.4. Effecteur	46
2.5. Finalité	46
2.6. But et objectifs	46
2.7. Critères d'évaluation et questions évaluatives	47
2.8. Données recueillies (indicateurs)	48
2.9. Outils de recueil	48
2.9.1. Réalisation d'enquêtes	48
2.9.2. Analyse de documents	49
2.10. Analyses des résultats	50
2.11. Méthodologie spécifique de chaque outil de recueil	50
2.11.1. Réalisation d'enquêtes	50
2.11.2. Analyse de documents	53

2.12.	Méthodologie spécifique à chaque critère	54
2.13.	Communication des résultats	59
2.14.	Aspects éthiques et légaux	60
2.15.	Calendrier	60
3.	RESULTATS.....	62
3.1.	Description du programme évalué	62
3.1.1.	Enseignement secondaire en Nouvelle-Calédonie	66
3.2.	Couverture vaccinale.....	68
3.2.1.	Niveau de couverture vaccinale	70
3.2.2.	Augmentation de couverture vaccinale	73
3.2.3.	Identification des filles de 12 ans en dehors du public-cible	75
3.3.	Faisabilité.....	78
3.3.1.	Collaboration	78
3.3.2.	Système de la chaîne du froid	90
3.3.3.	Identification de la population cible.....	100
3.3.4.	Perte vaccinale	101
3.3.5.	Logistique	103
3.4.	Communication	104
3.4.1.	Communication auprès du public	104
3.4.2.	Communication auprès des professionnels	110
3.4.3.	Une demande d'information à destination des parents	111
3.5.	Acceptabilité	116
3.5.1.	Niveau d'adhésion	116
3.5.2.	Raisons de refuser la vaccination HPV	123
3.5.3.	Niveau d'influence des mouvements antivaccinaux	128
3.6.	Suivi	132
3.6.1.	Schéma vaccinal complet.....	132
3.6.2.	Suivi des évènements indésirables post-vaccinaux	132
3.6.3.	Suivi de l'efficacité vaccinale	135
3.7.	Coût.....	138
3.7.1.	Coût de la première campagne de vaccination organisée (mesure)	139
3.7.2.	Coût de la vaccination opportuniste (estimation).....	141
3.7.3.	Comparaison du coût des deux stratégies	144
4.	DISCUSSION.....	146
4.1.	Couverture vaccinale.....	146
4.1.1.	Niveau de couverture vaccinale	146
4.1.2.	Augmentation de couverture vaccinale	146
4.1.3.	Identification des filles de 12 ans en dehors du public-cible	146
4.2.	Faisabilité.....	149
4.2.1.	Collaboration	149
4.2.2.	Système de la chaîne du froid	153

4.2.3.	Identification de la population-cible	156
4.2.4.	Perte vaccinale	157
4.2.5.	Logistique	157
4.3.	Communication	159
4.4.	Acceptabilité	163
4.5.	Suivi	165
4.5.1.	Schéma vaccinal complet.....	165
4.5.2.	Suivi des évènements indésirables post-vaccinaux	165
4.5.3.	Suivi de l'efficacité vaccinale	166
4.6.	Coût.....	167
4.7.	Discussion générale	168
4.7.1.	Points complémentaires de discussion	168
4.7.2.	Discussion de la méthodologie	182
5.	CONCLUSION	192
6.	ANNEXES	200
6.1.	Abréviations.....	200
6.2.	Figures et tableaux.....	201
6.3.	Définitions et synonymes	203
6.4.	Article 14 de la délibération N°45/CP du 20 avril 2011.....	205
6.5.	Exemple de compte-rendu et diaporama de réunion de COPIL.....	206
6.6.	Outils de communication	211
6.7.	Tableau récapitulatif de la méthodologie d'évaluation	227
6.8.	Outils de recueil	234
6.9.	Mesures spécifiques mises en place pour assurer le respect de la chaîne du froid (2800 doses).....	236
6.10.	Estimation du niveau de probabilité de perte vaccinale pour chacune des raisons de perte décrites par l'OMS 236	
6.11.	Étude d'opinion en population générale sur la vaccination en Nouvelle-Calédonie (décembre 2015)	238
6.12.	Détails de l'analyse de coûts	254
6.13.	Mouvements antivaccinaux	255
6.14.	Fiche de déclaration d'effets indésirable susceptible d'être dû à un médicament (DASS-NC).....	263
7.	REFERENCES	264

1. Contexte

1.1. Présentation générale de la Nouvelle-Calédonie

1.1.1. Géographie

Les informations contenues dans ce chapitre proviennent de l'Institut de la statistique et des études économiques (ISEE) (1) et de la Maison de la Nouvelle-Calédonie (2).

La Nouvelle-Calédonie est un archipel situé dans l'océan Pacifique, à 18 000 km de la France métropolitaine, 1 500 km à l'est de l'Australie et 1 800 km au nord-est de la Nouvelle-Zélande, au nord du Tropique du Capricorne.

La Nouvelle-Calédonie s'inscrit dans le grand ensemble de la Mélanésie (Papouasie - Nouvelle-Guinée, Îles Salomon, Vanuatu, Fidji, Nouvelle-Calédonie). La Mélanésie constitue, avec l'Australie, la Nouvelle-Zélande, la Micronésie et la Polynésie, l'Océanie.

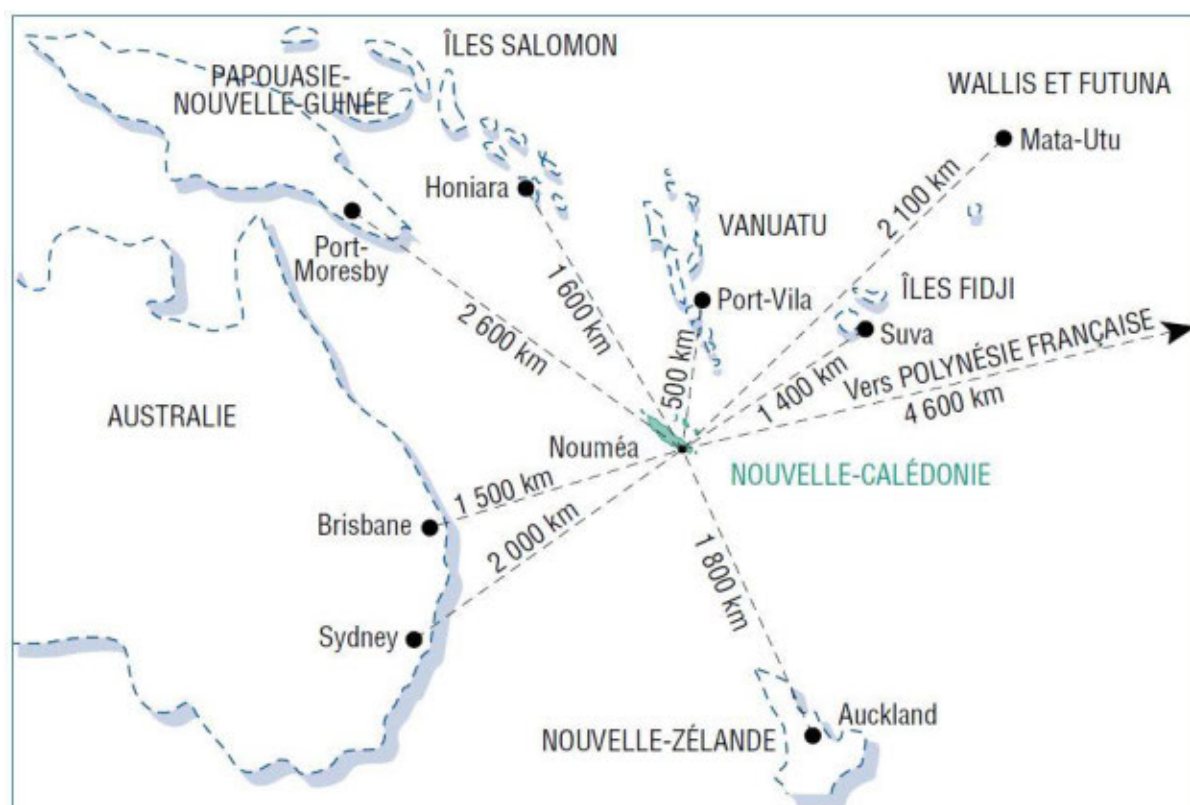


Figure 1 : Situation géographique de la Nouvelle-Calédonie

Avec ses 18 545 km², la Nouvelle-Calédonie est le deuxième plus grand territoire français d'outre-mer après la Guyane.

Le lagon calédonien est un des plus grands lagons du monde. D'une surface de 24 000 km², il est ceinturé par une barrière de corail d'une longueur de 1 600 km, située entre 10 et 50 km des terres. 15 000 km² répartis en six sites ont été classés au patrimoine mondial de l'UNESCO en 2008.

Le territoire bénéficie d'un climat subtropical. Les températures moyennes sont élevées et l'humidité importante. L'année se partage en deux saisons. On parle de saison chaude pour la période comprise entre septembre et mars, avec des températures avoisinant les 27°C à 30°C. Elle correspond également à la période des cyclones. Pour la période d'avril à août, on parle de saison fraîche avec des températures moyennes de 20 à 23°C.

La Nouvelle-Calédonie se compose de la Grande-Terre, des îles Loyauté et dépendances, de l'île des Pins, de l'archipel des Belep et des Chesterfield. L'île principale communément appelée Grande Terre d'environ 400 km de long sur 50 km de large et couvrant une superficie de 16 374 km² soit 90 % du territoire, est l'île la plus étendue et la plus peuplée de l'archipel néo-calédonien. Elle est prolongée au nord par les îles Belep et au sud par l'île des Pins. Elle est parcourue sur toute sa longueur par une chaîne montagneuse dont le point culminant s'élève à 1 628 mètres. Les îles Loyauté sont quant à elles situées à une centaine de kilomètres à l'est. Elles représentent 10 % de la superficie totale du territoire et correspondent à Lifou, la plus vaste et légèrement plus étendue que la Martinique, Maré, Ouvéa et Tiga. Plus loin au nord-ouest de toutes petites îles correspondent à l'archipel des îles Chesterfield et les récifs de Bellone.

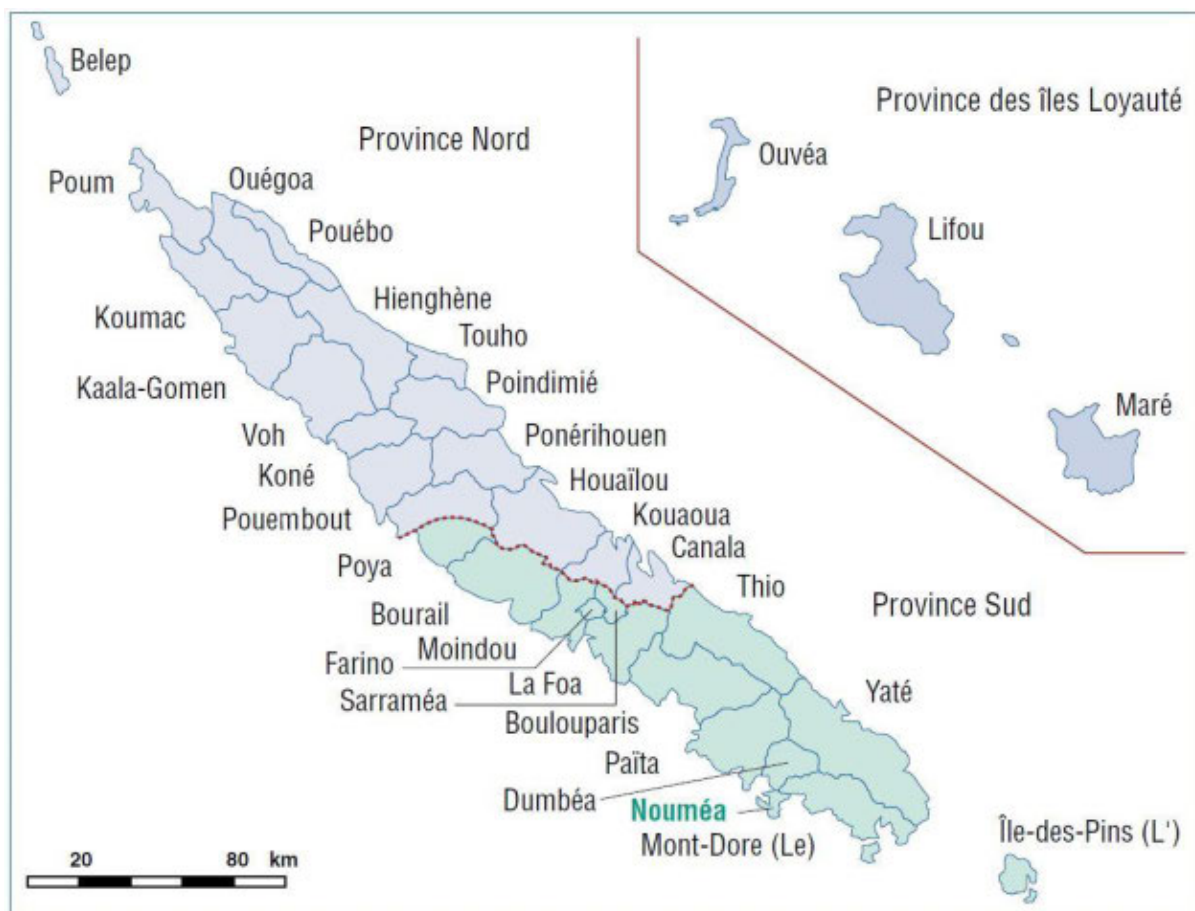


Figure 2 : Provinces et communes de la Nouvelle-Calédonie

Elle est découpée en trois provinces : la province Sud étendue sur une surface de 7 012 km², la province Nord, la plus étendue sur 9 583 km² et la province des Iles Loyauté sur 1 981 km².

On compte 33 communes réparties sur l'ensemble du territoire, 13 dans le Sud, 16 dans le Nord, 3 dans les îles Loyauté et une à cheval entre le Nord et le Sud. Nouméa en province Sud est la capitale ou chef-lieu de Nouvelle-Calédonie. (Figure 6)

Les aires coutumières sont des subdivisions différentes de celles administratives. Au nombre de huit, elles sont représentées chacune par un Conseil coutumier et sont compétentes pour les affaires de droit coutumier, les terres coutumières et les questions relatives aux langues et à la culture kanak.

1.1.2. Histoire

Les données contenues dans ce chapitre proviennent de la Maison de la Nouvelle-Calédonie (2).

Les premières traces de peuplement humain sont attestées sur les littoraux aux environs de 1100 avant J.-C. Ces sociétés, arrivées par l'Est de l'Asie appartiennent à la civilisation du Lapita, qui s'étend sur toute une partie du Pacifique Sud. Certains aspects de la tradition kanak, comme le respect de la coutume, sont nés à cette époque lointaine.

En 1774, l'anglais James Cook accoste au Nord de la Grande Terre et marque ainsi la découverte européenne de l'île et le début de la colonisation. L'archipel, qu'il baptise « Nouvelle-Calédonie » accueillera rapidement les premiers échanges entre autochtones et visiteurs (santaliers, missionnaires protestants et catholiques...).

En 1863, Napoléon III prend possession du territoire au nom de la France, le destinant dix ans plus tard à devenir une colonie pénitentiaire. Durant trente-quatre ans, y seront déportés condamnés de droit commun ou politiques, comme Louise Michel, révolutionnaire pendant « la Commune ». L'installation du bagne va de pair avec une expulsion accrue des populations kanak de leurs terres. Deux grandes révoltes kanak en 1878 et 1914 sont durement réprimées.

À la fin du XIXe siècle, d'importantes richesses minières sont révélées et les premiers immigrants asiatiques viennent travailler à leur exploitation. Lors de la seconde guerre mondiale, la Nouvelle-Calédonie assume un rôle stratégique. À la fois centre du commandement interallié dans la région du pacifique sud et rôle de porte-avion des Etats-Unis, la Nouvelle-Calédonie accueille plus d'un million d'américains en quatre ans. L'impact sur les infrastructures et les modes de vie est considérable.

La Nouvelle-Calédonie entre dans une période industrielle effrénée lors du boom du nickel (1968-1971). Mais l'arrivée massive de nouveaux immigrants, ajoutée aux nouvelles distributions politiques et économiques accentue les déséquilibres entre les communautés. Au cours des années 1980, il existe une explosion de violence. La période dite « des événements » déchire le territoire.

En 1988, les accords de Matignon-Oudinot ont permis de rétablir la paix civile et d'engager la Nouvelle-Calédonie dans une nouvelle phase de développement caractérisée par le partage des responsabilités entre les indépendantistes et les non-indépendantistes. Ils instaurent une politique de rééquilibrage, avec la création des trois Provinces et une reconnaissance officielle du peuple kanak. Ils sont signés entre les partis indépendantiste, non-indépendantiste et l'État français.

En 1998, ces accords se prolongent avec la signature de l'accord de Nouméa, une solution consensuelle a été négociée entre les indépendantistes, les non-indépendantistes et l'État. Ratifié par 72 % des Calédoniens lors d'un référendum, il crée un Gouvernement collégial du pays à côté des trois Provinces : c'est l'assurance que les deux grandes légitimités politiques travaillent ensemble.

Dans le dernier mandat de l'accord de Nouméa, il est prévu d'organiser, entre 2014 et 2018, un référendum sur l'accession à la pleine souveraineté. En vertu du gel du corps électoral, seules seront consultées les personnes justifiant de vingt ans de résidence sur le territoire. L'accord de Nouméa organise l'émancipation de la Nouvelle-Calédonie au travers d'un partage de souveraineté avec la France. Dans ce cadre, l'État transfère des compétences majeures à la Nouvelle-Calédonie, de manière progressive mais irréversible. Au terme de l'accord, en 2014, seules les compétences régaliennes (monnaie, justice, ordre public, défense, relations étrangères) devraient encore être exercées par l'État.

L'accord de Nouméa prévoit de nombreuses innovations juridiques :

- des lois du pays : certaines délibérations du Congrès ont le caractère de loi et de cette façon ne peuvent être contestées que devant le Conseil constitutionnel.
- un Gouvernement collégial : l'Exécutif de la Nouvelle-Calédonie n'est plus assuré par l'État mais par un gouvernement collégial élu par le Congrès, responsable devant lui et composé à la proportionnelle des groupes politiques siégeant au sein de l'assemblée.
- un Sénat coutumier : cette institution nouvellement créée est obligatoirement saisie des projets de loi du pays et de délibération lorsqu'ils concernent l'identité kanake.
- des signes identitaires : nom du pays, drapeau, hymne, devise et graphisme des billets de banque, doivent permettre « d'exprimer l'identité kanak et le futur partagé entre tous ».
- la promotion de l'emploi local : la loi du pays prévoit des conditions de recrutement favorisant les personnes installées en Nouvelle-Calédonie depuis plusieurs années.

Le nouvel enjeu devient la construction d'un destin commun pour rendre le retour à la paix définitif et asseoir la citoyenneté calédonienne.

1.1.3. Politique et institutions publiques

Les informations contenues dans ce chapitre proviennent du site du Gouvernement de la Nouvelle-Calédonie (3).

La Nouvelle-Calédonie est une collectivité d'outre-mer à statut particulier. Son statut unique résulte de l'accord de Nouméa (5 mai 1998), approuvé lors de la consultation électorale du 8 novembre 1998. La loi organique n° 99-209 du 19 mars 1999 fixe le cadre dans lequel s'inscrit l'évolution institutionnelle de la Nouvelle-Calédonie pour vingt ans.

En Nouvelle-Calédonie, l'État est compétent dans les matières énumérées limitativement par l'article 21 de la loi organique et notamment le contrôle de l'immigration et des étrangers, la monnaie, le Trésor, les changes, la défense nationale, la justice, la fonction publique de l'État, le maintien de l'ordre et l'enseignement supérieur et la recherche.

Le haut-commissaire de la République est dépositaire des pouvoirs de la République et représente le Gouvernement. La Nouvelle-Calédonie est représentée au Parlement et au Conseil économique et social de la République dans les conditions fixées par les lois organiques.

Le Congrès de la Nouvelle-Calédonie est formé par la réunion d'une partie des membres des 3 assemblées de provinces (respectivement 32 membres, 15 membres et 7 membres), soit 54 membres.

Le gouvernement de la Nouvelle-Calédonie est élu par le congrès pour une durée de 5 ans, c'est l'exécutif de la Nouvelle-Calédonie.

Le Sénat coutumier, les conseils coutumiers et le Conseil économique, social et environnemental (CESE) constituent les autres institutions de la Nouvelle-Calédonie. Les deux premières sont consultées sur les textes relatifs à l'identité kanak et le CESE sur les sujets économiques, sociaux et culturels.

Les trois provinces Sud, Nord et îles Loyauté sont constituées en assemblées de provinces (respectivement 40 membres, 22 membres et 14 membres) et sont élues au suffrage universel pour une durée de 5 ans.

Les provinces et les communes de la Nouvelle-Calédonie sont des collectivités territoriales de la République. Elles s'administrent librement par des assemblées élues au suffrage universel direct.



Figure 3 : Politique et institutions publiques de la Nouvelle-Calédonie

La Nouvelle-Calédonie est compétente en matière d'hygiène, de santé publique, de couverture sociale et d'aides sociales depuis 1957. L'accord de Nouméa et la loi organique du 19 mars 1999 ont conforté cette compétence. Ainsi, la Nouvelle-Calédonie a la capacité de décider de sa politique vaccinale propre.

1.1.4. Économie

La Nouvelle-Calédonie compte 25 % des ressources mondiales en nickel. Le minerai lie son histoire récente à celle du pays entier. Familièrement dénommé « or vert » et dont la présence a été découverte en 1864 par Jules Garnier, il a été à l'origine de vagues de travailleurs immigrés qui se sont succédées. Aujourd'hui, deux usines extraient nickel et cobalt dans le Sud. L'usine du Nord - dont la Province Nord à majorité indépendantiste, participe au capital à hauteur de 51 %, va entrer en production prochainement.

Le secteur des services représente le tiers des emplois et les trois-quarts de la richesse de la Nouvelle-Calédonie. Un tourisme au plus proche de la nature est développé et les visiteurs sont majoritairement métropolitains et japonais.

La Nouvelle-Calédonie est également une terre d'agriculture et d'élevage principalement bovin. La crevette constitue désormais le deuxième produit exporté, derrière le nickel.

En 2014, le PIB par habitant de la Nouvelle-Calédonie s'élève à 3,5 millions de FCFP soit environ 29 300 euros. C'est le plus élevé parmi ceux des collectivités d'Outre-Mer. A titre de comparaison le PIB par habitant est de 39 900 euros en France en 2014 (4).

L'indicateur de développement humain (IDH) permet de classer les pays en tenant compte de leur richesse (PIB par habitant), mais aussi de leur niveau d'éducation (niveau d'instruction) et de santé (espérance de vie à la naissance). La Nouvelle-Calédonie se classe en 34ème position sur 177 pays, derrière l'Australie, la France et la Nouvelle-Zélande, mais devant les autres états insulaires de la région.

	Rang mondial (sur 177 pays)
Australie	3
France	10
Nouvelle-Zélande	19
Martinique	23
Nouvelle-Calédonie	34
Polynésie française	42
Fidji	92
Vanuatu	120
Papouasie Nouvelle-Guinée	145

Tableau 1 : Rang mondial d'indicateur de développement humain de différents pays (source CETOM 2007)

1.1.5. Population

Les informations contenues dans ce chapitre proviennent de l'ISEE (1).

En 2014, le recensement de la population a dénombré 268 727 habitants en Nouvelle-Calédonie, soit 23 200 habitants de plus qu'en 2009. La densité moyenne de la population est de 14 habitants par km² et très inégalement répartie sur le territoire. En effet, en 2014 la province Sud regroupe 74,4 % de la population calédonienne, les provinces Nord et des Iles respectivement 18,8 % et 6,8 %. Ainsi, en 2012, trois Calédoniens sur quatre vivent en province Sud et deux sur trois dans la zone urbaine du Grand Nouméa.

Il existe une multiculturalité importante en Nouvelle-Calédonie avec trois communautés d'appartenance majoritaires.

En 2009, les Mélanésiens ou Kanak, représentaient 40,3 % de la population. En 2014 ils étaient largement majoritaires dans la province des Iles (94 %) et dans la province Nord (70,5 %) et représentaient 26,1 % de la population dans la province Sud. Le mode de vie mélanésien a conservé une grande partie de son authenticité et reste très marqué par la « coutume » qui fonde ses règles sociales ainsi que son organisation politique et institutionnelle. La société Kanak est structurée autour d'une organisation coutumière propre dont le clan est la base. Les clans se réunissent en tribus, au sein de districts coutumiers, eux-mêmes regroupés en aires coutumières. Le territoire calédonien est découpé en 341 tribus correspondant à 250 chefs et à 38 grands chefs. La société mélanésienne obéit historiquement à un principe communautaire : le collectif prime sur l'individuel.

Les Européens sont la deuxième communauté d'appartenance en Nouvelle-Calédonie et représentent 29,2 % de la population. Ils sont majoritairement installés en province Sud. Ils se répartissent en deux groupes :

- les descendants des premiers colons Européens arrivés à la fin du XIX^{ème} siècle et des anciens bagnards et encadrants, familièrement surnommés « Caldoches ». Ils sont généralement installés dans les communes de la côte ouest en tant que propriétaires terriens, ainsi qu'à Nouméa où ils sont généralement commerçants, salariés ou fonctionnaires.

- les métropolitains arrivés récemment pour un séjour de quelques années ou pour s'établir définitivement, sont appelés « métropolitains », ou plus péjorativement « zoreilles ». Ils sont le plus souvent fonctionnaires, gendarmes, instituteurs, cadres, techniciens, les services et l'industrie du territoire. Ils sont installés en très grande majorité en province Sud, plus particulièrement dans le secteur du Grand Nouméa.

Les Wallisiens et Futuniens, avec 8,7 % de la population en 2009, constituent la troisième communauté d'appartenance sur le territoire calédonien. Leur arrivée, qui répondait au préalable à une logique d'immigration économique dans les années 1950, s'est progressivement transformée en peuplement durable avec le regroupement familial. Désormais, les Wallisiens et Futuniens sont plus nombreux en Nouvelle-Calédonie que sur leur archipel d'origine. Ils habitent principalement dans le Grand Nouméa.

Enfin, les autres communautés d'appartenance peuplant la Nouvelle-Calédonie sont le plus souvent originaires d'Asie ou d'Océanie et représentent 7,3 % de la population totale : Tahitiens, Indonésiens, Vietnamiens, Ni-Vanuatu... Ils sont issus des vagues d'immigration minières ayant débuté à la fin du XIX^{ème} siècle.

Concernant les langues, le français est la langue officielle en Nouvelle-Calédonie et parlée par tous. On compte également 28 langues vernaculaires, de tradition orale et parlées dans des régions bien déterminées géographiquement, sans prédominance de l'une d'entre elles sur les autres.

En ce qui concerne les religions, très présentes en Nouvelle-Calédonie, la population mélanésienne se partage à égalité entre protestantisme et catholicisme, alors que les Européens pratiquants sont en très grande majorité catholiques. La pratique religieuse chrétienne est parfois mêlée à diverses croyances ancestrales (culte des ancêtres, observance de tabous, respect des totems).

1.1.6. Situation sanitaire et sociale

Les informations présentées ici proviennent de l'ISEE (1), de la Direction des affaires sanitaires et sociales de la Nouvelle-Calédonie (5), de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) (6) et de l'Agence sanitaire et sociale de la Nouvelle-Calédonie (7).

1.1.6.1. État de santé de la population

Le taux de mortalité infantile est de 3,9 ‰ en Nouvelle-Calédonie (1) et de 3,3 ‰ en France métropolitaine en 2012.

Bien qu'en baisse, le taux de natalité (17 ‰ en 2012) reste élevé et largement supérieur à celui de la métropole (12,6‰ en 2012). Le taux de mortalité se situe quant à lui à 5,1‰ en 2012, plaçant la Nouvelle-Calédonie parmi les pays ayant le taux de mortalité le plus faibles des îles du Pacifique et inférieur également à celui retrouvé en France métropolitaine (8,7 ‰ en 2012).

L'espérance de vie à la naissance est de 77,1 ans tous sexes confondus en 2012 (74 ans pour les hommes et 80,4 ans pour les femmes).

Les principales causes de mortalité en Nouvelle-Calédonie sont représentées par les tumeurs (28,8 % des décès ; n=405 en 2014) et les maladies de l'appareil circulatoire (20,3 % des décès soit n=282) en 2014.

Il existe d'autres problèmes de santé publique majeurs qui constituent des causes de morbidité importante en Nouvelle-Calédonie : surpoids et obésité, diabète, hypertension artérielle, BPCO, addictions (alcool, cannabis, tabac), rhumatisme articulaire aigu, infections sexuellement transmissibles.

1.1.6.2. Organisation du système de santé et de protection sociale

La Nouvelle-Calédonie est compétente en matière d'hygiène, de santé publique, de couverture sociale et d'aides sociales depuis 1957. L'accord de Nouméa et la loi organique du 19 mars 1999 ont conforté cette compétence. Plus précisément, c'est le Congrès de la Nouvelle-Calédonie qui intervient dans ce domaine : les principes fondamentaux de la sécurité sociale sont adoptés par des lois du pays, les autres règles sont adoptées par délibération. Les provinces peuvent, par délégation du congrès, adapter et appliquer la réglementation en matière d'hygiène publique, de santé et de protection sociale (art. 47 de la loi organique de 1999).

1.1.6.2.1. Système de protection sociale

- En matière de sécurité sociale :

Conformément à son statut, la Nouvelle-Calédonie est compétente en matière de protection sociale (article 22-4 de la loi organique n°99-209 du 19 mars 1999 relative à la Nouvelle-Calédonie) et dispose donc de son propre système de protection sociale distinct du système métropolitain.

La Nouvelle-Calédonie a confié la gestion des régimes obligatoires à des organismes privés ayant le statut de société de secours mutuels. Elle assure le suivi et la tutelle de ces organismes :

- La CAFAT, caisse de compensation des prestations familiales, des accidents du travail et de prévoyance des travailleurs salariés de Nouvelle-Calédonie gère depuis 1958, la couverture de base obligatoire des salariés et assimilés, qui comprend les risques maladie, invalidité, maternité, vieillesse, chômage et famille. Elle gère également depuis 2002 la couverture maladie obligatoire des fonctionnaires et des travailleurs indépendants. Enfin, elle propose une assurance volontaire pour les risques vieillesse et accidents du travail et maladies professionnelles.

- La Caisse locale de retraite (CLR) gère le régime de retraite des fonctionnaires.

Enfin, les mutuelles et assurances privées proposent des couvertures complémentaires maladie, maternité et invalidité (mutuelle le Nickel, mutuelle des fonctionnaires, mutuelle du commerce et mutuelle des patentés libéraux).

- En matière d'aide sociale :

La Nouvelle-Calédonie a fixé le cadre général minimum, laissant le soin à chacune des provinces, dans le cadre de la délégation de compétence prévue par la loi organique n°99-209 du 19 mars 1999 précitée, d'adapter les régimes de prestations sociales en fonction des besoins de la collectivité.

La délibération cadre n°49 du 28 décembre 1989 relative à l'aide médicale et aux aides sociales prévoit:

- un dispositif d'aide médicale, de base et complémentaire, au profit des personnes qui ne peuvent bénéficier de l'assurance obligatoire et ayant de faibles revenus (Aide Médicale).

Comptes de la santé

La sécurité sociale finance 64 % des dépenses de santé. Le RUAMM (régime unifié d'assurance maladie/maternité) est géré par la CAFAT. Il constitue le régime de base qui couvre 250 432 personnes à hauteur de 40 % pour « le petit risque » et 100% pour le gros risque (certaines affectations longues maladies) Le RUAMM est structurellement déficitaire. Fin 2011 la mise en place d'un plan de maîtrise des dépenses de santé a permis de réduire ce déficit sans pour autant le faire disparaître.

La part des organismes complémentaires (mutuelles locales) représente 9% des dépenses de santé en 2012 (13% en métropole). Elles couvrent 155 413 bénéficiaires en 2012.

La part des pouvoirs publics à travers notamment la couverture des plus démunis (aide médicale gratuite) et la prévention représente 22% des dépenses de santé en 2012.

Le reste à charge des ménages est estimé (faute de données statistiques) à 4 128 millions F CFP soit environ 5% de la dépense de santé.

En 2012, la dépense totale de santé s'élève en Nouvelle-Calédonie à 91,9 milliards FCFP, dont la majeure partie (82,6 milliards FCFP) au titre de la consommation de soins et de biens médicaux.

Avec une dépense courante de santé de 10,8% du PIB, la Nouvelle-Calédonie se place dans la moyenne des pays développés.

En ce qui concerne la vaccination HPV des filles de 12 ans, la CAFAT prend en charge à 100 % des frais liés à la vaccination de ses bénéficiaires ; et chacune des Provinces fait de même avec les bénéficiaires de l'Aide Médicale Gratuite (AMG).

1.1.6.2.2. Niveau territorial

L'Agence Sanitaire et Sociale de la Nouvelle-Calédonie (ASS-NC) est un établissement public de la Nouvelle-Calédonie, créé par la délibération modifiée n°264 du 23 novembre 2001 du Congrès de la Nouvelle-Calédonie. Cela avait pour but de permettre l'allocation directe d'une partie de la taxe sur les alcools et tabacs au financement des structures hospitalières. Depuis 2006, l'ASS-NC assume également une mission de promotion de la santé et de prévention. Ses principales missions sont :

- Participation aux actions prioritaires d'hygiène publique et de prévention sanitaire (11 millions d'euros/an) via :
 - L'analyse des déterminants des conditions de vie et des problèmes de santé publique.
 - L'émission de recommandations en matière de prévention et de promotion de la santé.
 - La coordination des programmes prioritaires de la NC.
- Soutien à l'offre hospitalière de soins (73 millions d'euros/an) :
 - Le financement et le suivi des investissements hospitaliers conformément aux dispositions de la carte sanitaire, aux schémas d'organisation sanitaire et aux plans de financement arrêtés par le Congrès.

- Le financement des contrats d'objectifs conclus entre la NC et les établissements hospitaliers ou les organismes de protection sociale.

- Facilitation de la garantie du droit à la santé pour tous, accompagnement des objectifs de protection sociale : (240 millions d'euros/an)

- Aide au financement de la CAFAT.

- Financement du RHPA (Régime Handicap et Perte d'Autonomie).

- Financement de l'augmentation des minima vieillesse et complément retraite.

L'ASS-NC coordonne des programmes de prévention et de promotion de la santé en lien avec les priorités de santé publique identifiées en NC (addictologie, santé orale, dépistage des cancers féminins, diabète, pathologies de surcharge, rhumatisme articulaire aigu, tuberculose, VIH/Sida/IST, enquête baromètre santé). Son conseil d'administration est présidé par le membre du Gouvernement en charge d'animer et de contrôler le secteur de la santé, de la jeunesse et des sports. L'agence dispose de différents financements :

- la taxe sur les alcools et les tabacs en faveur du secteur sanitaire et social (TAT3S), qui comprend pour les alcools un taux fixé par le tarif douanier (par exemple bière et vin 12F/L, whisky 390 F/L) et pour le tabac un taux de 36 % actuellement.

- la subvention de la NC,

- la taxe de solidarité sur les services,

- la contribution de solidarité additionnelle.

La Direction des Affaires Sanitaires et Sociales de Nouvelle-Calédonie (DASS-NC) est chargée de la planification, de la coordination de certains programmes, de l'élaboration de la réglementation sanitaire et sociale, du contrôle des établissements de santé, des organismes de sécurité sociale, de la chaîne de distribution des médicaments, de la surveillance de l'état de santé des populations et de la qualité de l'hygiène liée à l'environnement, de la formation des professionnels de santé et enfin des statistiques sanitaires.

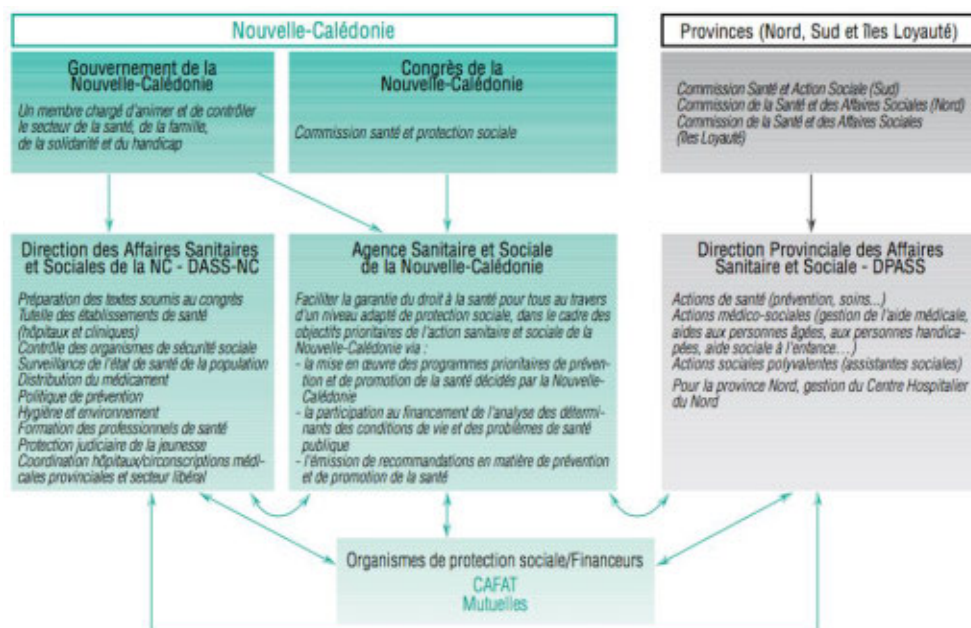


Figure 4 : Intervenants en matière d'action sanitaire et sociale en Nouvelle-Calédonie

1.1.6.2.3. Niveau provincial

Le domaine de la santé en Nouvelle-Calédonie a connu une profonde réorganisation en 1990 avec la provincialisation du territoire. Depuis cette date, chacune des trois provinces dispose d'une **Direction Provinciale des Affaires Sanitaires et Sociales (DPASS)**.

Elles sont chargées de mettre en œuvre la politique provinciale en matière de santé, d'hygiène publique, d'actions et d'aides sociales et médicales. Les DPASS appliquent la réglementation territoriale, mettent en œuvre les actions, gèrent les établissements provinciaux, les services spécialisés ainsi que les 30 centres médico-sociaux répartis sur l'ensemble du territoire.

Au total ce sont 30 **centres médico-sociaux** (CMS, souvent appelés dispensaires) qui sont répartis sur l'ensemble du territoire (10 en province Sud, 15 en province Nord et 5 en province des Îles).

1.1.6.2.4. Organisation des soins

Le dispositif sanitaire de la Nouvelle-Calédonie repose sur une répartition des missions entre les structures de soins.

Les soins de santé primaire et les programmes en matière de protection maternelle et infantile, de surveillance de grossesse, de suivi et vaccination des enfants, sont assurés par les centres médico-sociaux (CMS, également appelés dispensaire) et le secteur libéral. La même organisation existe sur les trois provinces, avec quelques spécificités. Le secteur libéral est en effet très développé sur les communes du Grand Nouméa, alors qu'en provinces Nord et Îles Loyauté, ces soins sont essentiellement assurés par les centres médico-sociaux.

Certains centres médico-sociaux disposent de lits d'observation, étiquetés lits de médecine et d'obstétrique. Les particularités géographiques de la Nouvelle-Calédonie ont en effet contraint les collectivités provinciales à équiper leurs structures de soins de lits physiques à vocation multiple. On compte en 2010 au sein des CMS un total de 63 lits de médecine (16 en province Sud, 1 en province Nord et 46 en province des Iles) et de 15 lits d'obstétrique (6 en province Sud, 1 en province Nord et 8 en province des Iles).

Les soins nécessitant un plateau technique spécialisé sont dispensés par le Centre hospitalier territorial (CHT) Gaston Bourret et trois cliniques privées, situés à Nouméa. Ils occasionnent des transferts de patients originaires des provinces Nord, Iles et Sud, par voie terrestre ou aérienne, en fonction du degré de gravité et d'urgence de la prise en charge. Le CHT constitue la plus grosse infrastructure médicale du territoire.

Le Centre hospitalier spécialisé (CHS) Albert Bousquet est le seul établissement d'accueil et de traitement des personnes atteintes de troubles psychiques. Il est également la seule structure hospitalière de gériatrie.

Le Centre Hospitalier du Nord (deux sites à Koumac et Poindimié) assure une activité d'hospitalisation de proximité pour les disciplines de médecine, chirurgie et obstétrique et comporte une capacité de moyen séjour polyvalent sur Poindimié. La construction d'un troisième hôpital dans le Nord a débuté à Koné en 2016.

Les patients peuvent être évacués en Australie ou en métropole, pour des soins ne pouvant être assurés sur place, comme la neurochirurgie. On parle d'évacuation sanitaire ou Evasan.

La construction du Médipôle de Koutio a été achevée en Janvier 2016 et le déménagement en cours des quatre sites (Gaston-Bourret, Magenta, léproserie Raoul Follereau et centre de rééducation du col de la Pirogue) est prévu jusqu'à fin 2016.

Concernant les soins de santé primaire, en plus des centres médico-sociaux, il existe d'autres structures provinciales que sont les centres médicaux de Nouméa. Ils sont gérés par la Direction de l'Action Sanitaire et Sociale de la Province Sud. Il s'agit du Centre Médical Polyvalent (ESPAS-CMP), Centre de Protection Maternelle et Infantile, Centre Médico-Scolaire et du Centre de Conseil Familial.

Il existe aussi des structures dites parapubliques telles que la Mutuelle du Nickel, la Mutuelle des fonctionnaires et la CAFAT, ainsi que des structures du service de santé des armées.

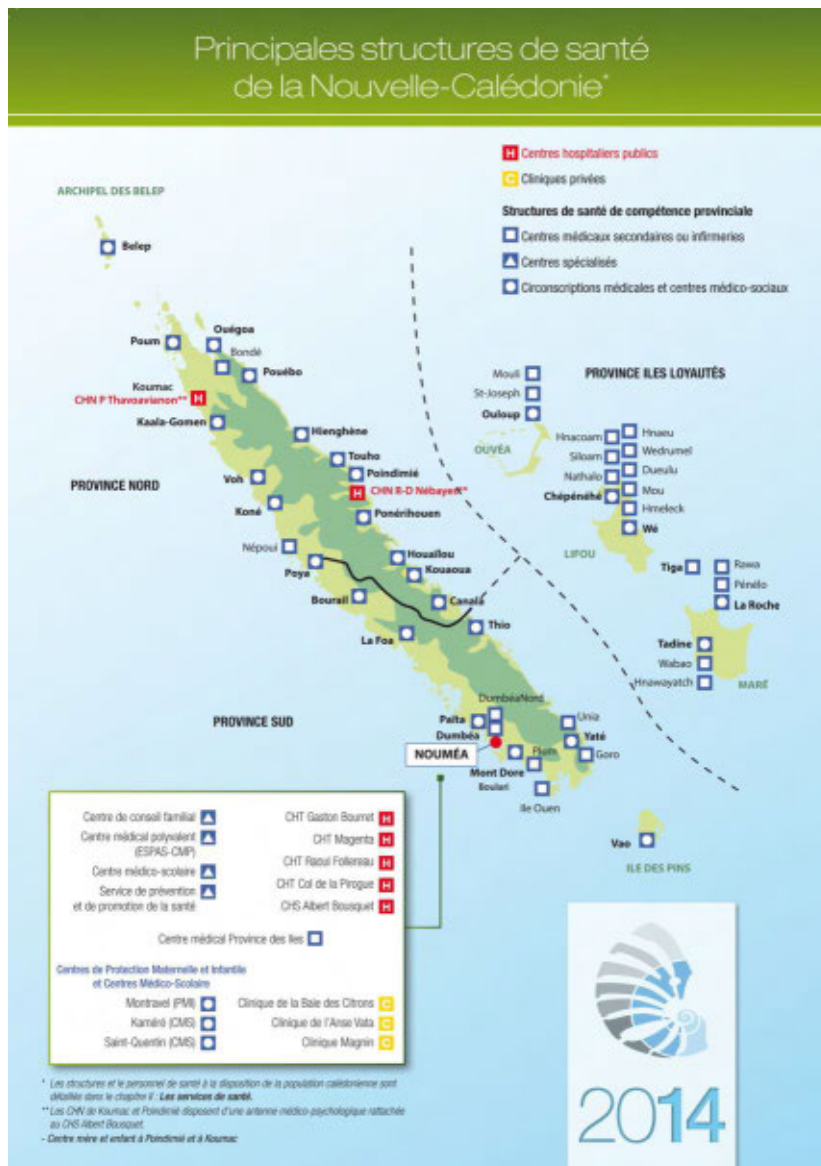


Figure 5 : Principales structures de santé en Nouvelle Calédonie

1.1.6.2.5. Démographie médicale

On dénombrait un total 639 médecins en activité en 2014 en NC, tous statuts confondus et en intégrant les professionnels exerçant une activité exclusivement préventive ou administrative. Parmi eux, 58 % étaient salarié (n=369) et 42 % exerçaient en secteur libéral (n=270). Il y avait 52 % de généralistes (n=334) et 48 % de spécialistes développant une activité curative, préventive ou administrative (n=305). En 2014, la densité médicale était donc de 238 médecins pour 100 000 habitants en NC. Si l'on compare aux données métropolitaines, la valeur de la densité médicale calédonienne (238 médecins pour 100 000 habitants) est nettement plus basse que la densité médicale française (311 médecins pour 100 000 habitants). La densité médicale calédonienne, tous modes d'exercice et activités confondus représente donc 76 % de la densité métropolitaine. La densité médicale calédonienne cache néanmoins d'importantes disparités, la majorité des professionnels exerçant en province Sud et principalement dans les communes du Grand Nouméa.

Par conséquent on dénombrait en 2014 :

- 334 médecins généralistes, soit une densité de 124 médecins pour 100 000 habitants pour l'ensemble de la Nouvelle-Calédonie, densité plus faible que celle de la France métropolitaine qui était égale à 136 médecins généralistes pour 100 000 habitants (estimation ATLAS de la démographie médicale en France - CNOM au 1er janvier 2015). La densité était plus élevée en province Sud.

Commune d'exercice	Généralistes curatifs	
	Effectif	Densité
NOUMEA	148	148,1
MONT DORE	20	73,7
DUMBEA	15	47,2
PAITA	14	67,9
Total Nouméa Grand Nouméa	197	109,7
Sud Hors N GN	21	103,7
Province Sud	218	109,1
Province Nord	53	104,5
Province des Iles	18	98,4
Nouvelle Calédonie	289	107,5

Tableau 2 : Répartition des médecins généralistes exerçant une activité curative par lieu d'exercice, 2014

- 280 médecins spécialistes développant une activité curative, soit une densité de 104 médecins pour 100 000 habitants. La densité était plus élevée en province Sud et plus particulièrement à Nouméa, en raison de la présence des principaux établissements hospitaliers et plateaux techniques.

Communes d'exercice	Spécialistes	
	Effectif	Densité
NOUMEA	246	246,2
MONT DORE	3	11,0
DUMBEA	8	25,1
PAITA	4	19,4
Total Née Grd Née	261	145,4
Sud Hors N GN	3	14,8
Province Sud	264	132,2
Province Nord	16	31,5
Province des Iles	0	0,0
Nouvelle Calédonie	280	104,2

Tableau 3 : Répartition des médecins spécialistes exerçant une activité curative par lieu d'exercice, 2014

- et 25 médecins exerçant exclusivement une activité préventive ou administrative, soit une densité de 9 médecins pour 100 000 habitants.

1.1.6.2.6. Perspectives du système d'information

Il n'existe actuellement pas de numéro d'identifiant unique des patients en Nouvelle-Calédonie. Une discussion actuellement en cours devrait conduire à la mise en place prochaine du « Numéro calédonien de santé ». Celui-ci, probablement spécifique de la Nouvelle-Calédonie, sera en lien avec le NIR (numéro de sécurité sociale en France, ou numéro d'inscription au répertoire des personnes physiques).

1.2. Cancer du col de l'utérus

1.2.1. Papillomavirus humains

118 types de papillomavirus PVH ou HPV sont connus chez l'homme (8). Certains types se transmettent par voie sexuelle et infectent les muqueuses génitales, d'autres se transmettent par contact cutané et infectent la peau. Les papillomavirus sont responsables de tumeurs épithéliales bénignes ou malignes. Les HPV 2 et 4 sont par exemple à l'origine de verrues dites "vulgaires", lésions bénignes et très courantes. Certains génotypes entraînent des condylomes génitaux ou verrues génitales encore appelées crêtes de coq ou végétations vénériennes, dont le caractère disgracieux peut avoir de graves conséquences fonctionnelles et psychologiques. Il s'agit des HPV dits « à faible risque oncogène », dont les types 6 et 11, dans 90 % des cas.

Une vingtaine de HPV dits « à haut risque oncogène » sont associés à des cancers du col de l'utérus, du vagin, de la vulve, de l'anus et du pénis. Parmi les virus à haut risque oncogène, les HPV 16 et 18 sont les plus fréquemment retrouvés dans les cancers du col (70 % des cancers du col de l'utérus au niveau européen) mais on retrouve parfois aussi les types 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66.

Une étude à large échelle conduite dans 38 pays dont dix pays européens montre qu'en Europe, les génotypes les plus fréquents dans le cancer du col étaient par ordre de fréquence les HPV 16 (66 %), 18 (7 %), 33 (6 %), 45 (4 %) et 31 (3 %). De plus certains génotypes de HPV induisent d'autres cancers de la sphère génitale (vagin, anus et pénis), des cancers oropharyngés (oropharynx, amygdale et base de la langue) ou des cancers de la cavité buccale. Une étude a estimé la proportion de cancers attribuables aux HPV à environ 50 % pour le cancer du vagin et celui de la vulve et à plus de 90 % pour le cancer de l'anus. De 80 % à plus de 90 % de ces cancers sont liés à une infection par un HPV 16 ou 18.

1.2.2. Rappels cliniques et histologiques

Les informations de ce chapitre sont issues du guide des vaccinations de 2012 (9) et du document de la Haute Autorité de Santé « Dépistage et prévention du cancer du col de l'utérus. Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé » (10).

L'infection à HPV est une des trois IST les plus fréquentes dans la population générale. Tout contact sexuel, avec ou sans pénétration, est associé à un risque d'infection. Du fait de la transmission aussi bien cutanée que muqueuse, le pouvoir protecteur des préservatifs vis-à-vis des HPV est insuffisant, même s'ils contribuent à en réduire le risque.

- Cancer du col de l'utérus

Les cancers invasifs du col de l'utérus surviennent après plusieurs étapes de modification de la muqueuse (épithélium). Celles-ci appelées dysplasies sont classées en légères, moyennes et sévères : elles précèdent le cancer d'abord intra-épithélial (in situ) puis invasif.

Les facteurs de risque de ce cancer décrits dans la littérature sont en rapport avec une infection à papillomavirus humain (HPV 16 et 18 principalement), ainsi que différents cofacteurs (tabagisme, coïnfection par le VIH ou autre IST, précocité de l'activité sexuelle, multiplicité des partenaires sexuels, immunodéficience, parité élevée, forte charge virale, utilisation prolongée de contraceptifs oraux) (10).

Quel que soit le type de HPV considéré, la primo-infection est inapparente. Après primo-infection, la durée médiane de portage du virus est d'environ quinze mois. Ce portage évolue dans plus de 80 % des cas vers la clairance virale. Dans un faible pourcentage de cas, l'infection persiste, d'abord sans traduction cytologique ou histologique, puis se traduisant par des lésions histologiques précancéreuses obéissant à une définition précise codifiée (néoplasies cervicales intra-épithéliales (CIN) de différents grades). Toutes ces lésions précancéreuses ont une probabilité importante (de 32 à 57 % selon la lésion) de régresser spontanément de façon inversement corrélée à leur grade. Donc, si le lien de causalité entre lésions précancéreuses/cancers du col de l'utérus et certains HPV à haut risque est établi, l'évolution vers le cancer n'est pas systématique. Celui-ci se développe environ quinze à vingt-cinq ans après l'infection. Les HPV 16 et 18 sont en cause dans environ 73 % des cancers. Le dépistage de ces lésions repose sur un test cytologique, le frottis cervico-vaginal (FCV).

- Condylome acuminé

Les condylomes ou verrues anogénitales, infections sexuellement transmissibles, sont dus à l'infection par des HPV à faible risque oncogène, le plus souvent, les types 6 et 11. L'un de ces deux types est retrouvé dans 90 % des condylomes génitaux. La transmission sexuelle des condylomes anogénitaux est bien documentée. Elle nécessite le traitement des partenaires sexuels et la recherche d'autres maladies sexuellement transmissibles associées. La durée d'incubation des condylomes acuminés est en moyenne de trois mois (trois semaines à huit mois). Le risque de contamination après contact sexuel est élevé et l'infectiosité est estimée à 85 %. L'infection peut rester longtemps asymptomatique, les premières lésions pouvant survenir des mois, voire des années après le contact. Chez la femme, les condylomes acuminés se présentent comme des papules pédiculées, confluant en masses exubérantes, localisés à la paroi postérieure du vestibule vaginal et aux lèvres. Ils peuvent s'étendre au vagin, à l'urètre, au périnée, au col utérin et vers le canal anal. Les condylomes acuminés

peuvent être associés aux condylomes papuleux et aux verrues pigmentées et kératosiques, ainsi qu'aux condylomes plans, lésions infra cliniques qui siègent exclusivement sur les muqueuses génitales. Le diagnostic des condylomes anogénitaux est clinique. Les examens anatomopathologiques et virologiques ont un intérêt limité en l'absence de risque de transformation maligne. Ils sont utiles en cas de suspicion de maladie de Bowen ou de papulose bowénoïde. Les condylomes anogénitaux sont, en règle générale, des lésions bénignes mais fréquentes, volontiers récidivantes après traitement et retentissant sur la vie psychoaffective.

- Autres cancers

Une vingtaine de HPV dits « à haut risque oncogène » induisent d'autres cancers de la sphère génitale (vagin, anus et pénis), des cancers oropharyngés (oropharynx, amygdale et base de la langue) et des cancers de la cavité buccale. Une étude a estimé la proportion de cancers attribuables aux HPV à environ 50 % pour le cancer du vagin et celui de la vulve et à plus de 90 % pour le cancer de l'anus. De 80 % à plus de 90 % de ces cancers sont liés à une infection par un HPV 16 ou 18.

1.2.3. Données épidémiologiques en Nouvelle-Calédonie

Les données de ce chapitre sont issues du Registre du cancer de Nouvelle-Calédonie (11), ainsi que d'une étude de cohorte rétrospective menée au CHT sur 108 cas par une interne (12).

Ce cancer est au 6ème rang des cancers chez les femmes en Nouvelle-Calédonie, avec 5,5 % des cancers soit 21 tumeurs invasives par an, entre 2008 et 2012. Sur la période 2008-2012, le taux d'incidence standardisé du cancer du col est estimé à 14,2 nouveaux cas pour 100 000 femmes pour l'ensemble du territoire, avec un taux nettement plus élevé chez les femmes de la province Nord, par rapport à celles des provinces Sud et Iles Loyauté. Le taux standardisé en Nouvelle-Calédonie est près de deux fois plus élevé que celui de la métropole (6,8), de l'Australie (5,5) et de la Nouvelle-Zélande (5,3).

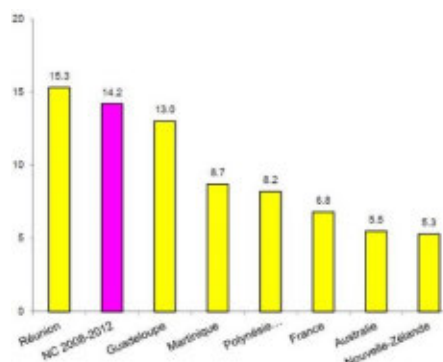


Figure 6 : Taux d'incidence standardisé pour 100 000 femmes du cancer du col de l'utérus - Comparaisons internationales (Globocan, 2012)

Par ailleurs le taux de létalité est de 40 % à deux ans, autrement dit 40 % des patientes diagnostiquées en 2013 étaient décédées des suites de ce cancer au 31/11/15 (8 cas). L'âge moyen au diagnostic des tumeurs invasives est de 50,5 ans (27 à 94 ans, médiane 48 ans). Il touche principalement les femmes mélanésiennes et habitant en provinces du Nord et Iles Loyauté, ce qui reflète de fortes inégalités sociales et territoriales de santé (11).

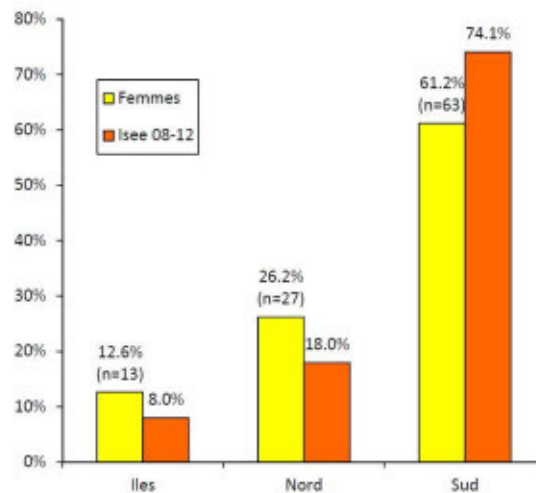


Figure 7 : Répartition par province des cancers du col de l'utérus en Nouvelle-Calédonie (tumeurs invasives ; période 2008-2012)

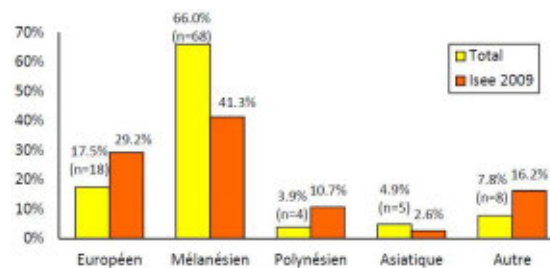


Figure 8 : Répartition par communauté d'appartenance des cancers du col de l'utérus en Nouvelle-Calédonie (tumeurs invasives ; période 2008-2012)

Ces cancers sont diagnostiqués tardivement en Nouvelle-Calédonie. En 2012 une étude de cohorte rétrospective menée au CHT sur 108 cas par une interne (12) met en évidence les résultats suivants :

- 44 % des femmes atteintes d'un cancer du col invasif n'ont jamais eu de frottis de dépistage,
- 18 % seulement en ont eu un dans les trois années précédant le diagnostic,
- et les cancers invasifs sont diagnostiqués à des stades souvent trop tardifs puisque dans 71 % des cas sur des symptômes et seulement dans 29 % des cas sur frottis de dépistage systématique.

Le dépistage n'est donc pas utilisé de façon optimale en Nouvelle-Calédonie et cela constitue un argument pour la mise en place d'un programme de vaccination en milieu scolaire.

Le système de surveillance en place ne permet pas de disposer de données épidémiologiques relatives aux condylomes acuminés mais les cliniciens observent sur le territoire calédonien une importante incidence, corrélée à des stades avancés qui entraînent un retentissement fonctionnel important.

1.2.4. Traitements curatifs

Le traitement du cancer du col de l'utérus fait appel, selon l'étendue de la maladie, à la chirurgie, la radiothérapie externe, la curiethérapie et la chimiothérapie, utilisées seules ou associées. La chirurgie est principalement utilisée pour traiter les tumeurs limitées au col de l'utérus, de moins de 4 centimètres. Elle consiste le plus souvent à retirer l'utérus, certains tissus et organes voisins et les ganglions lymphatiques. La radiochimiothérapie concomitante qui associe une radiothérapie externe, une curiethérapie et une chimiothérapie est le traitement de référence des tumeurs de plus de 4 centimètres et des tumeurs qui se sont propagées au-delà du col de l'utérus, dans le pelvis. Dans le cas des tumeurs qui ont atteint des organes éloignés (métastases), le traitement repose sur une chimiothérapie et/ou une radiothérapie (le plus souvent externe) (13).

En Nouvelle-Calédonie, 7,8 % des cas n'étaient pas traités entre 2008 et 2012 (11).

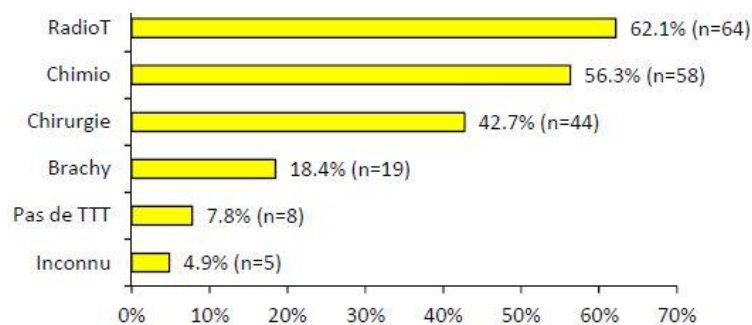


Figure 9 : Traitements des cancers du col de l'utérus en Nouvelle-Calédonie (tumeurs invasives ; période 2008-2012)

1.2.5. Dépistage

Classiquement la stratégie de prévention des cancers du col de l'utérus repose sur deux moyens de prévention complémentaires (14) :

- le dépistage du cancer du col par frottis cervico-vaginal, correspondant à la prévention secondaire
- la vaccination des filles avant l'initiation de leur vie sexuelle contre les infections par les HPV 16 et 18, qui correspond à la prévention primaire.

Le dépistage peut être individuel ou organisé. C'est également le cas de la vaccination.

Le programme de dépistage organisé (DO) du cancer du col de l'utérus en Nouvelle-Calédonie a été mis en place en 2011. Il est à destination de toutes les femmes de 17 à 65 ans en Nouvelle-Calédonie, indépendamment de leur régime d'assurance-maladie, avec proposition d'un frottis cervico-vaginal tous les trois ans après deux frottis initiaux normaux à un an d'intervalle. La première campagne se tenait de 2011 à 2014.

Une modélisation médico-économique de l'impact de l'organisation du dépistage du cancer du col utérin et de l'introduction de la vaccination contre les HPV dans le calendrier vaccinal a été conçue par l'Institut de veille sanitaire en 2007 (15). Ce travail a été effectué suite à l'obtention de l'AMM du Gardasil en France, afin d'aider à la décision concernant son éventuelle introduction dans le calendrier vaccinal français. Cette étude montre notamment que l'organisation du dépistage et l'organisation du dépistage couplée à la vaccination de 80 % des adolescentes, avant l'initiation de leur vie sexuelle, réduirait le nombre de cancers du col, par rapport au dépistage opportuniste seul (cf. figure 10). Avec l'hypothèse d'un taux de couverture vaccinale de 30 %, l'incidence du cancer du col est également réduite par l'utilisation de la double stratégie, mais de façon moindre.

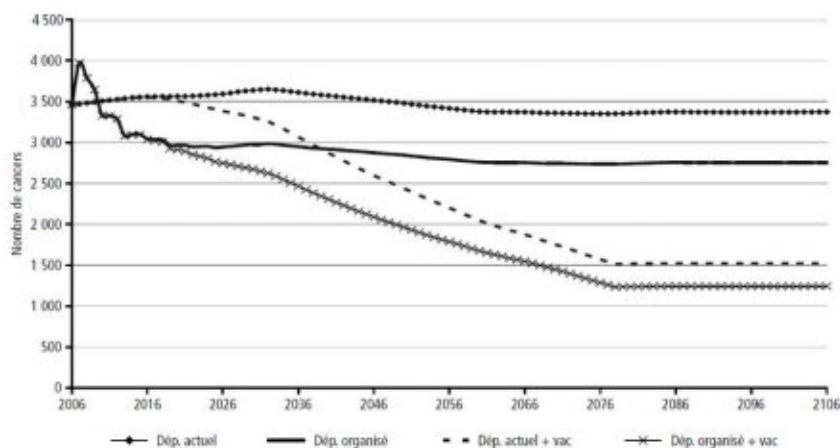


Figure 10 : Estimation de l'impact épidémiologique sur l'incidence du cancer du col de l'organisation du dépistage et de la vaccination des adolescentes pour une couverture vaccinale de 80 % en France, 2007

La vaccination anti-HPV protège contre 70 % des papillomavirus responsables du cancer du col de l'utérus. C'est pourquoi, même après la vaccination, il est nécessaire d'effectuer régulièrement des frottis de dépistage. La vaccination contre les infections à papillomavirus ne se substitue pas au dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col par frottis cervico-vaginal, y compris chez les femmes vaccinées, mais vient renforcer cette mesure de prévention.

1.2.6. Vaccination

Les informations de ce chapitre sont issues du guide des vaccinations de 2012 (9).

Deux vaccins anti-HPV existent actuellement :

- le vaccin quadrivalent HPV 6, 11, 16, 18, Gardasil®,
- le vaccin bivalent HPV 16, 18, Cervarix®.

Ces deux vaccins bénéficient d'une autorisation de mise sur le marché (AMM) en France, respectivement obtenues en 2006 et 2007. Les vaccins papillomavirus sont recombinants, composés de protéines L1 de capsidite sous forme de pseudoparticules virales entraînant la synthèse d'anticorps neutralisants. Le Gardasil est produit sur levures (*Saccharomyces cerevisiae*), le Cervarix® sur cellules d'insectes (système baculovirus). La composition quantitative en substances actives et en adjuvant est présentée dans le tableau 4.

	Quadrivalent (Gardasil)	Bivalent (Cervarix)
Laboratoire pharmaceutique	Sanofi Pasteur MSD	GlaxoSmithKline
Quantité de protéine L1 par dose	Type 6 (20 µg) Type 11 (40 µg) Type 16 (40 µg) Type 18 (20 µg)	Type 16 (20 µg) Type 18 (20 µg)
Cellules productrices	<i>Saccharomyces cerevisiae</i> (levures)	système baculovirus (cellules d'insectes)
Adjuvant	Hydroxyphosphate d'aluminium : 225 µg	ASO4 composé d'hydroxyde d'aluminium (0,5 mg) et de 3-O-desacyl-4-monophosphoryl lipid A (50 µg)

Tableau 4 : Composition des vaccins papillomavirus humains

Par conséquent le vaccin quadrivalent Gardasil induit une protection contre les infections à HPV 6, 11, 16 et 18, alors que le bivalent Cervarix induit une prévention des infections aux types 16 et 18. Les HPV 16 et 18 correspondent aux deux principaux HPV oncogènes et les types 6 et 11 sont les principaux retrouvés dans les condylomes acuminés. Ces vaccins sont indiqués pour la prévention des lésions précancéreuses cervicales (Gardasil, Cervarix), des lésions précancéreuses de la vulve et du vagin, des lésions génitales externes (condylomes acuminés) (Gardasil) liées à un papillomavirus humain contenu dans les vaccins respectifs.

Le Gardasil, administré par voie intramusculaire, est indiqué à partir de 11 ans pour la prévention des lésions génitales précancéreuses (du col de l'utérus, de la vulve et du vagin), lésions anales précancéreuses, du cancer du col de l'utérus dus à HPV oncogènes de types 16 et 18 ; et des verrues génitales dues aux HPV de types 6 et 11.

Le schéma vaccinal du Gardasil est de deux doses espacées de 6 mois entre 11 et 13 ans révolus, et de trois doses administrées selon un schéma 0, 2 et 6 mois entre 14 et 19 ans révolus.

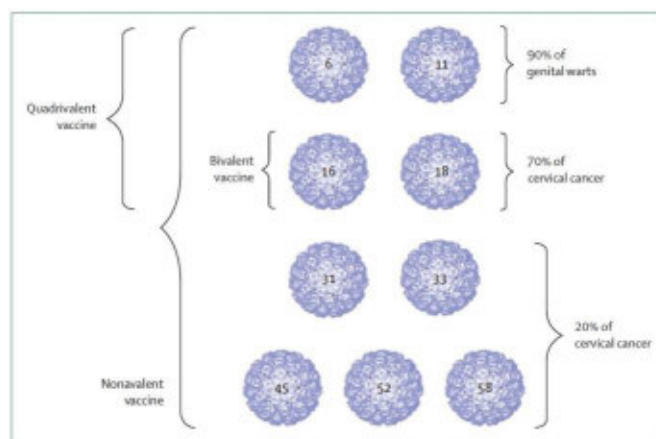


Figure 11 : Types de HPV prévenus par les vaccins. D'après Schiller T., 2015

Le Gardasil est contre-indiqué en cas d'hypersensibilité aux substances actives ou à l'un des excipients du vaccin. Les vaccins se présentent sous forme d'une seringue préremplie de 0,5 ml. Ils se conservent au réfrigérateur entre +2 °C et + 8 °C, à l'abri de la lumière et ne doivent pas être congelés.

Efficacité

Dans un rapport publié en 2014, le HCSP constate qu'une efficacité vaccinale sur la prévalence des infections à HPV, l'incidence des condylomes et des lésions précancéreuses est maintenant démontrée. Des études suggèrent également que le vaccin anti-HPV induit une immunité de groupe qui apparaît plus importante pour des couvertures vaccinales intermédiaires, comprises entre 50 et 70 % (14).

Effets indésirables

Ces vaccins font l'objet depuis leur mise sur le marché d'une surveillance assurée par les autorités françaises et européennes. Celle-ci n'a pas mis en évidence d'éléments remettant en cause la balance bénéfice-risque de ces vaccins. Par conséquent il n'y a pas, à ce stade, de signes d'augmentation de l'incidence des maladies auto-immunes et ce également dans les données de la littérature française et internationale. Afin de consolider les données disponibles, l'ANSM et l'assurance maladie ont entrepris une étude spécifique sur l'incidence des maladies auto-immunes dans la population vaccinée (16). Cette étude, publiée le 13 septembre 2015, a porté sur les filles affiliées au régime général de la sécurité sociale âgées de 13 à 16 ans révolus entre janvier 2008 et décembre 2012, soit plus de 2,2 millions parmi lesquelles environ 840 000 avaient été vaccinées par vaccin HPV et 1,4 million n'avaient pas été vaccinées. Les résultats montrent que la vaccination contre les infections à HPV par Gardasil ou Cervarix n'entraîne pas d'augmentation du risque global de survenue de maladies auto-immunes, confirmant les données de la littérature française et internationale. Une augmentation du risque de syndrome de Guillain-Barré après vaccination contre les infections à HPV apparaît toutefois

probable. Cet effet indésirable est déjà identifié dans l'AMM du produit. De surcroît, ses conséquences sont limitées (1 à 2 cas pour 100 000 filles vaccinées), compte tenu de la rareté de la maladie et ne devraient pas être de nature à remettre en cause la balance bénéfice-risque pour les vaccins concernés.

Politique vaccinale

Le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) recommande cette vaccination pour toutes les jeunes filles à partir de 11 ans jusqu'à 14 ans et, en rattrapage, pour les jeunes filles et jeunes femmes non encore vaccinées entre 15 et 19 ans révolus (17). Cette vaccination est d'autant plus efficace que les jeunes filles n'ont pas encore été exposées au risque d'infection par le HPV, qui peut se transmettre dès l'entrée dans la vie sexuelle.

1.3. Situation en Nouvelle-Calédonie

Les enfants ne peuvent être scolarisés s'ils ne sont pas à jour des vaccinations obligatoires. Il existe onze vaccinations obligatoires en Nouvelle-Calédonie :

- diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche
- hépatite B
- rougeole, oreillons, rubéole
- haemophilus b
- tuberculose
- pneumocoque.

1.3.1. Historique des stratégies de prévention du cancer du col et rationalisation en termes de santé publique

La délibération n° 490 du 11 août 1994 (article 16) (18) établit la mise en place du dépistage du cancer du col par frottis cervico-vaginal (FCV). Elle prévoit la prise en charge en totalité de la consultation, du frottis et de son interprétation, de la remise du résultat chez les femmes entre 17 et 65 ans pour les deux premiers frottis réalisés à 1 an d'intervalle, puis d'un frottis tous les 3 ans dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus. Par ce biais, le Congrès confie aux quatre caisses d'assurance maladie de Nouvelle-Calédonie, correspondant à la CAFAT et aux trois Aides médicales gratuites, la réalisation d'une campagne territoriale de promotion du dépistage du cancer du col par FCV.

A partir de 1994, la CAFAT met en place un dépistage du cancer du col pour ses bénéficiaires, avec proposition de frottis, sans courrier de relance ni suivi des résultats.

A partir de 2007, la Provence Nord met à son tour en place un dépistage du cancer du col à destination de ses bénéficiaires, correspondant aux Aides médicales gratuites de la province Nord.

En 2009 l'évaluation du programme de dépistage du cancer du col mis en place par la CAFAT fournit les résultats suivants (19) :

- 52 % des femmes atteintes d'un cancer invasif n'ont jamais eu de frottis avant le diagnostic,
- 26 % des femmes pour lesquelles le frottis était anormal n'ont pas fait d'examen diagnostique,
- 50 % des femmes ayant un résultat de frottis négatif normal se font sur-dépister en réalisant un deuxième frottis moins de trois ans après.

La stratégie de dépistage du cancer du col mise en place dans les années 1990 ne fonctionne donc pas de manière optimale en Nouvelle-Calédonie.

En avril 2011 la délibération N°45/CP du 20 avril 2011 (Article 14) votée par le Congrès (20) prévoit une vaccination gratuite sans avance de frais pour les filles de douze ans, avec un rattrapage possible jusqu'à 14 ans inclus, ainsi que l'établissement obligatoire d'un registre central de vaccination, tenu par la DASS-NC (pharmacovigilance).

En 2011 une première tentative de mise en place d'un programme de vaccination HPV est effectuée par la DASS-NC et ne sera pas poursuivie.

En 2011, l'ASS-NC met en place un programme de dépistage organisé (DO) du cancer du col de l'utérus à destination de toutes les femmes de 17 à 65 ans en Nouvelle-Calédonie, indépendamment de leur régime d'assurance-maladie, avec proposition d'un frottis cervico-vaginal tous les trois ans, après deux frottis initiaux normaux à un an d'intervalle. La première campagne se tient de 2011 à 2014.

L'évaluation de la première campagne en 2014 met en évidence un taux de participation de 38 % seulement, qui est hétérogène selon la province de résidence, plus important dans les îles et le nord (respectivement 58 % et 43 %) que dans le sud (35 %).

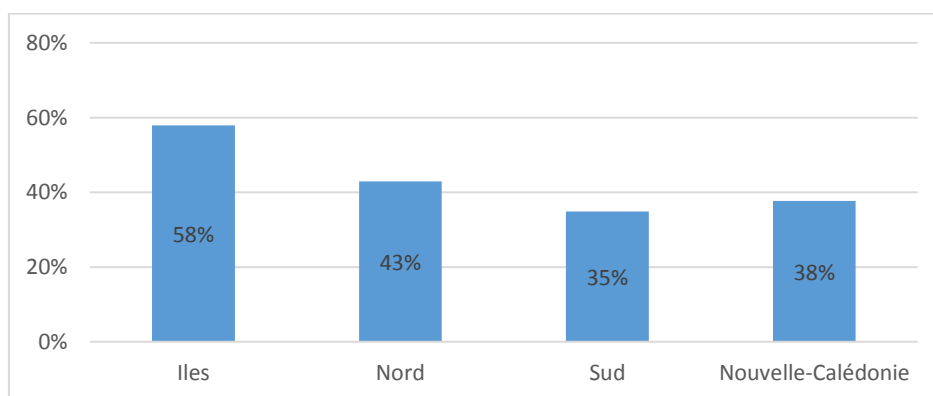


Figure 12 : Taux de participation des femmes à la première campagne de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus en Nouvelle-Calédonie (2011-2014)

De plus les ventes de Gardasil® et Cervarix® dans les secteurs public et privé en NC sont faibles et ont réduit de moitié entre 2011 et 2014.

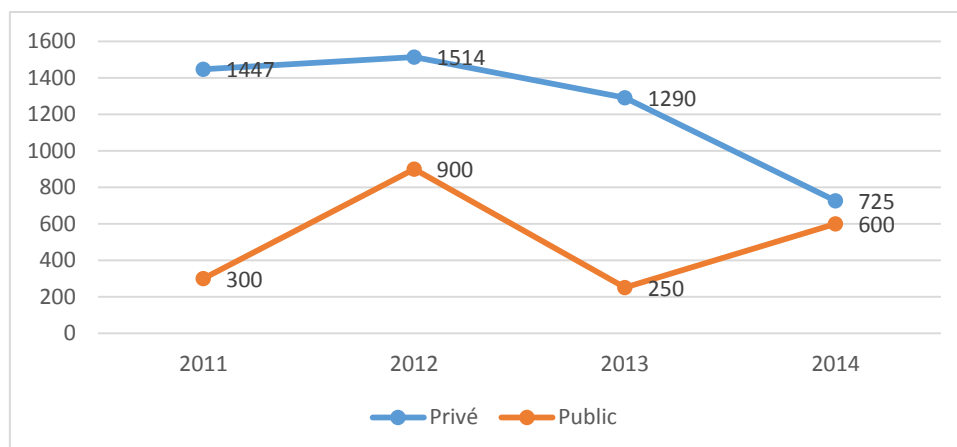


Figure 13 : Évolution du nombre total de doses de vaccin HPV Gardasil® et Cervarix vendues en Nouvelle-Calédonie dans les secteurs public et privé (Pharmagence, 2015)

En septembre 2014 le Haut Conseil de la Santé Publique recommande la généralisation de la mise en place du dépistage organisé du cancer du col de l’utérus en France et l’adjonction d’une offre vaccinale anti-HPV en milieu scolaire (14). Une modélisation médico-économique de l’impact de l’organisation du dépistage du cancer du col utérin et de l’introduction de la vaccination contre les HPV dans le calendrier vaccinal réalisée par l’InVS en 2007 (15) montrait que l’organisation du dépistage couplée à la vaccination de 80 % des adolescentes, avant l’initiation de leur vie sexuelle, réduirait le nombre de cancers du col, par rapport au dépistage organisé (cf. figure 44).

En 2015 l’ASS-NC met en place le programme de vaccination anti-HPV organisé en milieu scolaire en Nouvelle-Calédonie. Le programme voté au budget du conseil d’administration de l’ASS-NC en décembre 2014. La première campagne a lieu du 21 septembre 2015 au 21 juin 2016.

A noter que la vaccination HPV permet également de prévenir les autres types de cancers liés aux HPV 16 et 18, à savoir les cancers de la vulve et du vagin (40 % de cancers attribuables aux HPV 16 ou 18), de l’anus (80 % de cancers attribuables aux HPV 16 ou 18), du pénis, oropharyngés (oropharynx, amygdale et base de la langue) et de la cavité buccale. La vaccination apporte donc une plus-value par rapport au dépistage par frottis, celui-ci visant uniquement le col.

En 2016 l’évaluation de l’implantation du programme de vaccination anti-HPV en milieu scolaire en Nouvelle-Calédonie est effectuée.

1.3.2. Acceptabilité de la vaccination

L’enquête d’opinion sur la vaccination en NC, réalisée auprès d’un échantillon représentatif de la population générale de plus de 15 ans en Nouvelle-Calédonie, en décembre 2015 (n=903) a montré

qu'une grande majorité des calédoniens sont favorables à la vaccination puisque 86 % se déclarent pour la vaccination en général.

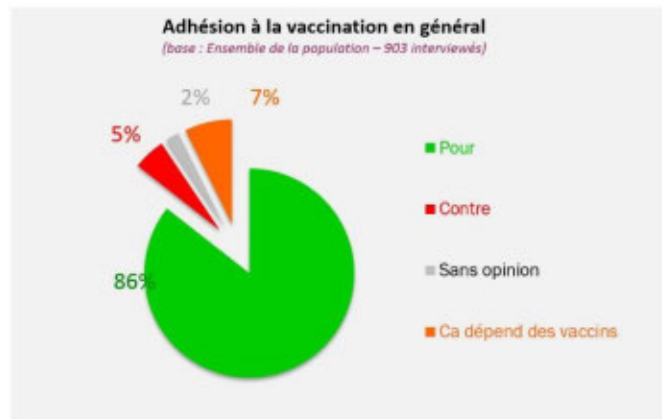


Figure 14 : Pourcentage de personnes en population générale se déclarant pour, contre, sans opinion et « ça dépend des vaccins » envers la vaccination en général, 2015

On observe une variation de l'opinion selon l'âge, l'origine ethnique, la catégorie socio-professionnelle (CSP) et la province de résidence.

L'adhésion à la vaccination diminue avec l'âge. Les jeunes sont globalement plus favorables à la vaccination d'une manière générale que les plus âgés. La baisse d'adhésion se fait non pas au profit des « contre » mais au profit des « sans opinion » et « ça dépend des vaccins » ($p=0,004$).

En ce qui concerne l'ethnie, c'est la population mélanésienne qui est la plus favorable à la vaccination avec 92 % qui sont favorables. Les européens non nés en NC sont un peu moins favorables que la moyenne à la vaccination en général (11% contre et 16% selon le vaccin), de même que les tahitiens (15% d'entre eux sont contre) ($p<0,001$).

En ce qui concerne la CSP, la catégorie « cadres et professions supérieures » est moins favorable à la vaccination en général puisque 14% se déclarent contre. Les retraités également y sont moins favorables que la moyenne, en raison du taux d'indéterminés « ça dépend du vaccin », plus important dans cette population (23 %). Les CSP les plus favorables sont les plus modestes : 92 % des chômeurs et 94 % des étudiants se déclarent pour la vaccination ($p<0,001$).

Enfin l'analyse par province de résidence montre que la proportion de personnes se déclarant pour la vaccination en général est légèrement plus élevée dans le nord et les îles (respectivement 89 % et 86 %) que dans le sud (85 %) ($p=0,001$).

1.4. Situation en Océanie, en France métropolitaine et à l'international

Dans le monde, le cancer du col de l'utérus est au second rang des cancers de la femme et au premier rang en termes de mortalité, principalement dans les pays en voie de développement.

L'Australie et la Nouvelle-Zélande ont toutes deux mis en place un programme de dépistage organisé du cancer du col ainsi qu'un programme de vaccination HPV en milieu scolaire, ce de manière pionnière dans le monde pour l'Australie (21,22). Les autres pays de la zone océanienne, à faible niveau de développement économique, n'ont pas mis en place à ce jour de véritable organisation du dépistage, ni de programme de vaccination HPV. La Nouvelle-Calédonie se situe dans une position intermédiaire, de par sa francophonie et son PIB relativement élevé.

En France, le cancer du col de l'utérus est le 10^{ème} cancer le plus fréquent chez la femme et le 12^{ème} cancer meurtrier. Malgré l'existence d'un dépistage efficace, il est responsable d'environ 3 000 cas de cancers invasifs et 1 100 décès par an. C'est l'un des seuls cancers pour lesquels le pronostic se dégrade en France, avec un taux de survie à 5 ans en diminution (13). La pratique du dépistage par FCV existe depuis une soixantaine d'années en métropole, avec un taux de couverture actuel d'environ 60 %. Il est cependant marqué par d'importantes inégalités de recours par tranches d'âge, situations géographiques, économiques et culturelles. Le dépistage du cancer du col est encore majoritairement individuel. Cependant des programmes expérimentaux de dépistage organisé ont été mis en place dans 13 départements depuis les années 1990. Une évaluation globale de ces programmes a été publiée dans un Bulletin épidémiologique hebdomadaire en 2014 (23). Sur la période 2010-2012, un total de 1,33 million de femmes n'ayant pas fait de frottis sur prescription individuelle au cours des trois dernières années a reçu une incitation à se faire dépister. A la suite des incitations et des relances, le taux de couverture de dépistage sur trois ans a augmenté de 13,2 points. Un an après avoir reçu une incitation ou une relance, près de 280 000 femmes ont réalisé un dépistage qu'elles n'auraient probablement pas fait sinon. La généralisation du dépistage du cancer du col à l'échelle nationale est un objectif phare du Plan cancer 2014-2019 via la mise en place d'un programme national de dépistage organisé.

La vaccination anti-HPV est de type opportuniste en France. Aucun programme de vaccination organisé n'a été mis en place pour l'instant malgré la recommandation du Haut Conseil de la Santé Publique en 2014 de généraliser la mise en place du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus en France et d'y adjoindre une offre vaccinale anti-HPV en milieu scolaire (14). La couverture vaccinale anti-HPV en France est faible et en baisse depuis 2010. En 2013, seulement 20 % des jeunes filles âgées de 16 ans avaient reçu les trois doses vaccinales, contre 27 % en 2010 (13). Le HCSP rappelle également qu'avec une couverture vaccinale si faible, il ne sera pas possible pour la

population concernée en France de bénéficier de l'efficacité constatée dans les pays ayant des couvertures beaucoup plus élevées. Au Royaume-Uni par exemple, 80 % de la population cible est vaccinée, notamment par le biais des médecins scolaires. Une concertation citoyenne est actuellement en cours en métropole. En effet suite au Rapport Hurel, la ministre des Affaires sociales et de la Santé a présenté début 2016 un plan d'action pour la rénovation de la politique vaccinale. Un des quatre axes de ce plan est d'organiser une grande conférence citoyenne sur la vaccination en fin d'année 2016 (24).

En Europe, selon une étude publiée en 2015, la moitié des pays ont mis en place l'organisation d'un programme de vaccination anti-HPV (25).

2. Méthodes

Le commanditaire de l'évaluation était l'Agence sanitaire et sociale de la Nouvelle-Calédonie. Il s'agissait d'une évaluation interne, de type normatif. Pour cette évaluation, une méthodologie mixte a été utilisée, c'est-à-dire à la fois quantitative et qualitative. Elle a été construite de façon collaborative et transversale. L'élaboration de la méthodologie d'évaluation a été coordonnée par l'évaluateur, grâce à l'appui de l'équipe-projet et du directeur de l'ASS-NC.

Elle a porté à la fois sur les ressources, les processus et les résultats du programme de vaccination anti-HPV en milieu scolaire. Dans un premier temps, trois objectifs de l'évaluation ont été définis :

- 1) Décrire dans quelle mesure les objectifs initiaux du programme de vaccination anti-HPV en milieu scolaire ont été atteints,
- 2) Identifier les facteurs favorables et les difficultés rencontrées dans l'implantation du programme,
- 3) Proposer des recommandations visant à améliorer celui-ci.

Les objectifs de l'évaluation ont ensuite été déclinés en six critères d'évaluation : couverture vaccinale, faisabilité, acceptabilité, communication, suivi et coût. Chaque critère correspondait à une question posée (question évaluative), à laquelle les résultats de l'évaluation devaient permettre de répondre. Pour chaque critère, des indicateurs quantitatifs et qualitatifs ont été déterminés. Afin de recueillir les indicateurs, des outils de recueil quantitatifs et qualitatifs ont été créés et les documents existants analysés. Des entretiens individuels ont été effectués auprès des professionnels de l'équipe-projet ASS-NC, des partenaires du comité de pilotage du programme et des médecins et infirmiers de l'équipe mobile de vaccination, investiguant chacun des six critères. L'ensemble des référents intra-établissement scolaire ont été interrogés via un questionnaire de 14 questions explorant la faisabilité et la communication. Un échantillon représentatif de la population calédonienne a été questionné à travers un questionnaire de 7 questions investiguant l'acceptabilité et la communication. L'ensemble des documents recueillis ont été analysés. Chacun des outils permettait tour à tour d'explorer un ou plusieurs critères d'évaluation et par conséquent de fournir des éléments de réponses aux six questions évaluatives posées. La stratégie d'analyse des résultats suivait une méthode classique qui dépendait de l'outil de recueil. Elle est décrite pour chacun des outils de recueil dans la section « Méthodologie spécifique de chaque outil de recueil ».

2.1. Justification

Au-delà du fait que l'évaluation constitue une démarche classique de santé publique, dont l'utilité est reconnue de façon unanime, l'évaluation de ce programme de vaccination en particulier s'avérait nécessaire pour les raisons suivantes :

- une tentative antérieure de mise en place de programme qui avait rapidement avorté,
- des difficultés inhérentes à tout programme de vaccination qu'il était fondamental d'investiguer lors d'une première campagne : collaboration entre acteurs, système de la chaîne du froid, acceptabilité, coût, etc...
- des difficultés rencontrées spécifiquement dans ce programme et des questions spécifiques qu'il était nécessaire d'investiguer lors de la première campagne, liées à l'implantation du programme en milieu scolaire et au type de vaccin.

2.2. Cadre de référence

Dans le but de construire notre méthodologie d'évaluation et de choisir les critères d'évaluation et les questions évaluatives, nous nous sommes basés sur deux documents :

- Program for Appropriate Technology in Health. Évaluation des programmes pilotes de vaccination anti-HPV. Expérience pratique de PATH. 2012 (26),
- Organisation Panaméricaine de la santé, bureau de l'OMS. Méthodologie pour l'évaluation internationale du programme élargi de vaccination. 2011 (27).

Selon l'organisation non gouvernementale internationale PATH, l'évaluation des programmes pilotes de vaccination anti-HPV requiert de considérer quatre questions de recherche primordiales : la couverture vaccinale, la faisabilité, l'acceptabilité et le coût. Afin de choisir les critères et de définir les questions évaluatives, nous nous sommes également inspirés de la « Méthodologie pour l'évaluation internationale du programme élargi de vaccination » de l'Organisation panaméricaine de la santé (Bureau de l'OMS). A l'issue de cette recherche bibliographique et des échanges au sein de l'équipe-projet, les six critères d'évaluation ont été retenus.

2.3. Commanditaire

Le commanditaire de l'évaluation était l'Agence sanitaire et sociale de la Nouvelle-Calédonie, représentée par son directeur le Dr Bernard Rouchon.

2.4. Effecteur

Il s'agit d'une évaluation interne. Celle-ci a été réalisée par l'interne, à l'occasion d'un stage de deux semestres au sein de l'Agence sanitaire et sociale de la Nouvelle-Calédonie. Ce stage s'est déroulé de novembre 2015 à octobre 2016. Cette étude a été mise en œuvre sous la direction du Dr Bernard Rouchon (directeur de thèse).

2.5. Finalité

Toute intervention de santé peut faire l'objet de deux types d'évaluation possédant chacune leur méthodologie propre :

- l'évaluation de recherche qui cherche à démontrer l'efficacité d'une action,
- l'évaluation normative qui cherche quant à elle à vérifier l'efficacité en population d'une action.

Dans notre cas, compte tenu des objectifs de l'évaluation, c'est la méthodologie d'évaluation normative qui est apparue le plus adaptée. Le tableau récapitulatif n° 30 présente en annexes une photographie de la méthodologie d'évaluation : une correspondance entre les objectifs de l'évaluation, les critères, les questions évaluatives, les données recueillies, ainsi que les outils de recueil utilisés à cette fin.

2.6. But et objectifs

2.6.1. But

Le but du travail était d'évaluer la première campagne (schéma vaccinal complet de deux doses) afin d'en identifier les freins et les leviers potentiels et d'apporter des recommandations d'amélioration.

2.6.2. Objectifs généraux

Les objectifs généraux de l'évaluation étaient les suivants :

- Objectif n°1 : Décrire dans quelle mesure les trois objectifs initiaux du programme de vaccination anti-HPV en milieu scolaire ont été atteints, soit :
 - un taux de couverture vaccinale du public-cible de 70 %,
 - l'amélioration du suivi des filles vaccinées,
 - la réduction des coûts de la vaccination HPV pour le financeur public.

- **Objectif n°2** : Identifier les facteurs favorables et les difficultés rencontrées dans l'implantation du programme,
- **Objectif n°3** : Proposer des recommandations visant à améliorer celui-ci.

2.7. Critères d'évaluation et questions évaluatives

Afin de répondre aux objectifs de l'évaluation, six critères d'évaluation présentés en synthèse dans le tableau ci-dessous ont été déterminés.

Objectifs de l'évaluation	Critères d'évaluation
1) Décrire dans quelle mesure les trois objectifs initiaux du programme ont été atteints, soit : - un taux de couverture vaccinale ciblé à 70 %, - l'amélioration du suivi des filles vaccinées, - la réduction des coûts de la vaccination HPV pour le financeur public.	- Couverture vaccinale - Suivi - Coût
2) Identifier les facteurs favorables et les difficultés rencontrées dans l'implantation du programme.	- Faisabilité - Communication - Acceptabilité
3) Proposer des recommandations visant à améliorer le programme.	- Utilisation des 6 critères

Tableau 5 : Objectifs et critères d'évaluation de l'évaluation de la première campagne du programme de vaccination anti-HPV en milieu scolaire, 2016

Les trois composantes classiques de l'évaluation (ressources, processus et résultats) ont pu être mesurées selon le critère considéré.

Critères d'évaluation	Composantes de l'évaluation
Couverture vaccinale	Résultats
Suivi	Résultats
Coût	Ressources
Faisabilité	Processus
Communication	Processus
Acceptabilité	Processus

Tableau 6 : Composantes de l'évaluation de la première campagne du programme de vaccination anti-HPV en milieu scolaire, 2016

A chaque critère d'évaluation correspondait une question évaluative. Les critères d'évaluation et questions évaluatives choisis devaient permettre de répondre aux objectifs de l'évaluation. La correspondance critère/question évaluative est présentée dans le tableau suivant.

Critère d'évaluation	Question évaluative
Couverture vaccinale	Quel est le niveau de couverture vaccinale du public-cible atteint par le programme de vaccination organisé en milieu scolaire ?
Suivi	Le programme de vaccination organisé en milieu scolaire a-t-il permis d'améliorer le suivi des filles vaccinées par vaccin HPV en NC en termes de schéma vaccinal complet, de sécurité et d'efficacité vaccinale ?

Coût	Le programme de vaccination organisé en milieu scolaire a-t-il permis de réduire les coûts de la vaccination HPV pour le financeur public, par rapport à la stratégie de vaccination opportuniste antérieure ?
Faisabilité	Quels ont été les facteurs favorables et les obstacles à la mise en œuvre du programme de vaccination organisé en milieu scolaire ?
Communication	Dans la stratégie de communication employée par l'ASS-NC, quels ont été les facteurs favorables et les freins à la mise en œuvre du programme de vaccination ?
Acceptabilité	Le programme de vaccination organisé en milieu scolaire s'est-il avéré acceptable pour l'ensemble des acteurs impliqués ?
Utilisation des 6 critères	A la suite de l'évaluation, quelles sont les améliorations que l'on peut proposer au programme de vaccination organisé en milieu scolaire ?

Tableau 7 : Critères d'évaluation et questions évaluatives relatives à la première campagne du programme de vaccination anti-HPV en milieu scolaire, 2016

A chaque critère, ont par la suite été associés des indicateurs, ainsi que des outils de recueil permettant de recueillir les données.

2.8. Données recueillies (indicateurs)

Les indicateurs ont été classés selon le critère d'évaluation et la composante de celle-ci. Ils sont d'ordre quantitatif et qualitatif. Compte tenu de leur nombre, la liste des indicateurs et leur correspondance avec leur critère d'évaluation est fournie en annexes (Tableau 30).

2.9. Outils de recueil

Afin de répondre à ses objectifs, l'évaluation du programme a été effectuée à l'aide de plusieurs outils de recueil de données. Ceux-ci se répartissent en deux catégories : réalisation d'enquêtes et analyse de documents. Les outils de recueils sont présentés en annexes en correspondance avec critères et indicateurs (Tableau 30).

2.9.1. Réalisation d'enquêtes

- par entretiens (étude qualitative) :
 - entretiens individuels semi-directifs auprès des partenaires du comité de pilotage,
 - entretiens individuels semi-directifs auprès des médecins et d'un infirmier de l'équipe mobile de vaccination,
 - entretiens auprès de l'équipe-projet ASS-NC (chef de projet et coordinatrice du programme de vaccination),

- entretien avec d'autres partenaires professionnels (assistante-sociale du vice-rectorat, IDE de la maison Gabriel Poedi, accueil de l'Institut Spécialisé Autisme Les Lucioles, Pharmagence).

- par questionnaire (étude quantitative)

- étude d'opinion sur la vaccination en population générale en Nouvelle-Calédonie (n=905, échantillon représentatif, prestataire externe I-Scope),

- questionnaire à destination des référents intra-établissement scolaire relatif au programme de vaccination anti-HPV.

2.9.2. Analyse de documents

- registre central de vaccination,

- document du vice-rectorat : Population scolaire 2015. Les élèves de Nouvelle-Calédonie en quelques chiffres. Vice-rectorat de la Nouvelle-Calédonie, Service des statistiques,

- document du vice-rectorat : Établissements du second degré de Nouvelle-Calédonie. Effectifs d'élèves et structures divisionnaires (situation de rentrée). Enseignements public et privé par commune. Année scolaire 2015. Vice-Rectorat de la Nouvelle-Calédonie,

- données de vente de Gardasil®/Cervarix® en NC (source : Pharmagence),

- données fournies par Ressources Humaines et service comptable ASS-NC (factures, fiches de paie etc.),

- autorisations parentales retournées à l'ASS-NC,

- pétition, communiqué de presse, blog anti-programme,

- fiches-bilan des séances de vaccination ou fiche de traçabilité,

- fiche de suivi de température chambre froide de DPASS ou fiche de gestion du stock de Gardasil,

- outils de communication du programme,

- compte-rendu des réunions de comité de pilotage,

- cahier des charges du programme,

- rapports annuels du Registre du cancer de NC de 2008 à 2013,

- rapport d'activité 2014 de l'ASS-NC,

- notes à Madame le membre du Gouvernement chargé d'animer et de contrôler le secteur de la santé de la jeunesse et des sports,

- compte-rendu de la réunion du bilan d'activité du Registre du cancer de NC (25/03/2016).

2.10. Analyses des résultats

Plusieurs méthodologies d'analyse de résultats ont été construites afin de répondre au mieux à chacun des outils de recueil des données en fonction des six critères d'évaluation. La méthodologie qui a été utilisée pour chaque outil de recueil, comprenant la méthodologie d'analyses de résultats est présentée dans le chapitre suivant.

2.11. Méthodologie spécifique de chaque outil de recueil

2.11.1. Réalisation d'enquêtes

2.11.1.1. Entretiens individuels semi-directifs auprès des partenaires du comité de pilotage et des médecins et IDE de l'équipe mobile de vaccination

- Objectif double :

- identifier les représentations des partenaires du comité de pilotage et des médecins et IDE de l'équipe mobile de vaccination, en lien avec la première campagne du programme de vaccination anti-HPV en milieu scolaire,

- décrire les facteurs favorisant et les freins du programme identifiés par les partenaires.

- Type d'étude : étude qualitative par entretiens semi-directifs individuels réalisés auprès des partenaires appartenant au comité de pilotage du programme, des médecins et IDE de l'équipe mobile de vaccination

- Public-cible : ensemble des partenaires appartenant au comité de pilotage du programme de vaccination anti-HPV en milieu scolaire ; médecins et IDE de l'équipe mobile de vaccination. Absence d'échantillonnage.

- Variables recueillies : voir grille d'entretien en annexes

- Recueil des données, modalités de recueil : le recueil des données était effectué à partir des entretiens semi-directifs individuels, par l'interne, évaluateur du programme. Entretien téléphonique ou en face-à-face. Réponse sur la base du volontariat. Entre décembre 2015 et juillet 2016. Modalité de prise de contact : demande d'entretien envoyée par l'évaluateur (mail ou téléphonique) présentant les objectifs et modalités pratiques de l'entretien (type d'entretien, durée prévisionnelle). Abandon après une relance sans réponse ou en cas de refus explicite.

- Construction de la grille d'entretien : travail collaboratif coordonné par l'interne, réunissant l'équipe mobile de vaccination et l'équipe-projet de l'ASS-NC.

- Saisie des données : la saisie des données était effectuée de façon informatique sur un outil de traitement de texte de type Word, par l'interne.

- Analyse des données, synthèse, plan d'analyse : les entretiens ont fait l'objet d'une analyse de contenu. Le traitement des données d'entretiens a été effectué manuellement. Dans un premier temps, chaque entretien a été analysé en fonction des critères d'évaluation : les données qualitatives ont été regroupées selon les six critères. Dans un second temps, l'ensemble des données recueillies classées par critère a fait l'objet d'une synthèse globale via une synthèse des entretiens. L'analyse et la synthèse des résultats ont été mises en œuvre par l'interne à l'aide du logiciel Word®.
- Premiers résultats : échantillon n=16, correspondant à un taux de participation de 76 % (21 personnes au total dans le public-cible, 16 entretiens, 1 refus explicite, 4 non-réponse).

2.11.1.2. Entretiens auprès de l'équipe-projet ASS-NC (chef de projet et coordinatrice du programme de vaccination)

Les entretiens auprès du chef de projet et de la coordinatrice du programme de vaccination ont été nombreux tout au long du processus d'évaluation, de décembre 2015 à août 2016. Ils étaient toujours en face-à-face et ont abordé l'ensemble des critères d'évaluation et des questions évaluatives. Ils ont fait l'objet d'une analyse de contenu.

2.11.1.3. Questionnaire à destination des référents intra-établissement scolaire

- Objectif double :
 - décrire l'organisation de la première campagne du programme en intra-établissement scolaire
 - recueillir l'opinion des référents du programme sur l'organisation de la première campagne en intra-établissement, après administration de la 1^{ère} dose
- Type d'étude : étude observationnelle descriptive, par questionnaire auto-administré
- Champ d'application : ensemble des collèges publics et privés sous contrat de Nouvelle-Calédonie
- Public-cible : ensemble des référents intra-établissement du programme de vaccination anti-HPV en milieu scolaire 2015 (n=55). Absence d'échantillonnage.
- Variables recueillies : voir questionnaire en annexes
- Recueil des données, modalités de recueil : envoi du questionnaire par voie électronique à l'ensemble des référents intra-établissement du programme une semaine avant le début des grandes vacances scolaires en décembre 2015. Réponse sur la base du volontariat.
- Construction du questionnaire :
 - Travail collaboratif coordonné par l'interne, réunissant l'équipe mobile de vaccination, l'équipe-projet ASS-NC et le médecin responsable de la santé scolaire du vice-rectorat.
 - Pré-test effectué auprès de deux infirmières scolaires par téléphone.

- Saisie, analyse des données, synthèse : épidémiologie descriptive, logiciels Sphinx® et Excel®, réalisé par l'interne.

- Premiers résultats : échantillon de n=27, correspondant à un taux de participation de 49% (55 personnes au total dans le public-cible)

2.11.1.4. Étude d'opinion sur la vaccination en population générale en Nouvelle-Calédonie

- Objectif : mesurer l'opinion de la population générale en Nouvelle-Calédonie au sujet de la vaccination en général et anti-HPV en particulier

- Type d'étude : étude observationnelle descriptive, par questionnaire hétéro-administré par téléphone

- Public-cible : population générale de plus de 15 ans en Nouvelle-Calédonie

- Public-source : échantillon de 903 personnes, représentatif de la population âgée de plus de 15 ans sur l'ensemble du territoire. Échantillon stratifié par zone et proportionnel. Précision des résultats de +/- 5 %. Les critères de représentativité sont l'âge, le sexe, la catégorie socio-professionnelle et la zone de résidence.

- Variables recueillies :

- l'opinion concernant la vaccination en général et la vaccination anti-HPV, les raisons évoquées par ceux étant défavorables à cette dernière

- le souvenir de la campagne de communication du programme de vaccination ; sa compréhension

- Pour ceux ayant une fille de 12 à 20 ans, évocation antérieure de sexualité avec elle

- Recueil des données, modalités de recueil : administration du questionnaire par téléphone en décembre 2015, par une équipe de 7 enquêteurs encadrés en permanence par un superviseur, auprès de numéros de téléphones fixes et portables (75 % Liberté et Abonnement). Les interviews ont été effectuées entre le 3 au 14 décembre 2015 (matin entre 10h et 13h30 et après-midi entre 15h30 et 19h). Les questions ont été intégrées à une étude Omnibus Grand Public comportant d'autres questions de santé. L'étude a été mise en œuvre par le prestataire externe I-Scope, pour et à la demande de l'ASS-NC.

- Construction du questionnaire :

- Travail collaboratif coordonné par l'interne, réunissant l'équipe mobile de vaccination et l'équipe-projet de l'ASS-NC,

- Pré-test effectué auprès du public (10 participants).

- Saisie, analyse des données : épidémiologie descriptive et analytique ; réalisée par le prestataire externe I-Scope pour et à la demande de l'ASS-NC. Logiciel Excel®.

- Premiers résultats : n=905. L'échantillon des personnes interrogées était conforme à celui de la population de référence (échantillon représentatif ; les écarts par rapport aux données du recensement général de la population de l'ISEE étaient inférieurs ou égaux à 5 %, un redressement n'était pas nécessaire).

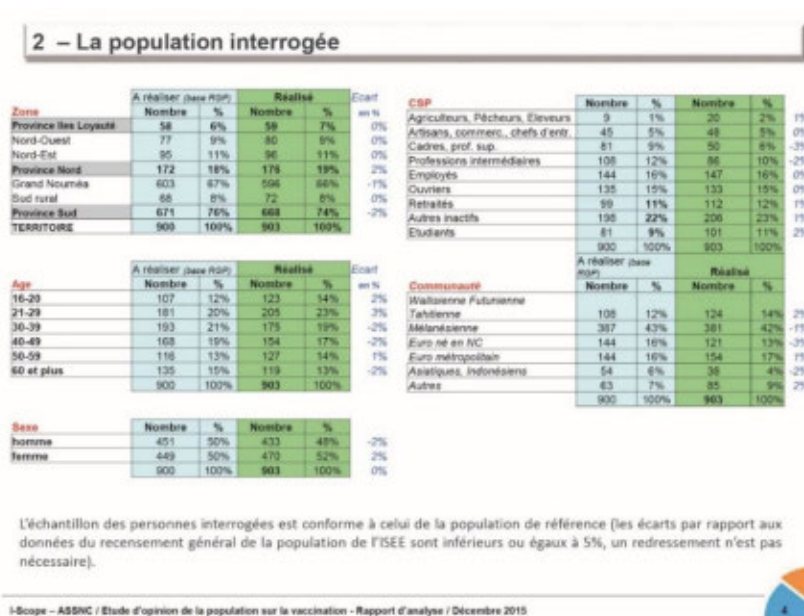


Figure 15 : Description de l'échantillon de population interrogée dans l'étude d'opinion sur la vaccination en population générale en Nouvelle-Calédonie, 2015

2.11.2. Analyse de documents

Les documents recueillis ont fait l'objet d'une analyse qualitative ou quantitative selon les cas. Pour les analyses quantitatives, les logiciels Excel® et Biostatgy ont été utilisés. En ce qui concerne les analyses qualitatives, une analyse de contenu a été réalisée.

A titre d'exemples :

- les données de vente de Gardasil® et Cervarix® en NC fournies par Pharmagence, ont fait l'objet d'une analyse quantitative à l'aide du logiciel Excel®.
- l'ensemble des documents nécessaires à la mesure des coûts de la première campagne du programme de vaccination et à l'estimation des coûts de la vaccination opportuniste (factures, fiches de paie, etc.) ont été recueillis et analysés à l'aide du logiciel Excel® également.

2.12. Méthodologie spécifique à chaque critère

2.12.1. Méthodologie du critère « couverture vaccinale »

2.12.1.1. Niveau et augmentation de couverture vaccinale

Deux sous-questions évaluatives :

- Quel est le niveau de couverture vaccinale du public-cible atteint par la première campagne du programme de vaccination?
- Dans quelle mesure le taux de couverture vaccinale du public-cible a-t-il augmenté depuis l'introduction du programme ?

Les dimensions de la couverture vaccinale se mesurent par une approche quantitative uniquement.

- Objectif double :

- décrire les résultats de la première campagne du programme de vaccination, en termes de taux de couverture vaccinale (CV) du public-cible, prise, taux de vaccination complète, pourcentage de refus, de non-retour d'autorisations parentales, de filles vaccinées en dehors du programme et de vaccinations non réalisées pour d'autres raisons.
- étudier l'effet de la première campagne du programme de vaccination HPV en milieu scolaire sur le taux de couverture vaccinale des filles de NC

- Type d'étude :

- étude observationnelle, descriptive, transversale. Étude rétrospective (étude quantitative)
- étude de type avant-après (étude quantitative)

- Champ d'application : ensemble des 57 collèges de Nouvelle-Calédonie

- Population étudiée, public-cible : ensemble des filles nées en 2003, scolarisées en collège public ou privé sous contrat en NC

- Echantillonnage : aucun

- Variables recueillies : pour chaque fille appartenant au public cible, les données suivantes ont été recueillies: nom, prénom, date de naissance, nom du collège, commune du collège, province du collège, statut public ou privé du collège, statut de vaccination (dose 1 seule, schéma vaccinal complet, refus, refus par vaccination effectuée hors programme, non-retour d'autorisation parentale, non vaccinée pour autre raison), date 1ère injection, N° de lot 1ère injection, médecin vaccinateur 1,

bras piqué 1, date de 2ème injection, N° de lot 2ème injection, médecin vaccinateur 2, bras piqué 2, évènements indésirables post-vaccinaux.

- Recueil et saisie des données :

Le recueil des données était effectué à partir des autorisations parentales retournées et signées et des entretiens avec les filles lors des actes de vaccination, par les professionnels de santé effectuant les actes de vaccination (équipe mobile de vaccination et professionnels des dispensaires), de façon prospective et exhaustive.

La saisie des données était effectuée de façon informatique sur le registre central de vaccination (fichier Excel®) par l'infirmier sur place au sein des collèges, lors de chacune des séances de vaccination (ordinateur portable) et par le médecin, au retour de chaque séance, au sein des locaux de l'ASS-NC.

- Analyse des données et synthèse des résultats :

- Les données chiffrées ont fait l'objet d'une analyse quantitative descriptive et ont été comparées selon la province du collège.

- Les raisons de refus ont fait l'objet d'une analyse qualitative à partir de la question ouverte « Autre » de l'autorisation parentale.

- Enquête avant-après : la situation "avant" servait de référence pour évaluer l'efficacité de l'intervention. Pour cela, deux chiffres ont été utilisés :

- nombre de filles vaccinées dans le cadre du programme avec schéma vaccinal complet,

- nombre de filles vaccinées « avant », c'est-à-dire en dehors du programme, autrement dit nombre d'autorisations parentales retournées comportant un refus, accompagné d'une des deux modalités suivantes cochées : « J'ai prévu une vaccination avec notre médecin de famille » ou « Mon enfant a déjà été vacciné ou sa vaccination est en cours ».

Le nombre de filles vaccinées « après » correspond à la somme de ces deux derniers chiffres. Dans un second temps ces effectifs ont été traduits en pourcentages. L'analyse de résultats et la synthèse ont été réalisées par l'interne, à l'aide des logiciels Excel® et Biostatgv.

2.12.1.2. Identification des filles de 12 ans en dehors du public-cible

Le public-cible du programme évalué correspond à l'ensemble des filles scolarisées en collège public et privé sous contrat en Nouvelle-Calédonie, fêtant leur 12ème anniversaire au cours de l'année

d'injection de la première dose de vaccin HPV. Pour la première campagne il s'agit des filles nées en 2003 (première injection en sept-novembre 2015).

- Hypothèse : un certain nombre de jeunes filles fêtant leur 12ème anniversaire en 2015 « échappent » au programme de vaccination. Le risque à redouter est indubitablement le creusement des inégalités sociales de santé.

- Objectif double :

- identifier les types de dispositifs encadrant les filles de 12 ans se situant en dehors du public-cible du programme de vaccination et le nombre de filles relevant de ces dispositifs en 2015

- émettre si besoin des recommandations de rattrapage de vaccination HPV.

- Variables recueillies :

- les types de dispositifs encadrant les filles de 12 ans « échappant » au programme, c'est-à-dire n'appartenant pas au public-cible,

-le nombre de filles relevant de chacun des dispositifs identifiés.

- Recueil des données :

Le recueil de données était mis en œuvre à partir de la définition du public-cible, la réalisation d'entretiens téléphoniques avec des professionnels de l'enfance et du champ du handicap (assistante sociale du vice-rectorat, IDE de la maison Gabriel Poedi de Nouville, accueil de l'Institut Spécialisé Autisme Les Lucioles), l'analyse de documents du vice-rectorat (28) (29).

- Analyse des données, synthèse : réalisée par l'interne évaluateur.

2.12.2. Méthodologie du critère « faisabilité »

2.12.2.1. Chaîne du froid

Deux sous-questions évaluatives ont été posées dans le cadre de l'évaluation du système de la chaîne du froid du programme :

- La chaîne du froid a-t-elle été respectée tout au long du programme de vaccination ?

- Quels ont été les facteurs favorables et les obstacles au respect de la chaîne du froid, lors du programme de vaccination organisé en milieu scolaire ?

Pour cela, trois étapes de travail ont été suivies :

- premièrement l'identification des différentes étapes du circuit du Gardasil au sein du programme de vaccination (avec deux circuits distincts),
- la surveillance du maintien des températures requises à chacune des étapes,
- enfin, l'identification des facteurs favorables et obstacles au respect de la chaîne du froid dans le cadre du programme.

2.12.2.2. Identification de la population cible

Sous-question évaluative : Quels ont été les facteurs favorables et les obstacles à la mise en œuvre du programme en termes d'identification de la population-cible ?

Dans le cadre de l'évaluation du processus d'identification du public cible, trois travaux ont été effectués :

- la description du dispositif d'identification des filles incluses,
- l'évaluation de la validité effective de l'identification,
- l'évaluation de la validité effective de l'invitation à recevoir le vaccin.

Sources de données :

- entretiens auprès des parties prenantes (médecin du vice-rectorat, équipe-projet),
- questionnaire à destination des référents intra-établissement,
- analyse du cahier des charges du programme,
- analyse du registre central de vaccination.

2.12.2.3. Perte vaccinale

Sous-question évaluative : Quels ont été les facteurs favorables et les obstacles à la mise en œuvre du programme, en termes de perte vaccinale ?

Le calcul du taux de perte vaccinale n'a pas pu être réalisé par manque de données à notre disposition. Par conséquent une estimation de la probabilité de perte vaccinale a été effectuée pour chacune des raisons de perte identifiées par l'Organisation mondiale de la santé (30).

Sources de données :

- entretiens avec l'équipe-projet de l'ASS-NC,

- analyse des documents de traçabilité.

La méthodologie qui a été employée pour évaluer autres sections du chapitre « Faisabilité » ne nécessite pas de précisions supplémentaires.

2.12.3. Méthodologie du critère « communication »

La méthodologie qui a été employée pour évaluer la communication ne nécessite pas de précisions supplémentaires.

2.12.4. Méthodologie du critère « acceptabilité »

Les dimensions de l'acceptabilité du vaccin ont été mesurées selon des approches quantitatives et qualitatives.

Trois sous-questions évaluatives ont été posées dans le cadre de l'évaluation de l'acceptabilité du programme :

- Quel est le niveau d'adhésion au programme de vaccination des différents acteurs ?
- Quels sont les facteurs d'adhésion et de non-adhésion du public-cible, des partenaires et de l'ensemble de la population au programme de vaccination évalué ?
- Quel niveau d'influence les acteurs antivaccinaux locaux ont-ils eu sur la décision des parents/tuteurs légaux à faire vacciner leur fille dans le cadre du programme ?

2.12.5. Méthodologie du critère « suivi »

La méthodologie qui a été employée pour évaluer le critère de suivi ne nécessite pas de précisions supplémentaires.

2.12.6. Méthodologie du critère « coût »

L'analyse de coûts avait un double objectif :

- comparer le coût des deux stratégies de vaccination pour une efficacité comparable dans le but d'alimenter l'argumentaire en faveur ou non, de la poursuite du programme.
- faciliter la planification financière du programme de vaccination en estimant la quantité de fonds nécessaires à investir lors de chaque campagne.

Celle-ci consistait en :

-un examen des coûts seuls et non des conséquences (données d'efficacité du programme en termes de morbi-mortalité non disponibles à ce jour), pour une efficacité comparable avec comparaison des deux options.

Dans ce cadre, nous avons choisi le point de vue du financeur public -et non celui du médecin-effecteur, du patient, de l'enseignement secondaire ou de la société.

Les étapes de travail suivantes ont été mises en œuvre :

- mesure des coûts du programme de vaccination organisé en milieu scolaire, pour le financeur public (nouvelle stratégie),
- estimation des coûts de la vaccination opportuniste à taux de couverture vaccinale égal (ancienne stratégie),
- une comparaison des coûts des deux stratégies, à taux de couverture vaccinale égal.

Concernant le périmètre de coût choisi, seuls les coûts directs ont été considérés. Ils correspondent aux coûts de production de l'action de prévention, autrement dit aux coûts de tout ce qui est nécessaire à la planification, mise en œuvre et évaluation du programme organisé ou de la stratégie de vaccination opportuniste. Compte tenu de la complexité de calcul et d'estimation des coûts indirects pour chacune des deux stratégies, de l'absence de données à notre disposition pour réaliser ce calcul et de la primauté des coûts directs, seuls les coûts directs ont été considérés.

Pour rappel, le programme de vaccination organisé évalué se déclinait en campagnes, chacune se déroulant sur un an et correspondant à une génération de filles de 12 ans ciblées par le programme. La première campagne s'est déroulée sur une année, en 2015/2016 avec 827 filles vaccinées. Les coûts respectifs de la stratégie de vaccination organisée et de la vaccination opportuniste pour 827 filles vaccinées sont présentés.

2.13. Communication des résultats

Au terme de l'étude et après rédaction de la thèse, la restitution des résultats a été réalisée auprès de l'ensemble des acteurs impliqués :

- ASS-NC (communication interne) :
 - présentation orale à l'équipe-projet ASS-NC du programme
 - présentation orale à l'ensemble des chefs de projets ASS-NC

- Partenaires du COPIL (DASS-NC, provinces, vice-rectorat, directions confessionnelles, membres du Gouvernement, CHT, associations de parents d'élèves) : diffusion de la thèse
- Autres professionnels impliqués (professionnels des établissements scolaires, chefs d'établissement, infirmier(e)s scolair(e)s) : diffusion de la thèse
- Parents et public : thèse disponible en ligne sur le site de l'ASS-NC www.ass.nc.

Par ailleurs, cette évaluation faisait l'objet d'un travail universitaire en lien avec l'Université de Nantes. La soutenance de thèse s'est tenue le 17 novembre 2017 à l'université de Nantes.

2.14. Aspects éthiques et légaux

- Cadre règlementaire :

L'évaluation a été conduite conformément à la Loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée par la loi du 1er juillet 1994 et complétée par un décret d'application le 9 mai 1995.

- Demande d'autorisation auprès de la CNIL :

Même si la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) n'est pas compétente en Nouvelle-Calédonie, l'ASS-NC a envoyé à cette commission une demande d'autorisation préalable à la mise en œuvre de traitements automatisés de données à caractère personnel, en décembre 2014. En dehors d'un accusé de réception, la CNIL n'a émis aucune réponse à ce jour. Les données du registre central de vaccination avaient préalablement à leur analyse, fait l'objet d'une anonymisation.

2.15. Calendrier

Le calendrier qui a été suivi lors des différentes étapes du projet est exposé dans le tableau suivant.

Novembre 2015 à mars 2016	Recherche bibliographique et documentaire Construction de la méthodologie d'évaluation Rencontre des différents acteurs Nettoyage de la base (registre central de vaccination)
Décembre à août 2016	Recueil des données
Mars à juillet 2016	Analyse des résultats
Juin à septembre 2016	Rédaction de la thèse
Septembre-octobre 2016	Restitution des résultats à l'ensemble des acteurs
19 septembre, 17 novembre 2016	Restitution orale des résultats (COPIL, soutenance de thèse)

Tableau 8 : Calendrier de l'évaluation du programme de vaccination anti-HPV en milieu scolaire

La phase de recueil de données a été effectuée du 1er décembre 2015 au 15 août 2016. L'ensemble des résultats présentés dans ce document sont ceux datant du 31 août 2016.

3. Résultats

3.1. Description du programme évalué

- Description du programme

- Programme de vaccination anti-HPV organisé en milieu scolaire en Nouvelle-Calédonie
- Première campagne en 2015/2016 à cheval sur deux années scolaires :
 - première vague : injection de la première dose, de septembre à décembre 2015
 - deuxième vague : injection de la deuxième dose, de mars à mai 2016
- Vaccin tétravalent anti-HPV Gardasil®
- Schéma vaccinal complet comportant 2 doses à administrées à six mois d'intervalle
- Vaccination proposée à toutes les filles de 12 ans scolarisées en collège public et privé sous contrat
- Vaccination obligatoirement soumise à l'accord du parent ou tuteur légal : autorisation parentale remise aux élèves préalablement à la séance de vaccination
- Organisations impliquées : ASS-NC, CAFAT, 3 Provinces (DPASS province Sud, DASSPS province Nord, DACAS province des Iles Loyauté), Vice-Rectorat de la NC, DASS-NC, Gouvernement, Centre Hospitalier Territorial
- Coordination du programme assurée par l'ASS-NC
- Milieu scolaire :
 - la vaccination était réalisée directement dans les collèges lors de séances de vaccination, pendant le temps scolaire sur les horaires de présence des élèves,
 - l'ASS-NC veillait à ce que les chefs d'établissement soient tenus informés du calendrier des séances de vaccination.
- Un référent du programme dans chaque établissement scolaire (majoritairement l'IDE scolaire) : rôle de référent et de distribution et récupération des autorisations parentales.
- Un total de 57 collèges répartis sur l'ensemble du territoire
- Médecins vaccinateurs :
 - une équipe mobile de vaccination (un médecin et un infirmier) se rendant dans les collèges pour assurer les séances de vaccination

- médecins des dispensaires en province Sud hors Grand Nouméa et province des Iles
- Stratégie de communication : campagne de communication à destination du grand public, des parents des filles de 12 ans, des professionnels de santé et des professionnels des collèges
- Premier programme de vaccination anti-HPV organisé en milieu scolaire mis en place en France
- Contexte juridique : article 14 de la délibération N°45/CP du 20 avril 2011 du Congrès de NC (20).

- Objectifs du programme

L'organisation du programme de vaccination anti-HPV en milieu scolaire visait trois objectifs généraux :

- Objectif général 1 : Réduire des inégalités sociales et territoriales de santé face aux pathologies liées aux virus HPV chez les femmes en NC, en particulier le cancer du col de l'utérus.
 - Objectif spécifique 1 : Réduire l'incidence du cancer du col de l'utérus et autres pathologies liées aux virus HPV chez les femmes en NC (infections HPV, condylomes acuminés, lésions précancéreuses cervicales).
 - Objectif spécifique 2 : Améliorer l'accessibilité au vaccin HPV pour les filles de 12 ans en NC.
- Objectif général 2 : Améliorer le suivi des filles vaccinées par vaccin HPV en NC.
 - Objectif spécifique 1 : Suivre la pharmacovigilance du vaccin HPV (événements indésirables post-vaccinaux).
 - Objectif spécifique 2 : Suivre l'impact de la vaccination HPV sur l'incidence du cancer du col de l'utérus.
- Objectif général 3 : Réduire les coûts de la vaccination HPV pour le financeur public, à taux de couverture vaccinale égal.

- Public-cible

Le programme de vaccination s'adresse à une partie des filles concernées par l'article 14 de la délibération du Congrès de la Nouvelle-Calédonie n°45 CP du 20/04/2011 (20). Les critères d'admissibilité ou critères de sélection sont les suivants :

-Critères d'inclusion :

- ensemble des filles fêtant leur 12ème anniversaire au cours de l'année d'injection de la première dose de vaccin HPV
- scolarisées en collège public et privé sous contrat en Nouvelle-Calédonie,
- dont un parent ou tuteur légal a donné son accord pour la vaccination anti-HPV via la fiche d'autorisation parentale signée et retournée au collège.

-Critères d'exclusion :

- refus de vaccination du parent ou tuteur légal quel que soit le motif, y compris une vaccination HPV en cours (première dose reçue) , déjà réalisée, ou prévue avec le médecin traitant, en dehors du cadre du programme (via fiche d'autorisation parentale signée),
- absence de retour de la fiche d'autorisation parentale,
- refus de l'enfant de se faire vacciner le jour de la séance de vaccination,
- présence d'une contre-indication temporaire ou définitive.

- Promoteur

Agence Sanitaire et Sociale de la Nouvelle-Calédonie

- Mode de financement

Le financement du programme était assuré par différentes institutions publiques : l'ASS-NC, la CAFAT et les trois provinces. A cela il faut ajouter le coût du temps médical, paramédical et administratif du vice-rectorat et de la DASS-NC.

- Modalités de prise en charge

L'ensemble du programme de vaccination anti-HPV y compris les actes relevant de la vaccination anti-HPV (vaccins, consultations et injections) étaient pris en charge gratuitement et sans avance de frais pour les filles de la population-cible.

- Organisation pratique

Calendrier de la première campagne

- 21 sept. 2015 - 21 juin 2016 : première campagne du programme de vaccination HPV en milieu scolaire,
- 21 sept. - 6 oct. 2016: campagne de communication auprès du grand public,
- 21 sept. - 20 nov. 2015 : première vague de la première campagne (administration de première dose),
- 21 mars - 21 juin 2016 : deuxième vague de la première campagne (administration de deuxième dose).

Stratégie d'invitation

Un fichier transmis par le vice-rectorat à l'ASS-NC centralisait la liste de toutes les filles fêtant leur 12ème anniversaire en 2015, inscrites en collèges publics et privés sous contrat en Nouvelle-Calédonie.

L'ASS-NC a par la suite transmis à chacun des référents intra-établissement des collèges les fiches d'autorisation parentale et la liste des filles du collège inscrites sur le fichier en question. Les référents distribuaient l'autorisation parentale à toutes les filles de la liste. Il était demandé aux élèves de transmettre cette autorisation parentale à leur parent et de la retourner signée au référent, qu'il s'agisse d'un accord ou un refus. Il était demandé aux référents de récupérer l'ensemble des autorisations parentales avant la date de séance de vaccination.

Cette autorisation était accompagnée d'un dépliant d'information sur le vaccin HPV (voir annexe).

La fiche d'autorisation parentale comportait également un questionnaire médical, constituant une aide à la prescription de la vaccination par le médecin.

Les filles ayant reçu une première dose dans le cadre du programme étaient invitées à recevoir la seconde dose dans leur collège, six mois plus tard.

Planification des séances de vaccination

Un planning de passage de l'équipe mobile de vaccination dans les collèges était établi par l'ASS-NC. Il était ensuite transmis au vice-rectorat, qui le transmettait à son tour à l'ensemble des collèges impliqués. En province Sud en dehors du Grand Nouméa le planning était établi en coordination par l'ASS-NC, la gestionnaire des dispensaires de Bourail/La Foa et les collèges.

La planification des séances de vaccination tenait compte des temps de trajets de l'équipe mobile de vaccination entre les différents établissements scolaires, notamment en province Nord. La durée de

vaccination était estimée à 5 minutes par élève pour la première vague et a été revue à 10 minutes pour la deuxième vague. Il était prévu une surveillance des filles durant 15 minutes suivant l'injection. L'élève était absente de ses activités scolaires pour une durée minimale de 30 minutes.

- Formation de l'équipe mobile de vaccination

Le cahier des charges du programme indique qu'une formation de l'équipe mobile de vaccination aux spécificités du programme était prévue par l'équipe-projet de l'ASS-NC.

3.1.1. Enseignement secondaire en Nouvelle-Calédonie

L'enseignement secondaire constitue le milieu d'implantation du programme. En Nouvelle-Calédonie, une année scolaire se déroule sur une année civile. La première campagne du programme de vaccination s'est déroulée à cheval sur deux années scolaires, la première dose étant administrée en 2015 et la deuxième en 2016. Il existe un total de 57 collèges en Nouvelle-Calédonie. 28 établissements se trouvent en Province Sud, 19 en province Nord et 10 dans les Iles Loyauté. Il s'agit de 34 collèges publics et 23 privés. Les collèges publics sont rattachés au vice-rectorat de Nouvelle-Calédonie alors que les privés sont liés à différentes directions confessionnelles : 13 collèges de la Direction diocésaine de l'enseignement catholique (DDEC), 8 de l'Alliance scolaire de l'église évangélique (ASEE), 2 de la Fédération de l'enseignement libre protestant (FELP). La province Sud comporte majoritairement des collèges publics (71 % des collèges), alors que les provinces du Nord et des Iles Loyauté ont en majorité des collèges privés (respectivement 53 % et 60 %).

Parmi les 57 collèges, il existe deux «groupements d'observation dispersés» (G.O.D.), annexes de collèges publics, le collège de Canala et G.O.D. de Kouaoua (province Nord) et le collège de Lifou Wé Laura Boula - SEGPA et G.O.D. de Mou (province des Iles Loyauté).

Les séances de vaccination, qui se tiennent toutes au sein des collèges, ont donc lieu sur un total de 57 sites de vaccination.

A noter qu'à la rentrée 2016, un nouveau collège a vu le jour à Koné en plus du collège préexistant (Collège de Koné – ALP) en raison du développement économique local important. Il s'agit du collège de Koné Païamboué. Entre les deux vagues, à cheval sur les deux années scolaires 2015 et 2016, 6 filles ont changé d'établissement à Koné, pour aller du collège de Koné – ALP au Collège de Païamboué. Le suivi a bien été effectué pour l'administration de la deuxième dose. Les cartes suivantes présentent la répartition des établissements du second degré publics et privés sur le territoire, comprenant à la fois les collèges et les lycées (31).

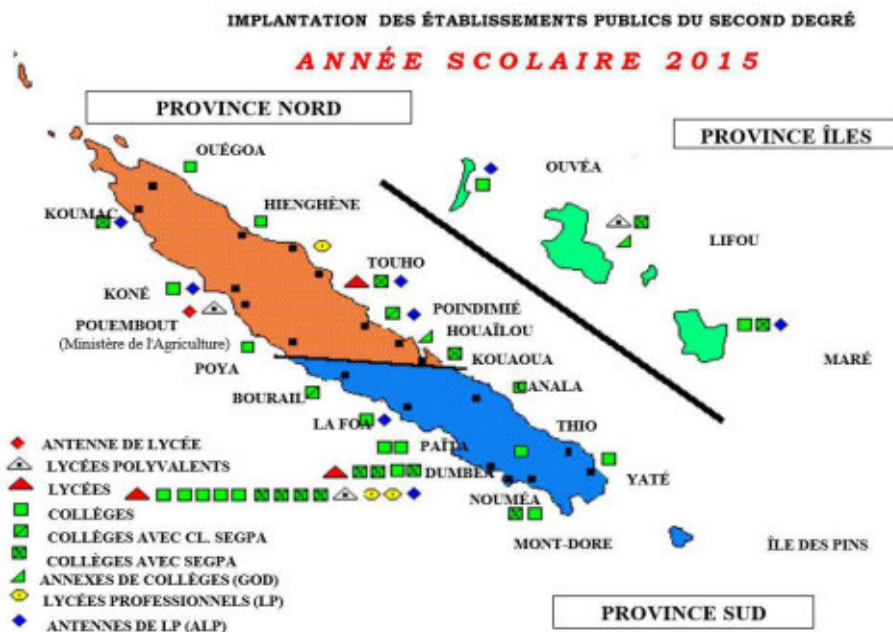


Figure 16 : Implantation des établissements scolaires publics du second degré en Nouvelle-Calédonie, 2015

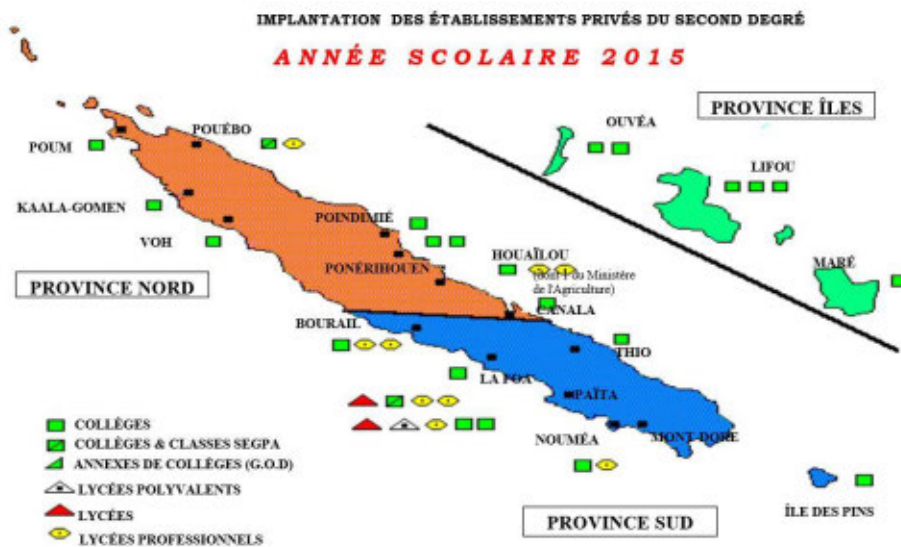


Figure 17 : Implantation des établissements scolaires privés du second degré en Nouvelle-Calédonie, 2015

3.2. Couverture vaccinale

Critère d'évaluation n°1 Couverture Vaccinale	
Question évaluative	Quel est le niveau de couverture vaccinale du public-cible atteint par le programme de vaccination organisé en milieu scolaire ?
Plan d'analyse	I) Quel est le niveau de couverture vaccinale du public-cible atteint par le programme de vaccination ? II) Dans quelle mesure le taux de CV du public-cible a-t-il augmenté depuis l'introduction du programme ? III) Le public-cible choisi par le programme de vaccination couvre-t-il bien la totalité de la classe d'âge des filles de 12 ans en NC ?

La couverture vaccinale est une mesure déterminante de toute évaluation de programme de vaccination. En termes de composante d'évaluation, la mesure du taux de couverture vaccinale rentre dans le cadre de l'évaluation de résultats. Indicateur du succès du programme à atteindre la population visée, elle révèle aussi indirectement son acceptabilité auprès de la communauté ainsi que sa faisabilité. Un programme de vaccination atteignant une vaste proportion de la population-cible laisse entendre que les parents et les enfants l'ont accepté et que les professionnels de terrain ont pu le mettre en œuvre de façon adéquate. Le terme de « couverture vaccinale » embrasse différentes dimensions. Trois indicateurs de la couverture vaccinale sont ici décrits : la prise, le taux de vaccination complète et le taux de couverture vaccinale.

Pour décrire de façon complète la couverture vaccinale du programme de vaccination, nous devons utiliser ces trois indicateurs, le taux de couverture vaccinale constituant l'indicateur le plus important de l'évaluation.

Dans la cadre de l'évaluation, nous définissons les termes suivants.

- Public-cible du programme de vaccination HPV ou public éligible ou bénéficiaires :

- Critères d'inclusion :

- ensemble des filles fêtant leur 12ème anniversaire au cours de l'année d'injection de la première dose de vaccin HPV (pour la première campagne il s'agissait des filles nées en 2003),
- scolarisées en collège public et privé sous contrat en Nouvelle-Calédonie,

- dont un parent ou tuteur légal a donné son accord pour la vaccination anti-HPV via la fiche d'autorisation parentale signée et retournée au collègue.

- Critères d'exclusion :

- refus de vaccination du parent ou tuteur légal quel que soit le motif, y compris une vaccination HPV en cours (première dose reçue) , déjà réalisée, ou prévue avec le médecin traitant, en dehors du cadre du programme (via fiche d'autorisation parentale signée),

- absence de retour de la fiche d'autorisation parentale,

- refus de l'enfant de se faire vacciner le jour de la séance de vaccination,

- présence d'une contre-indication temporaire ou définitive.

- Définition des indicateurs

- Prise : nombre de filles ayant reçu au moins la première dose du vaccin HPV, parmi celles appartenant au public-cible.

- Taux de vaccination complète : nombre de bénéficiaires du public-cible ayant reçu les première et deuxième doses, divisé par la prise, exprimé sous forme de pourcentage.

- Taux de couverture vaccinale : nombre de bénéficiaires du public-cible ayant reçu les deux doses du vaccin HPV en fin de première campagne, divisée par le nombre de filles appartenant au public-cible. Le taux de couverture vaccinale s'exprime sous forme de pourcentage et est mesuré en fin de première campagne. La différence entre la couverture et la prise est que la couverture inclut un dénominateur.

3.2.1. Niveau de couverture vaccinale

Sous-question évaluative : Quel est le niveau de couverture vaccinale du public-cible atteint par la première campagne du programme de vaccination ?

Les résultats de couverture vaccinale à l'issue de la première campagne du programme de vaccination anti-HPV en milieu scolaire en NC sont présentés dans les deux tableaux suivants.

	Nombre de filles appartenant au public-cible	Nombre de filles vaccinées (schéma vaccinal complet)	Taux de couverture vaccinale (schéma vaccinal complet)	Nombre de refus	Pourcentage de refus	Nombre de filles déclarées vaccinées en dehors du programme	Pourcentage de filles déclarées vaccinées en dehors du programme	Nombre de non-retour d'autorisation parentale	Pourcentage de non-retour d'autorisation parentale
Province Sud	1399	515	37%	190	14%	83	6%	594	42%
Province Nord	393	218	55%	36	9%	10	3%	119	30%
Province des Iles Loyau	163	94	58%	6	4%	2	1%	53	33%
Total Nouvelle-Calédonie	1955	827	42%	232	12%	95	5%	766	39%

Tableau 9 : Résultats de couverture vaccinale du public-cible (filles de 12 ans) à l'issue de la première campagne du programme de vaccination anti-HPV en milieu scolaire en Nouvelle-Calédonie, 2016

	Nombre de filles ayant reçu uniquement la première dose	Pourcentage de filles ayant reçu uniquement la première dose	Nombre de filles non vaccinées pour d'autres raisons	Pourcentage de filles non vaccinées pour d'autres raisons
Province Sud	21	2%	1	0,1%
Province Nord	6	2%	1	0,3%
Province des Iles Loyau	5	3%	1	0,6%
Total Nouvelle-Calédonie	32	2%	3	0,2%

Tableau 10 : Résultats complémentaires de couverture vaccinale du public-cible (filles de 12 ans) à l'issue de la première campagne du programme de vaccination anti-HPV en milieu scolaire en Nouvelle-Calédonie, 2016

Public-cible

Au total, **1955 filles** appartenaient au public-cible du programme de vaccination. Il s'agissait pour la première campagne de l'ensemble des filles nées en 2003 scolarisées en collège public ou privé sous contrat en NC, en dehors des critères d'exclusion (2015/2016). 72% du public-cible du programme de vaccination se trouvait en province Sud, 20% en province Nord et 8% en provinces des Iles Loyauté. Au terme de la première campagne, l'ensemble du public-cible c'est-à-dire les filles de 12 ans « vaccinables », se répartit de la façon suivante :

- les filles vaccinées dans le cadre du programme (schéma vaccinal complet et première dose seule),
- les filles non vaccinées dans le cadre du programme :
 - les non-retours de l'autorisation parentale,

- les filles dont les parents ou tuteurs légaux ont exprimé un refus, c'est-à-dire un retour de l'autorisation parentale signée avec la modalité « Non » cochée,
- les filles vaccinées en dehors du programme, autrement dit celles pour qui une vaccination anti-HPV est déjà réalisée, en cours, ou prévue chez le médecin traitant,
- les filles non vaccinées pour d'autres raisons (absence, contre-indication temporaire...).

Taux de couverture vaccinale = 42 %

Au total, 827 filles ont été vaccinées par vaccin HPV dans le cadre du programme, par schéma vaccinal complet (2 doses), ce qui représente 42 % des filles vaccinables. Le taux de CV par vaccin HPV [lié au programme] s'élève donc à 42 % des filles de 12 ans en NC.

Le taux de CV diffère selon la province de façon statistiquement significative (test de Chi-2 ; $p < 0.001$). En effet, il est le plus élevé en province Iles (58 %), puis au Nord (55 %). Il est le plus faible en province Sud avec seulement 37 % des filles qui ont été vaccinées dans le cadre du programme.

Prise = 859 filles

Un total de 859 filles a reçu la première dose du vaccin HPV dans le cadre du programme, parmi les filles appartenant au public-cible. 32 jeunes filles ont reçu leur première dose mais pas la deuxième. Parmi celles-ci, 10 ont été perdues de vue (déménagement en dehors du territoire) et un rattrapage est prévu pour les 22 restantes, qui étaient absentes ou présentaient une contre-indication temporaire le jour de la séance de vaccination.

Taux de vaccination complète = 96 %

Le taux de vaccination complète correspondant au nombre de bénéficiaires du public-cible ayant reçu les première et deuxième doses, divisé par la prise est de 96 %.

Pourcentage de non-retour d'autorisation parentale = 39 %

Le référant intra-établissement, correspondant le plus souvent à l'IDE scolaire du collège, distribuait les autorisations parentales aux enfants et leurs demandait de la ramener signée avant le jour de vaccination dans le collège. Il était important que les élèves ramènent l'autorisation parentale signée,

quelle que soit la décision du parent. L'autorisation parentale signée était obligatoire pour vacciner les filles. Le non-retour de ce document impliquait donc toujours que la fille n'était pas vaccinée.

L'autorisation parentale n'a pas été récupérée par le référent intra-établissement dans 39 % des cas ce qui représente 766 filles. Le nombre de non-retour des autorisations parentales était proportionnellement plus important en province Sud (42 %), qu'en province des Iles (33 %) et Nord (30 %). Il s'agit d'une différence statistiquement significative (test du Chi2 ; $p < 0,001$)

Pourcentage de refus de vaccination = 12 %

Les parents ou tuteurs légaux ont refusé cette vaccination dans 12 % des cas. Cela correspond à 232 filles. Le taux de refus est comparativement plus élevé en province Sud (14 %), qu'en province Nord (9 %) et Iles (4%). La différence entre provinces est statistiquement significative (test de Chi-2 ; $p < 0,001$).

A noter que les effectifs décrits incluent les refus exprimés sur l'autorisation parentale, avec ou sans commentaire et en dehors d'une vaccination déjà réalisée, en cours ou programmée avec le médecin traitant. D'autre part, les raisons invoquées de refus de vaccination sont présentées dans la section Acceptabilité > Raisons de ne pas accepter la vaccination HPV.

Pourcentage de vaccination réalisée en dehors du programme = 5 %

Les filles déclarées comme vaccinées en dehors du cadre du programme sont celles dont la vaccination HPV a déjà été réalisée, est en cours ou prévue avec le médecin traitant. Il s'agit de données déclaratives, recueillies sur l'autorisation parentale complétée par le parent ou tuteur légal. Elles représentent 95 filles, soit 5% de la population-cible. Les filles déjà vaccinées par ailleurs sont proportionnellement plus nombreuses en province Sud (6 %), qu'en province Nord (3 %) et dans les Iles (1 %). Il existe une différence statistiquement significative (test du Chi2 ; $p = 0.0017$).

Pourcentage d'élèves non vaccinées pour d'autres raisons = 0,2 %

Les autres raisons de non-vaccination (absence, contre-indication temporaire...) représentent seulement 3 cas sur l'ensemble du programme et donc un pourcentage dérisoire.

- **Question : Quel est le niveau de couverture vaccinale du public-cible atteint par la première campagne du programme de vaccination?**
- **Réponse :**

42 % de taux de CV (les objectifs du programme visaient 70 %). Significativement plus élevé en provinces Iles et Nord par rapport au Sud.

39 % de non-retour des autorisations parentales. Significativement plus élevé en province Sud par rapport aux Iles et Nord.

12 % de refus. Significativement plus élevé en province Sud par rapport aux Iles et Nord.

5 % de filles vaccinées en dehors du programme.

3.2.2. Augmentation de couverture vaccinale

Sous-question évaluative : Dans quelle mesure le taux de couverture vaccinale du public-cible a-t-il augmenté depuis l'introduction du programme ?

Cette section indique les résultats de taux de couverture vaccinale de l'étude « avant-après ». Le tableau 11 présente les résultats de la vaccination en termes d'évolution d'effectifs et de pourcentages de filles de 12 ans vaccinées par vaccin HPV, suite à la première campagne du programme de vaccination anti-HPV. A l'échelle des provinces, le nombre de filles du public-cible vaccinées est passé de 83 à 598 en province Sud, 10 à 228 en province Nord et de 2 à 96 dans les Iles.

Le pourcentage de filles du public-cible vaccinées est donc passé de 6 % à 43 % en province Sud, 3 % à 58 % en province Nord et de 1 % à 59 % dans les Iles.

	Nombre de filles vaccinées (schéma vaccinal complet)	Taux de couverture vaccinale (schéma vaccinal complet)	Nombre de filles vaccinées avant (en dehors du programme (vaccination déjà réalisée, en cours ou prévue avec MT))	Pourcentage de filles vaccinées en dehors du programme	Nombre de filles vaccinées après (hors+par le programme)	Pourcentage de filles vaccinées après (hors+par le programme)	Coefficient de multiplication du taux de CV avant-après le programme
Province Sud	515	36,8%	83	5,9%	598	42,7%	7,2
Province Nord	218	55,5%	10	2,5%	228	58,0%	22,8
Province des Iles Loyauté	94	57,7%	2	1,2%	96	58,9%	48,0
Total Nouvelle-Calédonie	827	42,3%	95	4,9%	922	47,2%	9,7

Tableau 11 : Évolution des effectifs et pourcentages du public-cible vacciné par vaccin HPV avant et après la première campagne du programme de vaccination anti-HPV en milieu scolaire, 2016

En 2015, 42 % des filles de 12 ans scolarisées en NC ont été vaccinées par vaccin HPV dans le cadre du programme évalué (n=827), alors que 5 % d'entre elles étaient déjà vaccinées dans un autre cadre (n=95).

Afin de réaliser une estimation de la couverture vaccinale totale du public-cible par vaccin HPV, ces deux pourcentages ont été additionnés. Cela correspondrait à un taux de couverture vaccinale totale du public-cible « après » le programme, de 47% soit n=922. Par conséquent sur l'ensemble de la NC, le taux de couverture vaccinale des filles de 12 ans scolarisées en NC par vaccin HPV est passé de 5 % à 47 % suite à la première campagne du programme de vaccination anti-HPV. Il a donc été multiplié par 10. Ce coefficient multiplicateur à l'échelle de la Nouvelle-Calédonie constitue un ordre de grandeur qui semble pouvoir être retenu.

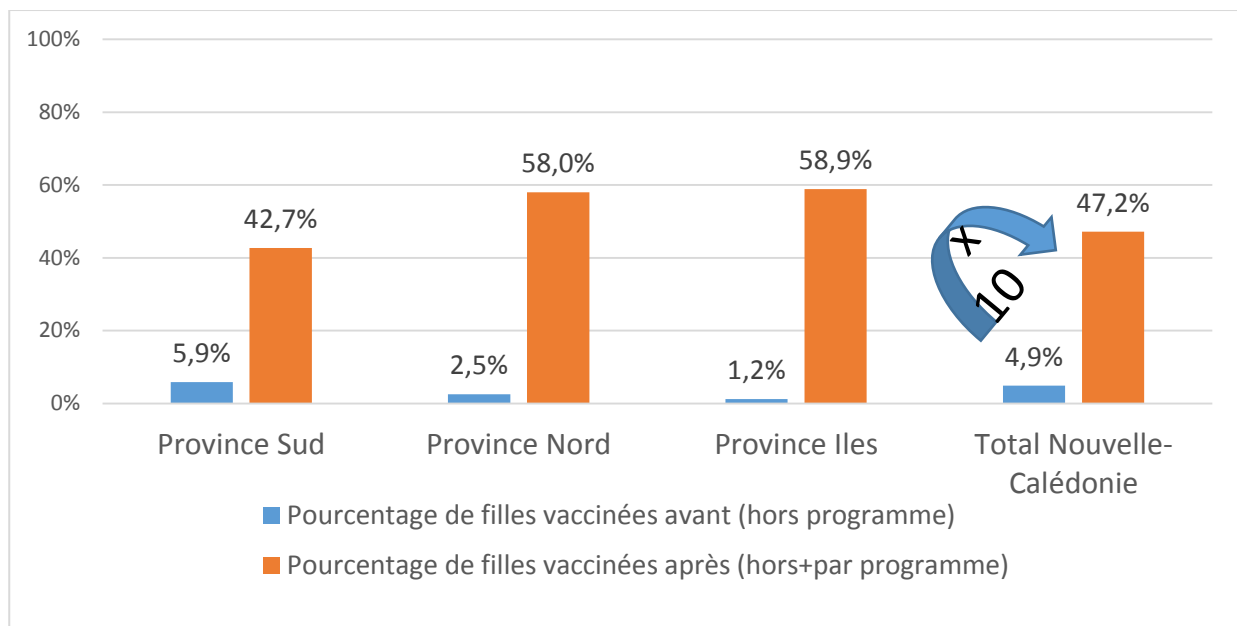


Figure 18 : Évolution du taux de couverture vaccinale des filles de 12 ans par vaccin HPV avant et après la première campagne du programme de vaccination anti-HPV en milieu scolaire, 2016

A l'échelle des provinces, il convient de rester très prudent sur les coefficients multiplicateurs (7 en province Sud, 23 en province Nord, 49 dans les Iles). En effet les effectifs sont trop réduits pour être représentatifs. Cependant même s'il s'agit de faibles effectifs, ce sont au sein des provinces où il y avait les taux de couverture vaccinale antérieurs les plus faibles (Nord et Iles), que l'augmentation de celui-ci a été la plus franche, suite à la mise en place du programme.

- **Question : Dans quelle mesure le taux de couverture vaccinale du public-cible a-t-il augmenté depuis l'introduction du programme ?**

- **Réponse :**

Le programme a permis une multiplication par 10 du taux global de couverture vaccinale des filles de 12 ans en Nouvelle-Calédonie.

3.2.3. Identification des filles de 12 ans en dehors du public-cible

Sous-question évaluative : Le public-cible choisi par le programme de vaccination couvre-t-il bien la totalité de la classe d'âge des filles de 12 ans en NC ?

Suite aux entretiens menés avec l'assistante-sociale du vice-rectorat, il est ressorti que les structures encadrant possiblement les filles de 12 ans en NC en dehors du collège, sont l'école primaire, le centre national d'enseignement à distance (CNED), les signalements au parquet, l'hôpital, l'Institut Spécialisé Autisme Les Lucioles, la maison Gabriel Poedi de Nouville (enfants polyhandicapés), le collège privé hors-contrat James Cook et les cas d'enfants non scolarisés.

La réalisation d'entretiens auprès de professionnels de l'enfance et du champ du handicap, l'analyse de documents du vice-rectorat, ainsi que la définition initiale du public-cible du programme ont permis d'aboutir aux résultats présentés dans cette section. Le tableau suivant indique le nombre et la répartition des filles nées en 2003 qui se situent en dehors du public-cible de la première campagne du programme de vaccination organisé en milieu scolaire. Il s'agit des filles de 12 ans « échappant » au programme de vaccination, c'est-à-dire n'appartenant pas au public-cible, autrement dit les filles de 12 ans en 2015, non scolarisées en collège public et privé sous contrat, en Nouvelle-Calédonie.

Types de structures encadrantes	Nombre de filles de 12 ans en 2015 (nées en 2003)	Source de données	Commentaires
École primaire (enseignement du premier degré public et privé sous contrat et hors-contrat)	187 (estimation)	Deux documents du VR (28,29)	Un total de 374 élèves tous sexes confondus nés en 2003, répartis du CE2 au CM2 et enseignement spécialisé (CLIS classe d'intégration scolaire et DIM déficient intellectuel moyen).
Collège James Cook (collège privé hors-contrat)	14 (estimation)	Document du VR (29)	Un total de 111 élèves tous sexes confondus répartis de la 6 ^{ème} à la 3 ^{ème} .
Centre national d'enseignement à distance	1	Assistante sociale du VR	
Institut Spécialisé Autisme Les Lucioles du Mont-Dore	? (au moins 1)	Accueil de la structure	
Maison Gabriel Poedi de Nouville (enfants polyhandicapés)	1	Accueil de la structure	
Signalements au parquet	0	Assistante sociale du VR	Les enfants sont tous rattachés à, ou inscrits dans un établissement scolaire.
Hôpital	0	Site web du VR (32)	Malgré l'existence de l'École du CHT, les enfants hospitalisés sont tous inscrits dans un établissement scolaire.
Filles non scolarisées	0	Assistante sociale du VR	

Tableau 12 : Nombre et répartition des filles nées en 2003 se situant en dehors du public-cible de la première campagne du programme de vaccination organisée en milieu scolaire, 2016

Le nombre de filles de 12 ans « échappant » au programme différait selon le type de structure : 187 environ dans les écoles primaires, 14 environ au collège James Cook, 1 au sein de la Maison Gabriel Poedi et 1 par la CNED. Aucune fille de 12 ans n'était déscolarisée en 2015.

Pour les enfants présentant un handicap, le site internet du VR (33) rappelle que :

- les ULIS (unités localisées pour l'inclusion scolaire) sont des structures spécialisées de l'enseignement du second degré. Elles permettent l'accueil des élèves en situation de handicap en collège et en lycée.
- les SEGPA (Section d'Enseignement Général et Professionnel Adapté de collège), structures adaptées de l'enseignement du second degré, accueillent des élèves présentant des difficultés scolaires graves et durables auxquelles n'ont pu remédier les actions de prévention, d'aide et de soutien et l'allongement des cycles.

Dans le cadre du programme évalué, les enfants scolarisés en ULIS et SEGPA appartiennent bien au public-cible.

- **Question : Le public-cible choisi par le programme de vaccination couvre-t-il bien la totalité de la classe d'âge des filles de 12 ans en NC ?**

- **Réponse :**

En 2015 en Nouvelle-Calédonie, **203 filles soit 9 % des filles de 12 ans** n'étaient pas visées par le programme de vaccination anti-HPV organisée en milieu scolaire. Il s'agissait principalement les filles scolarisées à l'école primaire.

Conclusion

Une insuffisance du programme concerne les filles de 12 ans scolarisées en école primaire, ainsi que quelques filles de 12 ans présentant un handicap, toutefois beaucoup moins nombreuses.

3.3. Faisabilité

Critère d'évaluation n°2	Faisabilité
Question évaluative	Quels ont été les facteurs favorables et les obstacles à la mise en œuvre du programme de vaccination organisé en milieu scolaire ?
Plan d'analyse	I) Collaboration II) Système de la chaîne du froid III) Identification de la population-cible IV) Perte vaccinale V) Logistique

3.3.1. Collaboration

Partenaires : regard sur collaboration

En entretien, le médecin du VR estime qu'ils ont été « de bons partenaires avec l'ASS-NC. On a facilement travaillé ensemble et au coup par coup ».

En entretien le pharmacien de la province Nord juge que « l'organisation s'est vraiment bien passée, compte tenu en plus de l'éloignement. L'organisation a été très bien menée. L'équipe mobile de vaccination revenait me donner les doses non utilisées. Cela a été fait correctement. Je n'ai pas eu de retour négatif de la part des dispensaires ».

- Un médecin de l'équipe de vaccination vu en entretien trouve l'organisation du planning satisfaisante et agréable, avec un temps nécessaire entre les collèges.
- Un médecin de l'équipe de vaccination vu en entretien trouve que le lien avec les infirmières scolaires était très satisfaisant. Elles étaient « très accueillantes et coopératives ».
- Selon le médecin de la province Nord interrogée en entretien, l'important taux de non-retour d'autorisations parentales n'est pas lié à une mauvaise communication, mais plutôt à l'organisation à améliorer. Elle rappelle qu'elle avait proposé de mettre ses agents à disposition (éducateurs sanitaires et auxiliaires de vie) afin de gérer les distributions, récupérations et relances des autorisations parentales en intra-établissement en province Nord car ils ont généralement de bons résultats. Elle regrettait cependant que sa proposition n'ait pas été retenue par les autres membres du comité de

pilotage ; et que cette tâche soit par conséquent gérée –dans le nord comme dans les autres provinces- par les IDE scolaires.

Selon elle, le levier pour améliorer le taux de retour des autorisations parentales sera de modifier l'organisation. Dans le nord elle souhaiterait envoyer ses agents dédiés à cette tâche au sein des collèges.

Le questionnaire à destination des référents intra-établissement a révélé que :

-la grande majorité des référents (92%) est satisfaite du déroulement de la séance de vaccination au sein de l'établissement. **(Q10)**

-la grande majorité des référents (89%) est satisfaite des contacts avec l'équipe de l'ASS-NC en charge de la vaccination anti-HPV, tout au long de la campagne. **(Q11)**

- Historiques des doses périmées des Iles :

Les différents partenaires vus en entretien (ASS-NC, DASS-NC, Province Iles) ont indiqué que la DASS-NC avait déjà essayé de lancer un programme de vaccination anti-HPV en milieu scolaire en 2011, suite aux recommandations du comité de vaccination de NC. Celui-ci n'a pu aboutir pour diverses raisons. Cependant, un certain nombre de doses de vaccin avaient déjà été commandées par la province des Iles dans le cadre de cette tentative en 2011. En 2014-2015 il restait environ 200 doses, qui arrivaient à date de péremption en février 2015 environ et auraient donc pu être utilisées pour la première vague du programme. Mais en raison de problèmes de coordination et de communication, ces doses n'ont pas été transférées au programme 2015, inutilisées et ont donc été jetées car périmées.

(+) Les partenaires professionnels sont globalement satisfaits de la collaboration au programme.

(-) La province Nord aurait souhaité mettre à disposition ses agents de santé pour la tâche de distribution/récupération des AP.

(-) L'ensemble des partenaires regrette que, par manque de coordination, environ 200 doses appartenant à la province Iles et périmant en février 2015, n'aient pas été utilisées pour la première vague de la campagne et aient dû être jetées.

3.3.1.1. Partenaires du COPIL

Composition du comité de pilotage du programme

- ASS-NC : directeur, chef de projet du programme de vaccination, coordinatrice, interne en médecine
- Vice-Rectorat de la Nouvelle-Calédonie : Vice-Recteur, médecin
- Direction diocésaine de l'enseignement catholique (DDEC)
- Alliance scolaire de l'église évangélique (ASEE)
- Fédération de l'enseignement libre protestant (FELP)
- DASS-NC : directeur, directeur adjoint, médecin, deux pharmaciens inspecteurs de santé publique
- DPASS (province Sud) : directeur, directrice adjointe, médecin, pharmacien
- DASSPS (province Nord) : directeur, chef du service des actions sanitaires, médecin, pharmacien
- DACAS (province des Iles Loyauté) : directrice adjointe, médecin de prévention, pharmacien
- Gouvernement de la Nouvelle-Calédonie : membre du Gouvernement chargé d'animer et de contrôler le secteur de la santé, de la jeunesse et des sports
- CHT de Nouvelle-Calédonie : chef de service de gynécologie-obstétrique, médecin
- Association de parents d'élèves UGPE

Rôle dans la mise en œuvre du programme

- **ASS-NC** : coordination, planification, mise en œuvre et évaluation.
- La coordination, planification et mise en œuvre du programme sont assurées par le chef de programme et la coordinatrice du programme de dépistage organisé des cancers féminins.
- L'évaluation du programme est assurée par l'interne en charge de l'évaluation.
 - **Vice-Rectorat** : Interlocuteur de l'ASS-NC avec l'enseignement secondaire public et mise à disposition des infirmeries des collèges lors des séances de vaccination.
 - **DASS-NC** : Conseil technique sur le respect de la chaîne du froid (choix et commande de la glacière, aide à la réception des doses de vaccin à la pharmacie à usage intérieur de la province sud) et commande des vaccins.

- **Trois directions confessionnelles** : Interlocuteur de l'ASS-NC avec l'enseignement secondaire privé sous contrat. Peu de contacts.
- **Trois provinces** : Il existe un partenariat fort entre les provinces et l'ASS-NC. Le tableau suivant présente la participation des provinces à la mise en œuvre du programme.

Province Sud	- Mise à disposition de médecins et IDE des dispensaires pour l'administration des vaccins au sein des collèges de la province Sud, excepté ceux du Grand Nouméa (dose 1 + dose 2), - Stockage des doses (pharmacie à usage intérieur et dispensaires)
Province Nord	- Mise à disposition de 442 doses de vaccin pour les collèges de la province Nord, - Stockage des doses et délivrance à l'équipe mobile de vaccination.
Province des Iles Loyauté	- Mise à disposition de médecins et IDE des dispensaires pour l'administration de la deuxième dose, - Quelques difficultés d'organisation et de coordination.

Tableau 13 : Participation des provinces à la mise en œuvre de la première campagne du programme de vaccination anti-HPV en milieu scolaire, 2016

- **Gouvernement de la Nouvelle-Calédonie** : Validation politique du programme de vaccination à chaque étape : lancement de la première campagne du programme, campagne de communication, poursuite du programme.
- **CHT** : Gynécologues-obstétriciens du CHT. Conseil technique. Plaidoyer en faveur du programme, par exemple lors de la soirée de projection-débat intitulée « Vaccins : les doutes » du 10 mai 2016.
- **Association de parents d'élèves UGPE** : Conseil technique. Approche communautaire. Au contact des enfants et des parents. Initialement, l'UGPE ne faisait pas partie du comité de pilotage. En cours de première vague, l'association de parents d'élèves a été incluse au COPIL.

(+) Un partenariat fort entre l'ASS-NC et les partenaires du COPIL en particulier le vice-rectorat (interface avec les collèges), les provinces (mise à disposition de vaccins et/ou de personnel) et la DASS-NC (conseil technique et accompagnement).

(-) Un manque d'implication initial de l'association de parents d'élèves UGPE au programme. L'ASS-NC a corrigé sa stratégie avant l'administration de la deuxième dose en l'incluant au COPIL.

3.3.1.2. Partenaires de terrain

Composition du comité technique du programme

- médecins réalisant la vaccination :

- équipe mobile de vaccination (médecin et IDE employés par l'ASS-NC),

- médecins et IDE des dispensaires,
- professionnels des collèges :
 - référents intra-établissement (IDE scolaires majoritairement; directeurs d'établissement, professeurs, CPE ou autre),
 - ensemble des professionnels des collèges,
- professionnels de santé des dispensaires du territoire.

3.3.1.2.1. Médecins réalisant la vaccination

		Dose 1	Dose 2
Province Sud	Grand Nouméa	Médecin et infirmier de l'équipe mobile de vaccination (ASS-NC)	
	Province Sud excepté GN	Médecins et infirmiers des dispensaires (province) (Bourail, La Foa, Yaté, Thio, Vao)	
Province Nord		Médecin et infirmier de l'équipe mobile de vaccination (ASS-NC)	
Province des Iles Loyauté		Médecin et infirmier de l'équipe mobile de vaccination (ASS-NC)	Médecins et infirmiers des dispensaires (province)

Tableau 14 : Médecins réalisant la vaccination des filles du public-cible lors de la première campagne du programme de vaccination anti-HPV en milieu scolaire, 2016

Rôle dans la mise en œuvre du programme : vacciner les filles appartenant au public-cible et dont les parents ont donné leur accord via la fiche d'autorisation parentale signée.

Dans les provinces Nord (doses 1 et 2) et Iles Loyauté (dose 1), les professionnels de l'équipe mobile de vaccination allaient systématiquement se présenter au dispensaire le matin des séances. Dans le Nord elles en profitaient pour récupérer les doses -préalablement envoyées par la pharmacie DASS PS Nord, avant de se rendre dans les collèges pour vacciner les élèves.

La collaboration avec les professionnels des dispensaires a été très bonne, excepté dans quelques cas :

- il avait été prévu en comité de pilotage qu'un médecin du dispensaire d'Ouvéa vaccine lors de la deuxième dose. Celui-ci a refusé de vacciner les 8 filles concernées, car exigeait un courrier signé du directeur de l'ASS-NC. Il a par la suite quitté son poste et le médecin suivant a effectué les vaccinations (turn-over important des médecins dans les îles).
- dans les premiers établissements du nord, l'équipe mobile de vaccination n'a pas récupéré l'éducatrice sanitaire au dispensaire car elle n'était pas au courant (première dose),
- à La Foa/Bourail, l'administrative du dispensaire s'est seulement occupée d'envoyer les médecins et infirmiers des dispensaires dans les établissements scolaires le jour de la séance de vaccination, mais n'a pas géré la fourniture en vaccins, ni les autorisations parentales (première dose),

-le mécontentement des professionnels des dispensaires des îles, selon le médecin de la province Iles vu en entretien, car déclarant ne pas avoir été prévenus à l'avance du passage du médecin de l'ASS-NC, ni de l'existence du programme de vaccination (première dose).

-Un médecin de l'équipe de vaccination a indiqué en entretien qu'il existait quelques erreurs de listing des filles à vacciner au collège de Hienghène, mais qui ont rapidement été récupérées.

(-) Dose 1 : Manque de coordination entre ASS-NC et professionnels des dispensaires des îles (pas de connaissance de l'existence du programme...). Point déjà amélioré pour dose 2. A renforcer.

Composition de l'équipe mobile de vaccination

Au cours de la première campagne, l'équipe mobile de vaccination employée par l'ASS-NC qui allait vacciner dans les collèges était composée d'un médecin et d'un infirmier. Lors de la séance de vaccination, le médecin vaccinait les filles, alors que l'infirmier avait un rôle essentiellement administratif. Celui-ci avait pour tâches le recueil des autorisations parentales signées auprès de l'IDE scolaire, la vérification de l'identité de la jeune fille et du remplissage complet des autorisations parentales, la saisie informatique des données contenues dans les fiches et la surveillance post-injection des filles.

La composition de l'équipe mobile de vaccination a été rediscutée au terme de la première campagne. En effet :

- de très nombreuses erreurs de saisie de données ont été relevées (et corrigées) au sein du registre central de vaccination,
- les entretiens avec l'équipe mobile de vaccination et l'observation d'une séance de vaccination en collège ont permis d'objectiver que l'infirmière de l'EMV avait un rôle essentiellement administratif,
- et que par ailleurs une infirmière scolaire était présente lors de la séance de vaccination dans la majorité des collèges,
- Les deux médecins de l'équipe mobile vus en entretien estimaient quant à eux que le binôme médecin-infirmier présentait un intérêt supplémentaire par rapport au médecin seul.

La composition de l'équipe mobile de vaccination a été rediscutée au terme de la première campagne.

3.3.1.2.2. Professionnels des collègues

Les professionnels des collèges correspondent à l'ensemble des directeurs d'établissement, des professeurs, mais aussi des référents intra-établissement du programme correspondant dans la majorité des cas aux IDE scolaires.

3.3.1.2.2.1. Stratégie auprès des professionnels des collègues

- Outils de communication : création et diffusion d'outils à destination des professionnels des établissements scolaires :

- Dose 1 : une lettre d'information aux chefs d'établissement, une lettre d'information aux référents intra-établissement,

- Dose 2 : idem, ainsi qu'une lettre d'information à tous les professeurs, une lettre aux filles (date de convocation à l'infirmerie présentant la mention « pensez à apporter votre carnet de santé »).

- Stratégie de communication :

- présentation du programme avant son lancement à toutes les IDE scolaires de NC par le médecin du VR et le chef du programme de vaccination (ASS-NC) à Koumac,

- présentation du programme avant son lancement à chaque équipe d'établissement (assistante sociale, infirmière scolaire, CPE, chef d'établissement) de façon individuelle par le médecin du VR entre mars-avril et août 2015.

3.3.1.2.2.2. Référents

Délai de communication de la date de vaccination

Le questionnaire à destination des référents intra-établissement a montré les éléments suivants :

- Les référents déclarent avoir été informé en moyenne 5 semaines avant le passage de l'équipe mobile de vaccination dans leur établissement, pour la première dose (médiane=3.5, minimum=1, maximum=16 semaines). (Q5)

- Les référents souhaitent être informés plus tôt de la date de passage prévue de l'équipe mobile de vaccination. Plusieurs référents soulignent l'importance d'être informés d'un planning de créneaux horaires de passage des jeunes filles, afin de prévenir les professeurs des créneaux d'absence de cours (veiller à l'absence de sortie scolaire le jour J...). (Q14)

- Un médecin de l'équipe mobile de vaccination en entretien conseille à l'équipe-projet d'envoyer bien en amont un calendrier prévisionnel à chaque collège, indiquant une date de passage même approximative.

Délai de réception des autorisations parentales

Il est ressorti que l'ensemble des professionnels interrogés souhaite que les autorisations parentales soient envoyées au collège plus précocement et que les vacances scolaires soient prises en compte, le principal problème pour les infirmières scolaires étant d'avoir un délai suffisant pour récupérer ces fiches :

- Le questionnaire à destination des référents intra-établissement a révélé que les référents souhaitent que les autorisations parentales soient reçues au collège plus précocement et que les vacances scolaires soient prises en compte pour la date d'envoi de ce document. (Q14)

-Les entretiens avec le médecin de l'équipe mobile de vaccination, le médecin du VR et une IDE scolaire ont également montré qu'ils souhaitaient que les autorisations parentales soient reçues au collège plus précocement :

- Une IDE scolaire interrogée en entretien indique que principal problème pour les infirmières scolaires est avoir un délai suffisant pour récupérer les autorisations parentales.

- Selon un médecin de l'équipe mobile, les autorisations parentales doivent être envoyées au minimum 5 semaines avant la séance de vaccination et il faut faire attention aux vacances scolaires qui augmentent le délai.

- Le médecin du VR rappelle que les collèges sont fortement soumis au calendrier scolaire serré (vacances scolaires) et que cela doit absolument être pris en compte pour la date d'envoi des autorisations parentales. Elle préconise également que les premières doses de vaccination d'une éventuelle deuxième campagne ne soient pas débutées avant fin mars (rentrée scolaire en février). Cela est particulièrement vrai dans les établissements où il y a beaucoup d'élèves, afin que les IDE scolaires aient le temps de distribuer et récupérer les autorisations parentales.

- Le questionnaire à destination des référents intra-établissement a révélé que trois semaines à un mois est le délai jugé optimal entre la réception des AP par le collège et la vaccination, pour la majorité des référents (67%). Un quart d'entre eux (26 %) estime que deux semaines suffisent. (Q6)

Délai jugé trop faible par l'ensemble des partenaires (dose 1) :

(-) Entre la communication aux référents de la date de la séance de vaccination et la séance effective.

(-) Entre l'envoi des fiches d'autorisation parentale au collège et la date de passage de l'équipe mobile de vaccination dans le collège.

Organisation (pour distribution/récupération des autorisations parentales)

Le questionnaire à destination des référents intra-établissement a montré les éléments suivants :

- La plupart des référents (96%) a réalisé des relances pour récupérer les autorisations parentales non rendues avant l'arrivée de l'équipe de vaccination. **(Q9)**

- Plus de 6 référents sur 10 (63 %) ont éprouvé des difficultés à la réalisation de cette tâche (distribution et récupération des autorisations parentales), en particulier pour la récupération des autorisations auprès des élèves internes. **(Q8)**

- Hormis le référent lui-même, d'autres personnes se sont occupées de la distribution et de la récupération des fiches dans plus d'un cas sur deux (52 %). Il s'agit principalement de la vie scolaire et des professeurs (principaux ou non). **(Q7)**

-Une IDE scolaire interrogée en entretien indique qu'elle a créé sa propre organisation afin :

-de récupérer un maximum d'autorisations parentales (même les refus),

-de rappeler aux professeurs de rester neutres et de ne pas influencer le choix des enfants/parents.

-Selon un IDE de l'équipe mobile de vaccination vu en entretien, les infirmières scolaires étaient des acteurs relais dans le programme et l'efficacité du programme, c'est-à-dire la couverture vaccinale dépendait beaucoup du référent intra-établissement c'est-à-dire de l'infirmière scolaire. Il indiquait que deux ou trois infirmières scolaires avaient organisé des réunions d'information aux parents.

- Selon la pharmacienne de la province Nord, les infirmières scolaires ont un rôle très important dans le lien avec les jeunes filles pour ce programme. La relation individuelle entre les élèves et l'infirmière scolaire permet de pouvoir poser des questions. Elles sont dans le dialogue et n'hésitent pas à poser des questions. Elles parlent facilement envers quelqu'un de confiance. Elles devraient passer en amont de la séance de vaccination, dans chaque classe. « Je pense qu'il faudrait imposer à toutes les infirmières scolaires de passer en amont dans les classes pour en parler ».

- Un médecin de l'équipe mobile de vaccination vu en entretien trouve qu'il est « très important de plus inclure les infirmières scolaires dans le programme ».
- Selon le médecin de la DASS vu en entretien, il faut que ce soit les infirmières scolaires qui passent faire la promotion de cette vaccination dans les classes, à adapter en fonction des professeurs.
- Difficultés de coordination à Hienghène : l'IDE scolaire était allé chercher elle-même les vaccins au CMS, avant l'arrivée de l'équipe mobile de vaccination dans le collège, qui s'est comme prévu présentée au dispensaire le matin de la séance de vaccination afin de récupérer les doses - inutilement car alors déjà livrées au collège de Hienghène. De plus l'infirmière scolaire avait déjà injecté des premières doses.

(+) Les référents intra-établissement se sont « donné du mal » pour distribuer et récupérer les autorisations parentales.

(-) Absence de formalisation sur la tâche du référent intra-établissement/IDE scolaire pour laquelle il est missionné, à savoir la distribution et récupération des autorisations parentales (plus ou moins la sensibilisation des jeunes filles à la vaccination anti-HPV). Mise en œuvre de la tâche très personne-dépendante.

3.3.1.2.2.3. Professeurs

La coordination intra-établissement a été source de quelques difficultés.

Initialement, lors de la planification de la première vague, l'ASS-NC pensait que le VR allait s'assurer que la communication du programme serait mise en œuvre de façon adéquate à l'intérieur des établissements scolaires. Le VR pensait quant à lui que les chefs d'établissements des collèges gèreraient la communication à l'intérieur des établissements scolaires. Toutefois ces derniers ont communiqué au sein de leur établissement, mais de façon très hétérogène selon les collèges. Certains directeurs ont envoyé un mail d'information à l'ensemble des professeurs de leur collège, alors que d'autres n'ont pas du tout informé leurs collègues.

Lors de la planification de la deuxième dose, une lettre d'information a été envoyée à l'ensemble des professeurs de collèges par l'ASS-NC.

Le questionnaire à destination des référents intra-établissement a révélé que deux référents soulignaient l'importance de rappeler aux professeurs y compris principaux de n'émettre aucun avis personnel concernant la vaccination anti-HPV. **(Q14)**

En entretien le médecin du VR disait que « si on recommence [si on fait la deuxième campagne] on pourra améliorer la communication intra-établissement. Mais comme ils ont tous été sensibilisés déjà cette année, ce sera forcément plus facile ».

(-) Dose 1 : Défaut initial d'implication des professeurs

Initialement, l'ensemble de la communauté éducative n'a pas été informée de l'existence du programme de vaccination en particulier les professeurs. Bien qu'il ne s'agisse certainement pas de la seule raison, cela a probablement produit des réactions de rejet. L'ASS-NC a par la suite corrigé sa stratégie avant l'administration de la deuxième dose par l'envoi d'un courrier d'information à tous les professeurs de collège de NC. Point déjà amélioré. A renforcer.

- **Question : Quels ont été les facteurs favorables et les obstacles à la mise en œuvre du programme, en termes de collaboration ?**
- **Réponse :**

Facteurs favorables

- Les partenaires professionnels sont globalement satisfaits sur la collaboration au programme.
- Un partenariat fort entre l'ASS-NC et les partenaires du COPIL en particulier le vice-rectorat (interface avec les collèges), les provinces (mise à disposition de vaccins et/ou de personnel) et la DASS-NC (conseil technique et accompagnement).
- Des référents intra-établissement motivés pour effectuer la tâche de distribution/récupération des autorisations parentales (« se sont donné du mal »).

Freins

- Difficultés de coordination et de communication avec le milieu scolaire

- Délai jugé trop faible par l'ensemble des partenaires (dose 1) :

*Entre la communication aux référents de la date de la séance de vaccination et la séance effective.

*Entre l'envoi des fiches d'autorisation parentale au collège et la date de passage de l'équipe mobile de vaccination dans le collège, le principal problème pour les IDE scolaires étant d'avoir un délai suffisant pour récupérer les fiches.

*Sans prise en compte du calendrier scolaire (vacances scolaires).

- Absence de formalisation sur la tâche du référent intra-établissement/IDE scolaire pour laquelle il est missionnée, à savoir la distribution et récupération des autorisations parentales (plus ou moins la sensibilisation des jeunes filles à la vaccination anti-HPV). Mise en œuvre de la tâche très personne-dépendante.

- **Un manque d'implication initial** au programme de l'association de parents d'élèves UGPE et des professeurs de collège et de l'ensemble de la communauté éducative de NC (dose 1). L'ASS-NC a corrigé sa stratégie avant l'administration de la deuxième dose (inclusion de l'UGPE au COPIL, envoi d'un courrier d'information à tous les professeurs de collège de NC).

- Iles

- L'ensemble des partenaires regrette que par manque de coordination, environ 200 doses appartenant à la province Iles et périnant en février 2015, n'aient pas été utilisées pour la première vague et aient donc dû être jetées.

- Dose 1 : Manque de coordination entre ASS-NC et professionnels des dispensaires des îles. Point déjà amélioré pour la deuxième dose.

- Nord

- La province Nord aurait souhaité mettre à disposition ses agents de santé pour la tâche de distribution/récupération des autorisations parentales.

- **La composition de l'équipe mobile de vaccination** (médecin, infirmier) a été rediscutée au terme de la première campagne.

3.3.2. Système de la chaîne du froid

Comme le rappelle l'ONG PATH (26), l'évaluation de tout programme de vaccination HPV doit être l'occasion de décrire le système de la chaîne du froid à chacune des étapes du circuit du vaccin. Le respect de la chaîne du froid a pour but d'assurer l'efficacité vaccinale du Gardasil®, c'est-à-dire l'immunogénicité du vaccin chez les patientes chez lesquelles il est administré. Si la chaîne du froid est rompue à l'une des étapes du circuit du vaccin, celui-ci devient inefficace et son administration inutile. Toute lacune au niveau du respect de la chaîne du froid au cours du programme de vaccination anti-HPV pourrait être indicatrice de points critiques à renforcer pour la deuxième campagne du programme.

Le résumé des caractéristiques du produit du Gardasil (suspension injectable en seringue préremplie) de l'Agence européenne des médicaments expose des éléments relatifs à la conservation (34):

- à conserver au réfrigérateur entre 2°C et 8°C,
- ne pas congeler,
- les données de stabilité montrent que les composants du vaccin sont stables jusqu'à 72 heures quand le vaccin est conservé à une température comprise entre 8°C et 42°C. A l'issue de cette période, Gardasil doit être utilisé ou jeté,
- Gardasil doit être administré le plus tôt possible après la sortie du réfrigérateur.

De plus la monographie de produit du Gardasil décrite par Merck rappelle les informations suivantes (35):

- Gardasil peut être administré pourvu que la période totale (écarts de température cumulatifs) passée à l'extérieur du réfrigérateur (à des températures de 8 à 25 °C) ne dépasse pas 72 heures,
- Des écarts de température cumulatifs entre 0 °C et 2 °C sont aussi permis à condition que la période totale passée à des températures de 0 °C à 2 °C ne dépasse pas 72 heures,
- Jeter tout produit congelé ou montrant la présence de particules ou une décoloration.

Par conséquent dans notre évaluation, la chaîne du froid était jugée respectée si les conditions suivantes étaient respectées tout au long du circuit du Gardasil :

- la température des doses était toujours comprise entre 2 et 8°C,
- ou comprise entre 8°C et 25°C pendant au maximum 72 heures,

- ou comprise entre 0°C et 2°C pendant au maximum 72 heures.

Le circuit du vaccin comprend différentes étapes allant de la commande des doses jusqu'à leur administration auprès des jeunes filles lors des séances de vaccination. La figure suivante présente de façon schématique le circuit du vaccin Gardasil dans le cadre du programme.

Nous avons distingué les deux sources d'approvisionnement de vaccins HPV, qui empruntaient donc deux circuits différents : les 2800 doses commandés dans le cadre du programme et les 442 doses fournies par la province Nord.

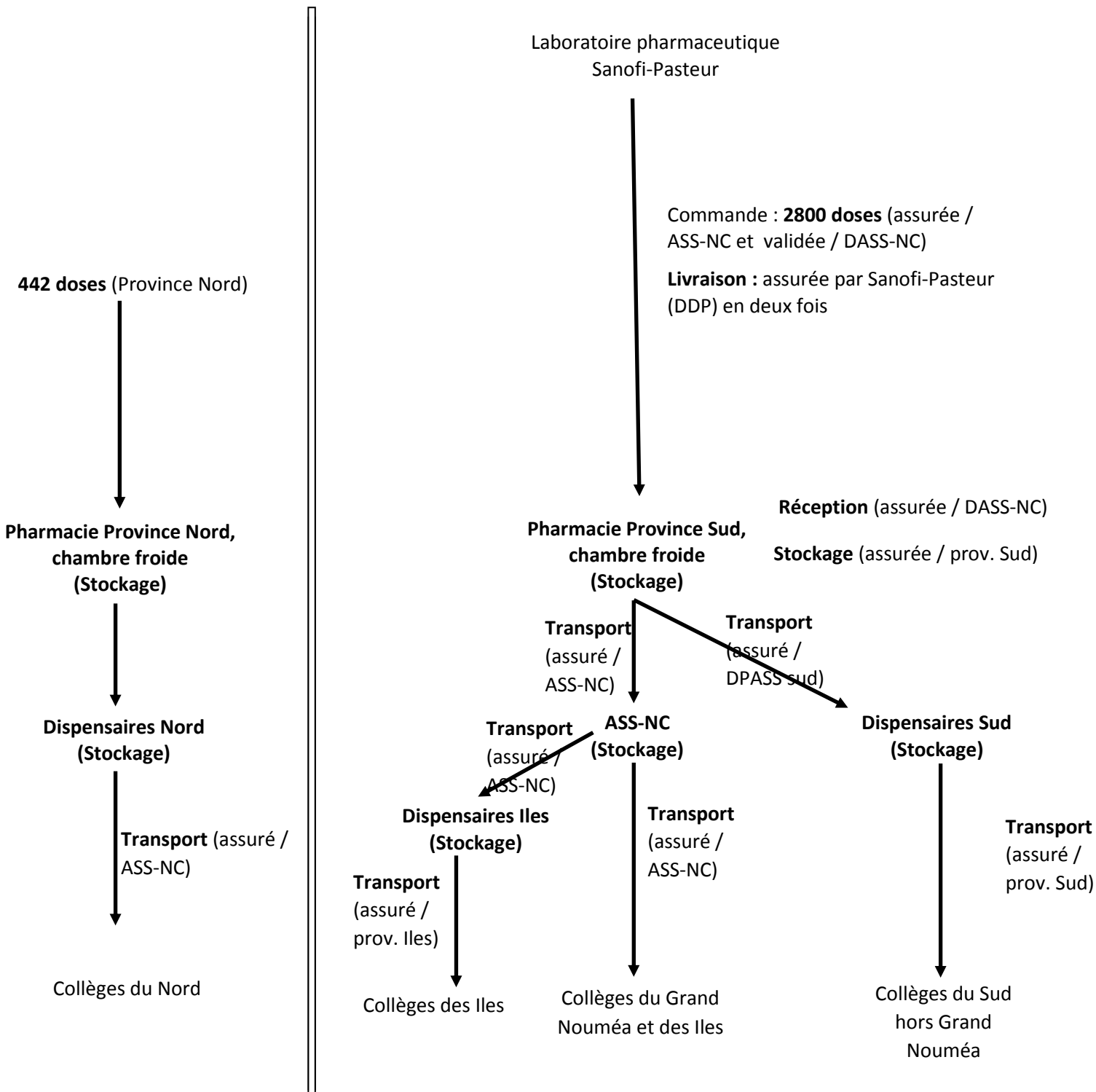


Figure 19 : Circuit du vaccin Gardasil® lors de la première campagne du programme de vaccination anti-HPV en milieu scolaire, 2016

3.3.2.1. Pool de 2800 doses (Sud et Iles)

Pour le pool de 2800 doses, la responsabilité du respect de la chaîne du froid incombait à l'ASS-NC ainsi qu'à la province des Iles.

3.3.2.1.1. Circuit du vaccin

Commande

Un total de 2800 doses de vaccins Gardasil a directement été commandé au laboratoire pharmaceutique Sanofi-Pasteur (SP) par l'ASS-NC, avec l'aide des pharmaciennes de la DASS-NC. A la demande du directeur de l'ASS-NC, la pharmacienne a signé le bon de commande, en raison de son statut. Le représentant de Sanofi-Pasteur en NC, Pharmagence NC, assurait le relais local avec Sanofi-Pasteur uniquement en termes de suivi internet de la commande. Les vaccins étaient commandés en « Delivered Duty Paid » ou « rendu droits acquittés » : le vendeur payait l'ensemble des coûts de transport et garantissait la chaîne du froid du lieu de départ jusqu'à l'arrivée des vaccins dans leur lieu de stockage. Deux livraisons de 1400 doses ont eu lieu : la première en août 2015, la seconde en février 2016.

Réception

La première partie de la commande correspondant à 1400 doses a été réceptionnée à la pharmacie à usage intérieur de la province sud (DPASS Sud) se situant à Nouméa en août 2015. Le responsable de celle-ci était le pharmacien de la province sud. La réception était assurée par celui-ci ainsi que l'équipe-projet de l'ASS-NC et la pharmacienne de la DASS-NC. Chaque carton était muni d'un enregistreur de température. A l'ouverture des cartons, les enregistreurs étaient récupérés et les colis identifiés. Les boîtes de vaccins étaient rapidement déconditionnées et stockées dans la chambre froide. Tous les enregistreurs de température ont été récupérés par la pharmacienne qui a transmis les données au laboratoire SP. Avant de pouvoir utiliser les vaccins, il était nécessaire d'attendre l'accord du laboratoire qui devait confirmer que la chaîne du froid avait bien été respectée. En cas de rupture, les vaccins devaient être détruits. SP a confirmé que la chaîne du froid avait été respectée pour l'ensemble des cartons.

La deuxième partie de commande a été reçue en février 2015 au même endroit et selon les mêmes procédures.

Stockage

Les doses étaient stockées au sein de la chambre froide de pharmacie de la province Sud. Elles étaient progressivement acheminées à l'ASS-NC et aux dispensaires, au fur et à mesure de l'utilisation des vaccins et de l'avancée de la campagne.

Transport et administration

Le circuit du vaccin différait ensuite selon la province.

- Sud

- A Grand Nouméa le médecin et l'infirmier de l'équipe mobile de vaccination transportaient les doses de l'ASS-NC jusqu'au collège où avait lieu la séance de vaccination.

-En province Sud hors Grand Nouméa, les médecins des dispensaires transportaient les doses depuis leur dispensaire jusqu'au collège où ils allaient vacciner.

- Îles

- Dose 1 : le médecin de l'équipe mobile de vaccination transportait les doses de l'ASS-NC jusqu'aux collèges pour aller vacciner (transport en avion avec glacière).

- Dose 2 : l'ASS-NC a envoyé les doses à la pharmacie de la province îles, qui les a ensuite envoyées aux différents dispensaires des îles.

3.3.2.1.2. Évaluation du respect de la chaîne du froid

A chaque étape du circuit du vaccin, nous avons identifié la ou les institutions responsables du respect de la chaîne du froid, les mesures mises en place pour respecter celle-ci et évalué si elle était effectivement respectée selon la définition de l'indicateur énoncée plus haut. Des mesures supplémentaires mises en place pour assurer le respect de la chaîne du froid des 2800 doses sont présentées en annexes.

2800 doses (sud et îles)			
Étapes du circuit du vaccin	Responsable du respect de la chaîne du froid	Mesure mise en place pour respecter la chaîne du froid	Respect effectif de la chaîne du froid
Livraison	Laboratoire Sanofi-Pasteur	Vaccins commandés et livrés en « Delivered Duty Paid »	OUI
Réception	Laboratoire Sanofi-Pasteur	- Obligation d'attendre l'accord de SP confirmant le respect de la	OUI

		chaîne du froid, suite à l'envoi au laboratoire des données de T° (1/carton de transport). - Mise en quarantaine du carton si une alarme était déclenchée.	
Stockage dans chambre froide de la DPASS Sud	ASS-NC	Relevé de T° par l'agent ASS-NC à chaque retrait de vaccin (traçabilité de T° et nombre de doses retirées sur un registre) : Fiche de traçabilité	OUI
	Province sud	Système de la chaîne du froid interne à la province sud	?
Transport de la DPASS sud aux dispensaires du sud	Province sud	Système de la chaîne du froid interne à la province sud	?
Transport de la DPASS sud à l'ASS-NC	ASS-NC	- Glacière avec plaques eutectiques - L'emballage des vaccins ne doit pas être en contact direct avec plaques - L'agent ASS-NC fait un trajet direct (durée maximale de 10 minutes)	OUI
Stockage dans réfrigérateur de l'ASS-NC	ASS-NC	Mesure et surveillance des T° : - T° relevée 2fois/j. ouvré (dose 1), puis 1fois/j. (dose 2) et tracée sur fiche de traçabilité - ou thermomètre enregistreur USB (dose 2)	OUI, la plupart du temps excepté : - 3 périodes avec T° < 0°C : 21/03/16 (mini = -0.2) 24 et 25/03/16 (-0.5 à 2°C) 29-30- 31/03/16 (-2.25 à 0.1°C) - nombreuses données manquantes (cf. annexes)
Stockage dans les réfrigérateurs des dispensaires du sud hors Grand Nouméa	Dispensaires sud	Système de la chaîne du froid interne à la province sud	?
Transport de la DPASS sud à la province nord (février 2016, 620 doses)	ASS-NC	- Glacière Coldway - Climatisation du véhicule - Surveillance régulière de la température	OUI
Transport de l'ASS-NC au collège (NGN et Iles)	ASS-NC (EMV)	- Fiche de traçabilité - Extrait du cahier des charges : « La température sera relevée : - quand les vaccins sont transférés du réfrigérateur de l'ASS-NC à la glacière - quand l'EMV arrive dans le collège et ouvre la glacière - Au minimum 2 fois par demi-journée, sauf si les vaccins sont transférés dans un réfrigérateur - quand l'EMV referme la glacière en fin de vacation. - Obligation de contrôle T° du réfrigérateur du collège avant transfert de la glacière au	OUI
Utilisation des réfrigérateurs dans les établissements scolaires (NGN, sud, îles)			
Administration (NGN, sud, îles)			

		réfrigérateur : transfert effectué uniquement si T° entre 2° et 8°C. » - Utilisation de glacières classique et Coldway (froid ventilé, rechargée avant chaque séance de vaccination et plaques eutectiques la veille de la séance à - 20 °C, dans congélateur ASS-NC) + thermomètre USB enregistrant T° à intervalles réguliers	
Transport des dispensaires du sud au collègue	Dispensaires sud	Système de la chaîne du froid interne à la province sud	?
Transport des dispensaires des îles au collègue	Dispensaires îles	Système de la chaîne du froid interne à la province Iles	?
Administration (sud hors NGN)	Province sud	Système de la chaîne du froid interne à la province sud	?
Administration (îles)	Province Iles	Système de la chaîne du froid interne à la province Iles	?

Tableau 15 : Évaluation du respect de la chaîne du froid pour chaque étape du circuit du vaccin (2800 doses), 2016

3.3.2.2. Pool de 442 doses (Nord)

Pour le pool de 442 doses, la responsabilité du respect de la chaîne du froid revenait à la province Nord et à l'ASS-NC selon les étapes.

3.3.2.2.1. Circuit de vaccin

La Province Nord ayant mis à disposition 442 doses de Gardasil nécessaires à la vaccination des filles concernées. Les vaccins ont été stockés au sein de la chambre froide de la pharmacie de la province Nord, la responsable étant la pharmacienne de la DPASS PS. Selon les procédures internes à la province, les doses nécessaires pour chaque commune étaient transférées de la pharmacie aux différents dispensaires, au fur et à mesure de l'avancée du planning. La commune de Koné a fait exception puisque cette tâche a dans ce cas été assumée par la coordinatrice de l'équipe-projet.

Le matin de la séance de vaccination, le médecin et l'IDE de l'équipe mobile de vaccination se rendaient au dispensaire de la commune en question pour récupérer les doses, les transportait à l'aide de la glacière jusqu'aux collèges. Après la séance, l'équipe mobile de vaccination retournait à la pharmacie afin de rendre les doses non utilisées.

3.3.2.2.2. Évaluation du respect de la chaîne du froid

De la même manière à chaque étape du circuit du vaccin, nous avons identifié la ou les institutions responsables du respect de la chaîne du froid, les mesures mises en place pour respecter celle-ci et évalué si elle était effectivement respectée.

442 doses (nord)			
Étapes du circuit du vaccin	Responsable du respect de la chaîne du froid	Mesure mise en place pour respecter la chaîne du froid	Respect effectif de la chaîne du froid
Livraison	Province nord	Système de la chaîne du froid interne à la province nord	?
Réception			
Stockage dans chambre froide de la pharmacie de la province nord			
Transport de la pharmacie de la province nord aux dispensaires			
Stockage dans les dispensaires			
Transport des dispensaires au collège	ASS-NC (EMV)	<p>Fiche de traçabilité</p> <ul style="list-style-type: none"> - Extrait du cahier des charges : « La température sera relevée : <ul style="list-style-type: none"> - quand les vaccins sont transférés du réfrigérateur de l'ASS-NC à la glacière - quand l'EMV arrive dans le collège et ouvre la glacière - Au minimum 2 fois par demi-journée, sauf si les vaccins sont transférés dans un réfrigérateur - quand l'EMV referme la glacière en fin de vacation. - Obligation de contrôle T° du réfrigérateur du collège avant transfert de la glacière au réfrigérateur : transfert effectué uniquement si T° entre 2° et 8°C. » - Utilisation de glacières classique et Coldway (froid ventilé, rechargée avant chaque séance de vaccination et plaques eutectiques la veille de la séance à - 20 °C, dans congélateur ASS-NC) + thermomètre USB enregistrant T° à intervalles réguliers 	OUI, excepté Koné 20 avril 2016 (mini=-0.2) et Voh 21 avril 2016 (mini=-1.5). Mais glacière Coldway permet normalement de rester toujours au-dessus de 0°C.
Administration			

Tableau 16 : Évaluation du respect de la chaîne du froid pour chaque étape du circuit du vaccin (442 doses), 2016

En définitive, la chaîne du froid a globalement été respectée tout au long du circuit du vaccin dans le cadre du programme de vaccination anti-HPV organisé en milieu scolaire.

Lors des étapes au cours desquelles l'ASS-NC était responsable du respect de la chaîne du froid :

- Lors des étapes au cours desquelles les vaccins étaient pris en charge par l'équipe mobile de vaccination (correspondant aux dernières étapes du circuit vaccinal) :

- les données d'enregistrement des températures ont systématiquement été recueillies par l'IDE et/ou le médecin vaccinateur, via un thermomètre placé dans la glacière (classique ou Coldway), plus ou moins le thermomètre USB enregistrant la température à intervalles réguliers. La chaîne du froid a toujours été respectée, excepté un doute persistant sur deux séances (Koné et Voh, 20 et 21 avril 2016) où la température a probablement été inférieure à 0°C pendant un temps.

- Les indicateurs recueillis par l'équipe mobile de vaccination n'étaient pas les mêmes entre les première et deuxième vague de la campagne (pas toujours de la même manière, avec des outils différents et à des intervalles de temps différents).

- Lors du stockage dans le réfrigérateur de l'ASS-NC, la chaîne du froid a été respectée, excepté trois périodes où la température a été inférieure à 0°C. Il existait par ailleurs de nombreuses données manquantes.

- Lors du transport des vaccins, la chaîne du froid a été respectée.

Lors des étapes au cours desquelles les provinces étaient responsables du respect de la chaîne du froid des vaccins (Nord, Sud hors Grand Nouméa et Iles), l'ASS-NC n'a aucune donnée d'enregistrement de température et n'est donc pas en mesure de certifier que la chaîne du froid a effectivement été respectée.

• **Question 1 : La chaîne du froid a-t-elle été respectée tout au long du programme de vaccination ?**

• **Réponse :**

La chaîne du froid a globalement été respectée tout au long du circuit du vaccin dans le cadre du programme, excepté trois périodes avec des températures inférieures à 0°C dans le réfrigérateur de l'ASS-NC, un doute sur deux séances de vaccination dans le nord (Koné, Voh) et de nombreuses données manquantes.

De nombreuses mesures ont été mises en place par l'ASS-NC afin d'assurer le respect de la chaîne du froid, tant en termes de contrôle (achat d'une glacière spécifique Coldway par exemple) que de surveillance de température.

Par ailleurs, malgré l'existence d'un système de contrôle de la chaîne du froid, propre à chaque province, l'ASS-NC n'avait aucune donnée d'enregistrement de température lorsque les vaccins étaient pris en charge par les provinces. Elle n'est donc pas en mesure de certifier que la chaîne du froid a effectivement été respectée lors de ces périodes.

- **Question 2 : Quels ont été les facteurs favorables et les obstacles au respect de la chaîne du froid, lors du programme de vaccination organisé en milieu scolaire ?**

- **Réponse :**

Facteurs favorables

- acquisition de matériel de qualité pour la surveillance de température (glacière Coldway, thermomètre USB lors de la deuxième vague),
- surveillance quotidienne de la température du réfrigérateur de l'ASS-NC réalisée par l'équipe-projet,
- coordination avec la DASS-NC pour la surveillance du respect de la chaîne du froid (choix de la glacière achetée, contact avec Sanofi-Pasteur, sensibilisation/formation de l'équipe-projet à la surveillance de la chaîne du froid),
- coordination avec Sanofi-Pasteur pour la surveillance du respect de la chaîne du froid aux étapes initiales,
- un système de gestion de la chaîne du froid interne à chacune des provinces (chambre froide, matériel professionnel et procédures spécifiques)
- motivations des professionnels pour assurer au mieux le respect de la chaîne du froid.

Obstacles

- absence de communication par les provinces au coordinateur du programme, des résultats de surveillance de la chaîne du froid,
- matériel non professionnel de stockage des vaccins à l'ASS-NC (réfrigérateur classique),
- absence d'uniformisation des pratiques de recueil de température par l'équipe mobile de vaccination.

3.3.3. Identification de la population cible

L'identification des filles comprises dans le groupe ciblé est un défi pour le programme de vaccination. De cette manière, parmi les éléments relatifs à la faisabilité des programmes de vaccination anti-HPV, l'ONG PATH recommande d'évaluer le processus d'identification de la population cible. Comprendre le dispositif d'identification des filles incluses et évaluer la validité effective de l'identification et de l'invitation à recevoir le vaccin anti-HPV représentent des aspects critiques de la faisabilité.

Cette dimension mesure le processus par lequel le public-cible a été identifié, ainsi que la facilité ou la difficulté d'exécution de la tâche. L'effort de déploiement de ressources humaines requis, en temps et type de personnel, doit aussi être considéré.

- Mécanisme d'identification des filles admises

Un fichier du vice-rectorat centralisait la liste de toutes les filles fêtant leur 12^{ème} anniversaire en 2015 inscrites en collèges publics et privés sous contrat en Nouvelle-Calédonie. Le vice-rectorat avait transmis ce fichier à l'ASS-NC lors de la planification de la première campagne du programme.

Cette dernière a transmis aux référents intra-établissement des collèges les fiches d'autorisation parentale, ainsi que la liste des élèves du collège inscrites sur le fichier en question. Les référents distribuaient ensuite l'autorisation parentale à toutes les filles de la liste. Il était demandé aux élèves de transmettre cette autorisation parentale à leur parent et de la retourner signée, au référent, qu'elle présente un accord ou un refus. Les référents devaient récupérer l'ensemble des autorisations parentales avant le passage de l'équipe mobile de vaccination dans le collège.

- Validité effective de l'identification

Les résultats précédents conduisent à penser que l'identification des jeunes filles du public-cible était effectivement valide et d'excellente qualité.

- Validité effective de l'invitation à recevoir le vaccin anti-HPV

Selon le questionnaire à destination des référents intra-établissement :

- La plupart des référents (96%) a réalisé des relances pour récupérer les autorisations parentales non rendues avant l'arrivée de l'équipe de vaccination. (Q9)

- Hormis le référent lui-même, d'autres personnes se sont occupées de la distribution et de la récupération des autorisations parentales dans plus d'un cas sur deux (52 %). Il s'agit principalement de la vie scolaire et des professeurs (principaux ou non). (Q7)

- Plus de 6 référents sur 10 (63 %) ont éprouvé des difficultés à la réalisation de cette tâche (distribution et récupération des autorisations parentales), en particulier pour la récupération des autorisations auprès des élèves internes. (Q8)

Ces résultats ainsi que les entretiens avec les parties prenantes du programme montrent que les référents intra-établissement se sont globalement « donné du mal » pour réaliser la tâche de distribution/récupération des autorisations parentales. La difficulté exprimée portait principalement sur la récupération des autorisations parentales et non sur la distribution.

En ce qui concerne l'invitation donc, les résultats conduisent à penser que toutes les filles incluses ont a priori reçu l'invitation de vaccination anti-HPV. L'invitation des filles admises à recevoir le vaccin anti-HPV était d'excellente qualité.

• **Question : Quels ont été les facteurs favorables et les obstacles à la mise en œuvre du programme en termes d'identification de la population-cible ?**

• **Réponse :**

Afin d'atteindre l'ensemble des filles ciblées par le programme de vaccination, le mécanisme d'identification des filles (mettant en jeu la coordination entre partenaires), la validité effective de l'identification et de l'invitation à recevoir le vaccin anti-HPV étaient d'excellente qualité (**facteur favorable**).

Toutefois les 39 % de non-retour d'autorisations parentales révèlent possiblement le fait que certains parents n'ont pas reçu le document ou qu'ils n'avaient pas l'obligation de le retourner au collège, signé.

3.3.4. Perte vaccinale

Comme décrit dans le manuel de l'Organisation mondiale de la santé « Monitoring Vaccine Wastage at Country Level » (30), la perte vaccinale ou « vaccine wastage » représente, lors de la mise en place d'un programme de vaccination en population, la quantité de vaccin perdu, endommagé ou mal utilisé au niveau du stockage, du transport ou de l'usage. Les doses de vaccin « perdues » correspondent aux flacons qui ont été brisés, qui sont tombés, jugés avoir été exposés au gel ou à la chaleur, ayant dépassé

la date de péremption, volés ou autrement inutilisables pour la vaccination du public-cible. L'OMS recommande un taux de perte vaccinale inférieur à 5 %.

Le calcul du taux de perte vaccinale impose que toutes les doses utilisées soient enregistrées lors de la mise en œuvre du programme de vaccination. Tous les flacons brisés, qui sont tombés, jugés avoir été exposés au gel ou à la chaleur, ayant dépassé la date de péremption, volés ou autrement inutilisables pour la vaccination de la population ciblée devraient être enregistrés comme des doses perdues.

Dans le cadre du programme ces données n'ont pas été recueillies. Par conséquent le calcul du taux de perte vaccinale n'a pu être réalisé par manque de données à notre disposition. Seule une estimation de la probabilité de perte vaccinale a donc pu être effectuée. Pour cela, à partir des raisons de perte vaccinale identifiées par l'OMS et de l'ensemble des données à notre disposition, un niveau de probabilité de perte vaccinale a été estimé pour chacune des raisons. Le tableau 31 en annexes en détaille les résultats. Il s'agissait d'une estimation subjective réalisée par l'évaluateur au terme de l'évaluation du programme et compte tenu de l'ensemble des résultats obtenus. Le niveau de probabilité de perte vaccinale se situait entre « nul » et « moyen » avec une majorité de « très faible ».

• **Question : Quels ont été les facteurs favorables et les obstacles à la mise en œuvre du programme, en termes de perte vaccinale ?**

• **Réponse** : Pas un obstacle

- Lors d'un programme de vaccination HPV, la perte vaccinale se calcule selon les résultats obtenus à un score OMS (prenant en compte les flacons brisés, jugés avoir été exposés au gel ou à la chaleur, ayant dépassé la date de péremption, volés ou autrement inutilisables pour la vaccination du public-cible).

- Le système de surveillance du programme ne permet pas d'avoir ces données à disposition. Il ne permet pas non plus à l'ASS-NC d'avoir une visibilité sur le devenir des doses qui ont été transmises aux différents dispensaires du territoire. Il est possible que quelques doses aient été perdues ou endommagées, sans que l'ASS-NC ne soit au courant.

- Compte tenu de la taille réduite du territoire et de la population cible, du faible nombre de doses émises, de la concentration du public-cible sur les établissements scolaires ; mais aussi de la faible probabilité de perte vaccinale estimée selon la définition de l'OMS, il ne nous paraît pas important de surveiller le taux de perte vaccinale tel que préconisé par l'OMS.

3.3.5. Logistique

En termes de logistique, aucun problème logistique majeur n'a été rapporté. L'évaluation a fourni les résultats suivants.

	Dose 1	Dose 2
Nombre de séances annulées	1 (collège Eben Eza Ouvéa)	0
Nombre de séances reportées	1 (Ponérihouen)	1 (dispensaire d'Ouvéa)
Nombre total de séances effectives de vaccination	69	67
Pourcentage de séances annulées ou reportées	3 %	1,5 %

Tableau 17 : Pourcentage de séances annulées ou reportées lors de l'administration des deux doses de vaccin HPV dans le cadre de la première campagne du programme de vaccination HPV en milieu scolaire, 2016

Au total 136 séances de vaccination ont été réalisées sur la première campagne du programme et 3 d'entre elles ont été annulées ou reportées, soit 2% des séances.

- **Question : Quels ont été les facteurs favorables et les obstacles à la mise en œuvre du programme, en termes de logistique ?**

- **Réponse :**

Sur la première campagne du programme de vaccination anti-HPV en milieu scolaire, 2 % des séances de vaccination ont été annulées ou reportées (**facteur favorable**).

3.4. Communication

Critère d'évaluation n°3	Communication
Question évaluative	Dans la stratégie de communication employée par l'ASS-NC, quels ont été les facteurs favorables et les freins à la mise en œuvre du programme de vaccination ?
Plan d'analyse	I) Communication auprès du public II) Communication auprès des professionnels II) Une demande d'information à destination des parents

Une campagne de communication à destination du grand public, des parents de filles de 12 ans, des professionnels de santé et des professionnels des établissements scolaires en Nouvelle-Calédonie a été conçue et mise en œuvre.

3.4.1. Communication auprès du public

3.4.1.1. Grand public

- Outils de communication : création et diffusion d'outils à destination du grand public diffusés sur l'ensemble du territoire (voir en annexes) :

- un spot TV,
- un spot radio,
- des panneaux d'affichage (4x3m, 2x1m, bus),
- une affiche (A4),
- l'alimentation du site internet de l'ASS-NC,
- la création d'une page Facebook.

- Stratégie de communication :

- une campagne de communication grand public dans les médias locaux avec diffusion des outils,
- des interventions du Professeur Graesslin (CHU de Reims) sur divers médias locaux : TV (NC première TV, NC TV), radio (NC Première radio, RRB), presse (Les nouvelles Calédoniennes)

- un sujet sur NC Première TV (6 minutes, séance de vaccination dans un collège avec interview du chef de projet et d'un médecin de l'équipe mobile de vaccination).

3.4.1.1.1. Mesure de la mise en œuvre effective de la stratégie de communication auprès du grand public

La campagne de communication à destination du grand public ayant débuté le 21 septembre 2015 était initialement prévue jusqu'au 16 novembre et devait donc durer huit semaines. Elle a été arrêtée prématurément le 8 octobre, trois semaines après avoir débuté, sur demande explicite du membre du gouvernement chargé d'animer et de contrôler le secteur de la santé de la jeunesse et des sports au directeur de l'ASS-NC, à la suite de l'envoi aux membres du Gouvernement du communiqué de presse d'EPLP et de la pétition. La communication semblait cristalliser les reproches vis-à-vis de la vaccination. En réponse à cette demande, la distribution et la diffusion de tous les outils à destination du grand public ont été stoppées sur l'ensemble du territoire et des médias (spot TV, spot radio). La campagne de communication à destination du grand public a donc duré trois semaines au lieu de huit initialement prévues. De plus, une conférence de presse initialement prévue au début de la campagne a été annulée.

(-) Arrêt prématuré de la campagne de communication grand public sur demande du politique.

La stratégie de communication auprès du grand public qui était initialement prévue n'a pas été mise en œuvre dans sa globalité. La communication semblait cristalliser les reproches vis-à-vis de la vaccination. L'agitation des lobbies antivaccinaux s'est d'ailleurs modérée suite à l'arrêt de la campagne de communication.

3.4.1.1.2. Mesure de l'impact de la campagne de communication sur le grand public

Les résultats de cette section sont issus de l'enquête d'opinion sur la vaccination en NC, réalisée auprès d'un échantillon représentatif de la population générale en Nouvelle-Calédonie (n=903).

Souvenir de la campagne de communication

(base : Ensemble de la population – 903 interviewés)



Figure 20 : Pourcentage de personnes en population générale déclarant se souvenir de la campagne de communication en lien avec le programme de vaccination anti-HPV en milieu scolaire, 2015

En décembre 2015, 46% de la population se souvenait de la campagne de communication du programme de vaccination HPV en milieu scolaire.

Le souvenir de la campagne était fortement corrélé à l'opinion sur le vaccin anti-HPV : il existait plus de personnes se souvenant de la campagne parmi les « défavorables au vaccin » que parmi ceux qui étaient favorables.

Le souvenir de la campagne était plus élevé chez les personnes les plus concernées : les femmes (50 % VS 42 % parmi les hommes), ceux ayant une fille de 12 à 20 ans (58 % VS 44 %).

Selon l'ethnie, le souvenir de la campagne était plus élevé chez les européens non nés en NC (56 %) et était le moins élevé chez les polynésiens (38 % des tahitiens, 32 % des wallisiens et futuniens).

Selon la catégorie socio-professionnelle (CSP), les « cadres et professions supérieures » se souvenaient plus de la campagne que les autres CSP, alors que les CSP défavorisées (ouvriers, chômeurs, étudiants) s'en souvenaient moins.

Les parents avaient-ils le choix ?

(base : 415 interviewés)



Figure 21 : Pourcentage de personnes en population générale déclarant avoir compris que les parents avaient effectivement le choix de faire vacciner ou non leur fille dans le cadre de la première campagne du programme de vaccination anti-HPV en milieu scolaire, 2015

Parmi les 415 personnes se souvenant de la campagne de communication, 80 % avaient compris que les parents avaient effectivement le choix de faire vacciner ou non leur fille, alors que seulement 4 % pensait que les parents n'avaient pas le choix et 13 % ne savait pas.

A noter que cette question faisait écho aux critiques qu'avait reçus l'ASS-NC en lien avec le caractère trop injonctif de la campagne de communication. C'était le cas des représentants de l'association de parents d'élèves UGPE rencontrés en entretien « Signez l'autorisation parentale. Certains parents ont pu se sentir forcés ». Ils souhaitaient que la campagne de communication soit plus informative et moins injonctive.

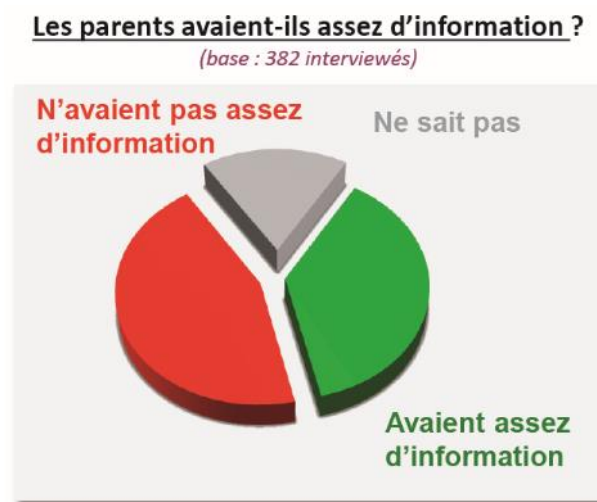


Figure 22 : Pourcentage de personnes en population générale estimant que les parents avaient assez d'information pour choisir de faire vacciner ou non leur fille dans le cadre du programme de vaccination anti-HPV en milieu scolaire, 2015

Parmi les 382 personnes qui avaient compris que les parents avaient le choix ou qui ne savaient pas, 45% pensait que l'information apportée par cette communication était insuffisante pour choisir de faire vacciner ou non leur fille.

Les opposants au vaccin HPV estimaient que l'information était insuffisante, de manière proportionnellement plus élevée que chez les personnes favorables au vaccin HPV (respectivement 62 % et 40 %).

(-) En décembre 2015, **seulement 46 % de la population se souvenait de la campagne de communication** du programme de vaccination HPV en milieu scolaire ayant débuté deux mois plus tôt.

Le souvenir de la campagne était plus élevé chez les femmes, les personnes ayant une fille de 12 à 20 ans, mais aussi chez les européens non nés en NC, les personnes de catégories socio-professionnelles favorisées et chez les personnes défavorables au vaccin.

(-) La majorité estimait que les informations apportées par cette communication était insuffisante pour choisir de faire vacciner ou non leur fille (45%).

(+) Seulement 4 % avaient compris (par erreur) que les parents devaient obligatoirement faire vacciner leur fille de 12 ans dans le cadre du programme.

Autrement dit, le contenu de la campagne de communication était clair et adapté (a été bien compris par le public) quant au caractère non obligatoire et uniquement proposé de la vaccination HPV des jeunes filles.

3.4.1.1.3. Regard des partenaires sur les supports de communication

-Selon les professionnels de santé interrogés en entretien, il n'y a pas eu assez de communication grand public :

- Selon un IDE de l'équipe mobile de vaccination vu en entretien, un des écueils de la première campagne du programme est que la communication « a péché ». Il trouvait cela « bien dommage qu'ils aient dû arrêter la communication ».

- Selon la pharmacienne inspectrice de la DASS interrogée en entretien, le gros écueil de la première campagne du programme était que la communication était « trop légère : je n'ai vu qu'une fois le spot TV et je n'ai jamais entendu à la radio ».

- La pharmacienne de la province Nord pense également qu'un des écueils du programme est lié à la communication auprès du grand public : elle trouve que « le programme n'a pas été assez médiatisé ». « C'est le manque d'information qui a fait que les gens se sont opposés. C'est un problème de connaissances ».

- Traduction en langues kanak : le médecin de la province des îles vu en entretien encourageait la traduction des documents de communication du programme en langues kanak. Cette remarque a également été formulée par l'UGPE, à l'occasion d'un entretien individuel. Le questionnaire à destination des référents intra-établissement a montré dans la zone de commentaires libres qu'un référent souhaitait que la campagne de vaccination y compris les autorisations soit traduite en langues maternelles (en l'occurrence en Drehu pour Lifou) (Q14).

- Un médecin de l'équipe mobile de vaccination conseillait d'appeler chaque référent une semaine avant le passage de l'équipe de vaccination, afin de motiver pour les relances, vérifier que le questionnaire a bien été rempli au recto/verso et rappeler aux jeunes filles de porter leur carnet de santé.

Concernant le contenu des supports :

- Le questionnaire à destination des référents intra-établissement a révélé que certains référents souhaitent que **(Q14)**:

-sur le dépliant d'informations ou la lettre aux parents, soit rajoutée la consigne d'apporter le carnet de santé le jour de la vaccination, car il est souvent oublié.

-sur l'autorisation parentale, soit rajoutée en bas de page une flèche TSVP, la plupart des questionnaires n'étant remplis qu'au verso.

Ces deux remarques ont également été formulées en entretien par un médecin de l'équipe mobile de vaccination.

- Un médecin de l'équipe mobile de vaccination conseillait sur l'autorisation parentale d'ajouter des cases pour l'identité du signataire (parent, oncle, tante, sœur, grand-père, etc.).

- De plus un médecin de l'équipe mobile de vaccination conseillait en entretien de modifier le questionnaire médical en supprimant la question 3 sur l'autorisation parentale.

(-) Il n'y a pas eu assez de communication grand public selon les professionnels de santé interrogés en entretien.

(-) Plusieurs partenaires considéraient la barrière de la langue comme un réel frein à la communication du programme.

(+) Des conseils de modifications de contenu de matériel (consignes pratiques).

3.4.1.2. Parents

- Outils de communication : création et diffusion de documents à destination des parents tels qu'un dépliant d'information (A5, 4p), une autorisation parentale, un carnet de vaccination HPV et une lettre aux parents. Voir en annexes.
- Stratégie de communication : envoi individuel des documents aux collèges, qui les transmettaient aux parents concernés par l'intermédiaire de l'élève.

Réunions d'information aux parents dans les collèges :

- Les entretiens avec les différents partenaires ainsi que le questionnaire à destination des référents intra-établissement ont montré qu'au total six réunions d'information aux parents dans les collèges

ont eu lieu avant de débiter les séances de vaccination. Elles étaient organisées par l'ASS-NC ou d'autres partenaires.

- L'entretien avec un médecin de l'équipe mobile a précisé que les réunions d'information aux parents étaient mises en place en fonction des demandes :

- Le collège de la Rivière salée a demandé une réunion d'informations à laquelle le comité de pilotage a répondu favorablement. La réunion était animée par le médecin du vice-rectorat et le chef de programme. Cependant moins de 10 parents étaient présents.

- Les encadrants du collège de Ponérihouen ont refusé de laisser entrer le médecin et l'IDE de l'équipe mobile le jour de la séance car ils souhaitaient une réunion d'informations préalable. Le comité de pilotage a également répondu favorablement et la réunion était animée par une sage-femme et une éducatrice sanitaire du dispensaire. Cependant seulement quatre parents étaient présents.

- Deux collèges du sud ont eux-mêmes organisé une réunion d'information aux parents, avec l'appui des dispensaires de La Foa et de Bourail. Trois parents étaient présents à chacune d'entre elles.

(-) Peu de réunions d'informations demandées par les parents dans les collèges, très peu de parents présents.

3.4.2. Communication auprès des professionnels

3.4.2.1. Professionnels de santé

- Outils de communication : Création et diffusion d'un outil à destination des professionnels de santé correspondant à un dépliant (A5, 4p).
- Stratégie de communication :

- tous les professionnels de santé : soirée médicale organisée par l'association médicale de Nouvelle-Calédonie (30 juin 2015) : Pr Graesslin (CHU de Reims, vaccination HPV), Dr Lancrenon, dermatologue (condylomes), Dr Camus (gynécologue-obstétricien), Dr Rouchon (résultats du programme de dépistage organisé du cancer du col, présentation du programme de vaccination anti-HPV à venir), Mme Girault (interne gynécologie-obstétrique : A propos de 108 cas de cancers invasifs du col), Registre du cancer (épidémiologie du cancer du col en NC).

- médecins généralistes (MG) du Grand Nouméa : visite d'un IDE délégué de santé publique missionné par l'ASS-NC auprès des MG du Grand Nouméa avant le début du programme de vaccination, afin de leur présenter le programme et recueillir leur avis et attitudes envers la vaccination HPV,
- médecins et IDE de la province Sud : une réunion d'informations animée par le médecin du vice-rectorat et le chef de projet,
- gynécologues du Réseau-onco : réunion d'informations animée par le chef de projet.

(+) L'ASS-NC a mis en œuvre une communication sur le programme de vaccination HPV préalablement à son lancement, à destination de l'ensemble des professionnels de santé de NC.

(+) Aucun retour négatif n'a été émis de la part des médecins généralistes envers le programme de vaccination ou la campagne de communication.

3.4.2.2. Professionnels des établissements scolaires

Voir section Faisabilité > Collaboration > Partenaires de terrain > Professionnels des collèges

3.4.2.3. Association de parents d'élèves UGPE

Voir section Faisabilité > Collaboration > Partenaires du comité de pilotage

3.4.3. Une demande d'information à destination des parents

Une faible offre d'informations aux parents

(-) Peu de réunions d'informations demandées par les parents dans les collèges (6 au total), très peu de parents présents.

(-) Il n'y a pas eu assez de communication grand public selon les professionnels de santé interrogés en entretien.

Une réelle demande d'informations aux parents

- De la part du public

L'étude d'opinion sur la vaccination en population générale en NC a révélé que l'information est jugée insuffisante par le public. Cela est évoqué :

- en spontané, quand on demande à l'interviewé de se prononcer (pour ou contre le vaccin HPV) : 10% ne connaissent pas ce vaccin ; le manque d'information ou la manipulation sont aussi évoqués par les opposants au vaccin HPV (respectivement 13% et 12%);

- au sujet de l'information contenue dans la campagne communication : la majorité de la population estimait que les informations apportées par cette communication était insuffisante pour choisir de faire vacciner ou non leur fille (45%).

- De la part des professionnels

Les partenaires interrogés en entretien estimaient que les parents avaient besoin de plus d'informations :

- L'entretien avec les représentants de l'association de parents d'élèves UGPE a montré que ceux-ci estimaient que les familles ont besoin de beaucoup plus d'informations et qu'il existe un manque de communication/apport d'informations certain sur le vaccin anti-HPV envers les parents et les filles. « Il faut absolument donner plus d'informations, une information, même si elle n'est pas évidente à donner ».

- Selon la pharmacienne de la province Nord interrogée en entretien, il faudrait pour améliorer le programme, améliorer la communication : donner les informations aux gens et montrer les résultats encourageants des programmes de vaccination équivalents ayant fonctionné à l'étranger comme par exemple en Australie.

- Selon la médecin de prévention de la province des Iles, il faudrait améliorer l'information, la formation et la compréhension de la population (faire des réunions dans les tribus, en langue, passer bien avant, démystifier le vaccin)

- Selon la médecin de prévention des Iles il faut accompagner l'autorisation parentale : en cas de refus ou non-retour de la fiche « il faut aller les voir... et très souvent c'est un problème d'incompréhension ».

- Un médecin et un infirmier de l'équipe mobile de vaccination préconisaient également la mise en place d'une réunion d'informations aux parents et aux enfants dans chaque collège pour la deuxième campagne. L'IDE précisait qu'il était nécessaire qu'un médecin anime cette réunion car « sa parole a plus de valeur auprès du public que d'autres professionnels ». Cela permettrait selon lui de rassurer les gens, les informer et d'ouvrir le débat. Ces professionnels pensent qu'il faut continuer à plus informer les gens.
- Selon un des membres de la direction de l'ASEE interrogé en entretien, « les parents ont besoin d'informations, sur les inconvénients, les avantages, les effets secondaires du vaccin. »
- Les référents soulignent l'importance d'améliorer l'information apportée aux parents concernant le programme de vaccination anti-HPV. Pour cela, certains évoquent une réunion d'information, ou bien l'utilisation du logiciel Pronote. (Q14)

...Et par ailleurs des référents intra-établissement motivés pour participer à une réunion d'information aux parents dans leur collège

Le questionnaire à destination des référents intra-établissement a révélé que :

- si une réunion d'information pour les parents est organisée l'année prochaine dans l'établissement, plus de 8 référents sur 10 (84%) déclarent avoir l'intention d'y participer. Pour près de 60% d'entre eux, cette réunion devrait être organisée par l'ASS-NC et pour plus d'un quart, par l'infirmière scolaire (26%). (Q3)

Une faible offre d'information

- (-) Peu de réunions d'informations demandées par les parents, très peu de parents présents
- (-) Pas assez de communication auprès du grand public selon les partenaires professionnels (« trop légère »)

Une réelle demande d'information aux parents

- (-) De la part du public : 10 % ne connaissait pas le vaccin HPV ; la majorité de la population estimait que les informations apportées par la campagne de communication étaient insuffisantes pour choisir de faire vacciner ou non leur fille (45%).
- (-) De la part des professionnels, via l'organisation de réunions d'informations dans les collèges ou un accompagnement plus individualisé des parents.

Et des référents intra-établissement motivés pour participer à une réunion d'information aux parents dans leur collège (84% motivés).

- **Question : Dans la stratégie de communication employée par l'ASS-NC, quels ont été les facteurs favorables et les freins à la mise en œuvre du programme de vaccination?**

- **Réponse :**

(+) Une offre d'informations à destination des professionnels de santé très satisfaisante

- L'ASS-NC a mis en œuvre une communication sur le programme de vaccination HPV préalablement à son lancement, à destination de l'ensemble des professionnels de santé de NC.

- Aucun retour négatif n'a été émis de la part des médecins généralistes envers le programme de vaccination ou la campagne de communication.

(-) Une faible offre d'informations à destination des parents

- Arrêt prématuré de la campagne de communication grand public sur demande du politique, suite aux lobbies antivaccinaux.

(-) Peu de réunions d'informations demandées par les parents dans les collèges, très peu de parents présents.

Conséquence :

- En décembre 2015, deux mois et demi après son lancement, seulement 46 % de la population se souvenait de la campagne de communication du programme de vaccination HPV en milieu scolaire.

Le souvenir de la campagne était plus élevé chez les femmes, les personnes ayant une fille de 12 à 20 ans, mais aussi chez les européens non nés en NC, les personnes de catégories socio-professionnelles favorisées et chez les personnes défavorables au vaccin.

- En population générale, la majorité de la population estimait que les informations apportées par cette communication était insuffisante pour choisir de faire vacciner ou non sa fille (45%).

- Les partenaires trouvaient également qu'il n'y avait pas eu assez de communication auprès du grand public (« trop légère »).

(-) Une réelle demande d'information à destination des parents

- De la part du public : 10 % de la population ne connaissait pas le vaccin HPV ; la majorité de la population estimait que les informations apportées par la campagne de communication étaient insuffisantes pour choisir de faire vacciner ou non sa fille (45%).

- De la part des professionnels qui jugent que les parents ont besoin de plus d'informations, via l'organisation de réunions d'informations dans les collèges ou l'accompagnement plus individualisé des parents.

(+) Et des référents intra-établissement motivés pour participer à une réunion d'information aux parents dans leur collège (84% motivés).

(+) Des conseils de modifications ou non du contenu de matériel

(+) Seulement 4 % du public avaient compris (par erreur) que les parents devaient obligatoirement faire vacciner leur fille de 12 ans dans le cadre du programme.

Autrement dit, le contenu de la campagne de communication était clair et adapté quant au caractère non obligatoire et seulement proposé de la vaccination HPV des jeunes filles (le message a correctement été compris par le public).

(-) Plusieurs partenaires considéraient la barrière de la langue comme un réel frein à la communication du programme.

3.5. Acceptabilité

Critère d'évaluation n°4	Acceptabilité
Question évaluative	Le programme de vaccination organisé en milieu scolaire s'est-il avéré acceptable pour l'ensemble des acteurs impliqués ?
Plan d'analyse	I) Niveau d'adhésion II) Raisons de refuser la vaccination HPV III) Niveau d'influence des mouvements antivaccinaux

« Bien que la couverture vaccinale représente la mesure ultime de l'acceptabilité du vaccin HPV, d'autres dimensions peuvent éclairer les raisons pour lesquelles les parents ont accepté (ou non) de faire vacciner leur fille contre le HPV. Ces considérations sont importantes pour les efforts d'éducation et de mobilisation des communautés. Elles peuvent en outre s'avérer utiles pour les perspectives d'expansion future » à l'échelle métropolitaine par exemple (26).

Trois dimensions de l'acceptabilité ont été retenues :

- Niveau d'adhésion des différents acteurs
- Raisons de ne pas accepter de la vaccination HPV
- Sources d'influence.

3.5.1. Niveau d'adhésion

Cette partie tente de répondre à la sous-question évaluative : Quel est le niveau d'adhésion au programme de vaccination des différents acteurs ?

3.5.1.1. Public

3.5.1.1.1. Parents et filles de 12 ans (niveau d'adhésion au programme)

La couverture vaccinale est une mesure déterminante de toute évaluation de programme de vaccination. Il s'agit d'un indicateur certain du succès du programme à atteindre la population visée. Elle révèle aussi indirectement son acceptabilité auprès de la communauté. Un programme de vaccination qui atteint une vaste proportion de la population ciblée laisse entendre que les parents et les enfants l'ont accepté. En effet on peut espérer que l'accord ou refus de cette vaccination ait fait

l'objet d'une discussion au sein de la famille, même à minima, incluant les parents ou tuteurs légaux, la famille élargie (oncle, tante, grands-parents) mais aussi les enfants directement concernés.

Des données quantitatives...

Comme présenté dans la section « Couverture vaccinale », les parents ou tuteurs légaux ont été au total près de 47 % à faire vacciner leur fille de 12 ans lors de la première campagne. Le taux de CV était plus élevé dans les Nord et les Iles que dans le Sud, avec une différence statistiquement significative. Cela révèle que les parents résidant dans ces deux provinces ont plus adhéré au programme de vaccination et de façon générale adhèrent mieux à la vaccination HPV que ceux résidant dans le Sud. 12 % des parents ont refusé la vaccination dans le cadre du programme et le pourcentage de refus dans le Sud était supérieur à ceux retrouvés en provinces Nord et Iles (différence statistiquement significative). Ces résultats sont concordants avec ceux de l'enquête I-Scope en population générale décrits dans le chapitre suivant.

...Éclairées par les données qualitatives :

Les professionnels de l'équipe mobile de vaccination vus en entretiens ont observé de façon empirique qu'il existait un effet du lieu et de la communauté d'appartenance sur l'acceptabilité du vaccin HPV :

- Un des médecins de l'équipe mobile de vaccination notait que les résistances par rapport au vaccin HPV dépendaient fortement du lieu : « Vers Nouméa et dans la province Sud, d'importantes réticences existaient. Dans le Nord et les Iles, il existait peu de réticences et les filles ont été plus nombreuses à être vaccinées ».
- Le médecin indiquait également que les refus de vaccination HPV lors de cette campagne provenaient plus des européens que des mélanésiens.
- Selon un IDE de l'équipe mobile de vaccination vu en entretien, « il y a beaucoup plus de blancs à Nouméa et donc plus de résistances. Il y a beaucoup moins de résistances par rapport au vaccin anti-HPV auprès des familles océaniques et polynésiennes. »

3.5.1.1.2. Population générale (niveau d'adhésion à la vaccination HPV)

Les résultats présentés ici sont issus de l'enquête d'opinion sur la vaccination en NC, effectuée auprès d'un échantillon représentatif de la population générale de plus de 15 ans en Nouvelle-Calédonie, en décembre 2015 (n=903).

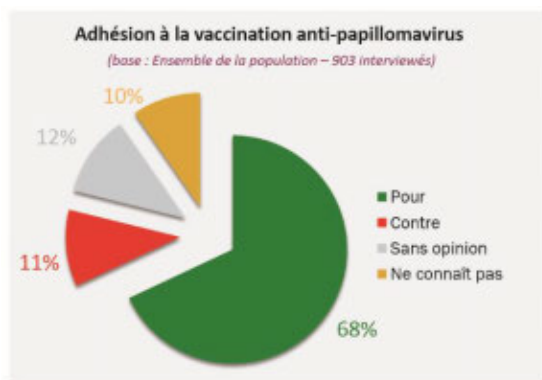


Figure 23 : Pourcentage de personnes en population générale se déclarant pour, contre, sans opinion et ne connaissant pas la vaccination anti-HPV, 2015

Les gens en NC sont majoritairement favorables au vaccin HPV (68 %). L'adhésion à la vaccination anti-HPV est moindre que pour la vaccination en général (-18 points). Ils sont toutefois plus indécis que pour la vaccination en général (6 fois plus de « sans opinion » ; 12 %), plus défavorables (2 fois plus d'avis défavorables ; 11 %) et relativement peu informés (10 % des personnes ne connaissent pas le vaccin anti-HPV).

Des écarts sont observés selon l'âge, le sexe, l'origine ethnique, la province de résidence, la forme du foyer et la catégorie socio-professionnelle (CSP) :

- Les populations les moins favorables / les plus sceptiques au vaccin HPV sont :

Les femmes (qui connaissent plus l'existence du vaccin que les hommes mais qui émettent également plus d'avis défavorables), les personnes plus âgées, les européens non nés en NC, nés en NC et les tahitiens ; les cadres et « professions supérieures », les personnes ayant une fille de 12 à 20 ans (58 % sont favorables seulement).

- Les populations les plus favorables sont :

Les plus jeunes, les mélanésiens (ce qui explique que l'on trouve plus d'avis favorables en province Iles et Nord), les étudiants, les « autres inactifs », les familles élargies.

- Les populations ayant le moins d'opinion sur la vaccination anti-HPV :

Les hommes, les plus de 60 ans, les européens non nés en NC, les retraités, les personnes vivant seules ou en couple sans enfant.

- Les populations ne connaissant le moins l'existence du vaccin HPV sont :

Les hommes, les polynésiens (tahitiens, wallisiens et futuniens), les artisans, commerçants et chefs d'entreprise, les personnes vivant seules.

15 % des interviewés déclarent avoir au moins une fille de 12 à 20 ans (n=133). Les taux d'adhésion pour la vaccination HPV en population générale d'une part et d'autre part ceux chez les parents ayant au moins une fille de 12 à 20 ans sont précisés dans le tableau 18.

Se déclarent [vaccin HPV]	Population générale	Population générale ayant au moins une fille de 12 à 20 ans (n=133)
Pour	68 %	58 %
Contre	11 %	23 %
Sans opinion	12 %	8 %
Ne connaît pas	10 %	10 %

Tableau 18 : Pourcentage de personnes en population générale et dans la tranche ayant au moins une fille de 12 à 20 ans, se déclarant pour, contre, sans opinion et ne connaissant pas la vaccination anti-HPV, 2015

Évocation de la sexualité avec sa fille :

Parmi les personnes ayant une fille de 12 à 20 ans, 60 % ont déjà parlé de sexualité avec leur fille alors que 40 % n'ont jamais évoqué le sujet.

Des écarts sont observés selon l'âge de la fille, le sexe du parent, la CSP et l'adhésion au vaccin HPV :

- Les parents ayant une fille de plus de 15 ans abordent d'avantage ce sujet que les autres.
- Les femmes parlent plus de sexualité avec leur fille que les hommes (78 % et 38 % respectivement).
- Les cadres et « professions supérieures » sont plus nombreux à aborder le sujet (80% d'entre eux) que les ouvriers ou les retraités (respectivement 80 %, 41 % et 33 %).

Les parents qui abordent le sujet de la sexualité avec leur fille se déclarent globalement moins favorables au vaccin HPV que ceux qui n'en parlent pas. En effet parmi les parents évoquant ce sujet avec leur fille, 50 % sont pour le vaccin HPV et 30 % sont contre ; alors que parmi les parents n'abordant pas ce sujet, 70 % sont pour le vaccin et seulement 13 % contre.

Les résultats de couverture vaccinale du programme sont concordants avec ceux de l'enquête d'opinion en population générale.

Le public-cible et les parents ont globalement bien accepté le programme de vaccination en milieu scolaire. Presque la moitié des jeunes filles de 12 ans ont été vaccinées par le vaccin anti-HPV en 2015. En population générale, la majorité des parents ayant une fille de 12 à 20 ans se déclare être pour la vaccination anti-HPV (58 %).

Il semblerait que le niveau d'adhésion change selon le lieu de résidence, la communauté d'appartenance et la catégorie socio-professionnelle :

- les personnes chez lesquelles l'adhésion est la plus élevée : les habitants du Nord et les Iles ; les mélanésiens ; les personnes appartenant aux catégories socioprofessionnelles défavorisées,

- les personnes qui adhèrent le moins : les habitants du Sud ; les européens non nés en NC et nés en NC, les tahitiens / les personnes appartenant aux catégories socioprofessionnelles dites supérieures ; les parents ayant une fille de 12 à 20 ans ; les parents abordant le sujet de la sexualité avec leur fille ; les femmes.

3.5.1.2. Partenaires (niveau d'adhésion au programme)

3.5.1.2.1. Partenaires du comité de pilotage

- Les entretiens individuels avec les partenaires du COPIL ont montré que ceux-ci étaient presque tous favorables au programme de vaccination anti-HPV en milieu scolaire.

- Au sein du COPIL le seul partenaire ayant exprimé un avis défavorable était l'association de parents d'élèves UGPE.

3.5.1.2.2. Partenaires de terrain

3.5.1.2.2.1. Médecins réalisant la vaccination

- L'équipe mobile de vaccination était très favorable au programme.

- Les médecins et professionnels des dispensaires en lien avec le programme étaient globalement favorables au programme puisque leur collaboration a été de très bonne qualité (voir section Faisabilité > Collaboration).

3.5.1.2.2.2. Professionnels des collègues

Le niveau de proximité de l'intra-établissement a rencontré quelques difficultés d'implantation et d'acceptabilité du programme. Au sein des collèges, bien que la majorité silencieuse des professionnels y fût favorable, certains étaient contre cette vaccination.

-Les entretiens avec les différents partenaires ont montré qu'un ou deux directeurs d'établissements, un ou deux professeurs et une infirmière scolaire ont exprimé leurs réticences vis-à-vis du programme. Cela s'est traduit par :

- des difficultés organisationnelles (refus initial de distribution et récupération des autorisations parentales par une IDE scolaire),
- une intervention antivaccinale forte auprès des élèves par un professeur d'SVT (disant qu'elles allaient avoir le syndrome de Guillain-Barré si elles se faisaient vacciner, « devenir des légumes et risquaient la mort »), qui a par la suite été rattrapée par la directrice d'établissement.
- une opposition franche au programme par un directeur de collège en province Nord qui a catégoriquement refusé la vaccination au sein de son établissement.

L'existence bien qu'épisodique de ce double discours contradictoire a pu avoir un impact négatif en termes de couverture vaccinale et d'acceptabilité du vaccin par les filles et les parents concernés.

Les partenaires du COPIL étaient tous favorables au programme de vaccination HPV, excepté l'association de parents d'élèves UGPE.

Des partenaires de terrain plus ou moins favorables :

- l'équipe mobile de vaccination de l'ASS-NC était très favorable au programme,
- les médecins et professionnels des dispensaires étaient globalement très favorables,
- dans certains collèges, le programme s'est heurté à des réticences non négligeables de la part de plusieurs professionnels, ce qui a entraîné un obstacle certain à la mise en œuvre effective du programme de vaccination dans les établissements concernés et à l'adhésion du public.

3.5.1.2.2.3. Médecins généralistes du Grand Nouméa

Un IDE délégué de santé publique missionné par l'ASS-NC est allé rencontrer individuellement les MG du Grand Nouméa avant le début du programme de vaccination en mai 2015 afin de le leur

présenter et recueillir leur avis et attitudes envers la vaccination HPV. L'enquêteur interrogé en entretien livrait les résultats suivants :

- La grande majorité des MG du Grand Nouméa était favorable à la vaccination anti-HPV.
- Les patients ne demandent généralement pas eux-mêmes de se faire vacciner ; excepté les européens.

- Préalablement au lancement du programme de vaccination anti-HPV en NC, la grande majorité des MG du Grand Nouméa était favorable à cette vaccination.

- Selon eux, la demande de vaccination HPV ne provenait généralement pas spontanément des patients (et parents) eux-mêmes mais était plus souvent proposée par le médecin, excepté chez les personnes d'origine européenne.

3.5.1.3. Mouvements antivaccinaux (niveau d'adhésion au programme)

Certains acteurs appartenant à la société civile ont exprimé des réticences envers ce programme, exprimées de manière parfois offensive.

Un communiqué de presse a été diffusé par l'association « Ensemble pour la planète » (EPLP), exprimant une critique envers le programme de vaccination et comprenant de surcroît des attaques personnelles et nominatives envers le directeur de l'ASS-NC (04/07/15).

Une pétition intitulée « Président du Gouvernement de la Nouvelle-Calédonie, Ministre de la santé : arrêter la campagne anti-HPV dans les écoles » a été diffusée par trois professionnels de santé (une sage-femme et deux cadres de santé à la retraite ; 28/09/15).

Celle-ci a été relayée par l'association UGPE via les réseaux sociaux (page Facebook, premier post le 29/09/15).

Celle-ci a également participé à une émission de radio locale sur le sujet (radio Djiido ; 03/11/15).

De façon plus accessoire, il existe un site tenu par un blogueur néo-calédonien où sont régulièrement postés des articles sur divers sujets notamment la vaccination en général dont un critiquant spécifiquement le programme de vaccination évalué : « Cancer du col de l'utérus : Pour protéger votre fille, REFUSEZ LE VACCIN » (02/05/16).

A titre informatif le blog présente différents articles intitulés : « Un verre de lait est aussi dangereux qu'une cigarette ! », « Ce poison nommé croquette à moitié prix ! », « Le Nouvel Obs prit en flagrant délit de propagande boulangère ! », « Manger une salade au McDo, c'est comme embrasser une prostituée à l'hôtel ! », ou encore « Sortez-moi ce tampon du vagin ! ».

Certains acteurs appartenant à la société civile ont publiquement exprimé des critiques envers le programme, parfois de façon offensive :

- un communiqué de presse diffusé par l'association « Ensemble pour la planète »,
- une pétition contre le programme initiée par trois professionnels de santé,
- relayée par l'association de parents d'élèves UGPE,
- et un article de blog.

Le premier et le dernier formulant des attaques personnelles envers le directeur de l'ASS-NC.

3.5.2. Raisons de refuser la vaccination HPV

Ce chapitre répond à la sous-question évaluative : Quels sont les facteurs d'adhésion et de non-adhésion du public-cible, des partenaires et de l'ensemble de la population au programme de vaccination évalué ?

- Population générale :

L'étude d'opinion sur la vaccination en population générale en NC en 2015 a révélé que 11 % de la population se déclarait être contre la vaccination HPV (Q2). Sur une base de 98 interviewés, plusieurs réponses étaient possibles. Les principales raisons invoquées sont présentées dans le diagramme suivant (Q3).

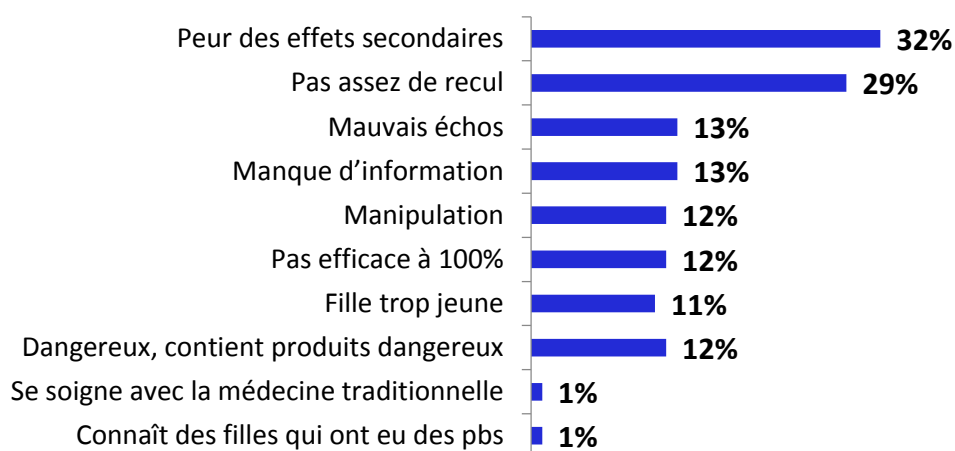


Figure 24 : Pourcentage des raisons exprimées d'être contre le vaccin anti-HPV en population générale, 2015

Les freins relatifs au vaccin HPV exprimés en population générale concernent donc d'importance décroissante :

- la sécurité du vaccin (peur des effets secondaires - 32 %, mauvais échos - 13 %), dangereux ou contient des produits dangereux - 12 %),
- pas assez de recul - 29 %
- la méconnaissance, admise (manque d'information - 13 %) ou non (fille trop jeune - 11 %),
- l'efficacité du vaccin (pas efficace à 100 % - 12%),
- une sensation d'être manipulé (12 %).

- Parents/tuteurs légaux des filles de 12 ans (lors du programme) :

Les 232 fiches d'autorisations parentales rendues lors de la première campagne et comportant la mention « refus » ont été analysées. Les raisons de refus des parents/tuteurs légaux, inscrites au niveau de la modalité Refus, modalité « Autre » de l'autorisation parentale correspondant à la zone de commentaire libre ont fait l'objet d'une analyse qualitative.

Les freins au vaccin HPV exprimés par les parents/tuteurs légaux refusant la vaccination de leur fille dans la cadre du programme sont présentés dans le tableau suivant. Ces résultats concordent avec l'étude en population générale.

Parents nombreux	- pas assez de recul - manque d'informations - peur des effets secondaires - manque de confiance (vaccin dangereux, parent septique) - souhait de demander l'avis d'un professionnel de santé avant une vaccination éventuelle (médecin traitant le plus souvent, pédiatre ou gynécologue).
Parents peu nombreux	- âge trop jeune de sa fille
Parents très peu nombreux	- « je ne veux pas que ma fille serve de cobaye », - manque d'efficacité du vaccin, - vaccin non obligatoire.

Tableau 19 : Répartition par ordre de fréquence des raisons exprimées par les parents/tuteurs légaux de refus de vaccination de leur fille dans la cadre de la première campagne du programme, 2016

Par ailleurs notons que quelques questions posées par des parents lors de réunions d'informations étaient d'ordre : « Est-ce que vous allez stériliser nos filles kanak ? », ou bien « Nos filles n'ont pas encore leurs règles, n'est-ce pas trop tôt pour cette vaccination ».

- Médecins généralistes

L'IDE délégué de santé publique interrogé en entretien à propos de l'enquête auprès des MG du Grand Nouméa livrait les résultats suivants. Certains MG étaient réticents à la vaccination anti-HPV pour deux raisons :

- le Gardasil est un vaccin trop récent,
- et le Gardasil a fait polémique.

- Mouvements antivaccinaux

Une analyse de contenu des documents émis par les mouvements antivaccinaux a été réalisée, avec des thématiques principales qui ont émergé et listées ci-dessous.

Arguments de la pétition :

- « protection naturelle de la santé »
- sécurité du vaccin (sclérose en plaque...)
- manque d'informations données aux parents
- efficacité non totale du vaccin
- inutilité du vaccin compte tenu de l'existence du dépistage à l'âge adulte
- risque que le vaccin implique que les femmes ne feront plus leur FCV à l'âge adulte
- coût « quand on sait que le budget santé est insuffisant ».

Arguments du communiqué de presse EPLP :

- coût du programme
- inutilité du vaccin compte tenu de l'existence du dépistage par FCV à l'âge adulte
- efficacité non totale du vaccin
- « manipulation collective des Calédoniennes »
- « vaccin très controversé »

- attaques personnelles virulentes envers le directeur de l'ASS-NC
- « Le pilonnage de la « bonne parole » pro-vaccin [...] par la bouche du Pr Graesslin dont on ne sait trop ce qu'il vient faire ici (n'avons-nous pas de médecin compétent en la matière ? Ne servirait-il que de parapluie-parasol-paravent-paratonnerre au directeur de l'ASS-NC, le Dr Rouchon ?) »
- une référence à un site de la ligue nationale pour la liberté de vaccination, une association anti-vaccin.

Au final, ce communiqué de presse contient peu de réels arguments et constitue surtout une attaque personnelle envers le directeur de l'ASS-NC.

Arguments de l'article du blog :

- attaque personnelle à plusieurs reprises du directeur de l'ASS-NC
- critique du contenu des supports de communication du programme (dépliant parents et lettre d'informations aux parents)
- « faites valoir votre droit à l'information »
- sécurité du vaccin
- efficacité du vaccin
- inutilité/dangerosité du vaccin compte tenu de l'existence du dépistage par FCV
- phénomène de substitution des souches du virus
- procédure d'AMM aux Etats-Unis (FDA), « scandale pour un tel passe-droit »
- analyse épidémio cancer du col erroné de la situation en NC

Au final, cet article de blog contient des éléments scientifiquement vrais c'est-à-dire prouvés et reconnus comme vrais par l'ensemble de la communauté scientifique, d'autres faux et des données annoncées comme vraies de façon tranchée alors que l'état actuel des connaissances ne le permet pas.

Les principaux freins exprimés à la vaccination anti-HPV sont :

Par la population générale et les parents :

1. sécurité du vaccin ++++ en premier lieu (peur des effets secondaires, mauvais échos, dangereux)
2. manque et désir d'informations
3. pas assez de recul (vaccin trop récent)
4. sensation d'être manipulé.
5. souhait de demander l'avis d'un professionnel de santé avant une vaccination éventuelle (médecin traitant le plus souvent, pédiatre ou gynécologue).

Par les médecins généralistes :

1. manque de recul
2. polémique autour du Gardasil

Par les mouvements antivaccinaux :

1. sécurité
2. manque d'informations données aux parents
3. efficacité
4. inutilité du vaccin compte tenu de l'existence du FCV
5. complot avec l'industrie pharmaceutique
6. parfois attaque personnelle virulente envers le directeur de l'ASS-NC
7. coût du programme
8. critique des supports de communication (dépliant parents++) du programme ASS-NC

3.5.3. Niveau d'influence des mouvements antivaccinaux

Cette partie tente de répondre à la sous-question évaluative : Quel niveau d'influence les acteurs antivaccinaux locaux ont-ils eu sur la décision des parents/tuteurs légaux à faire vacciner leur fille dans le cadre du programme ?

Bien qu'aucune enquête n'ait été mise en œuvre auprès des parents/tuteurs légaux, ni des filles pour déterminer quelles étaient réellement les sources d'influence concernant leur choix de faire ou non vacciner leur fille, les éléments suivants ont été recueillis.

- Description factuelle des réactions suscitées par les lobbies antivaccinaux

- Communiqué de presse de l'association EPLP (04/07/15)

En Nouvelle-Calédonie, la petite taille du territoire implique qu'il existe parfois des conflits d'intérêts. Il est important de souligner certaines proximités entre cette association et le pouvoir exécutif de l'époque. La campagne de communication du programme a dû être arrêtée prématurément, trois semaines après son lancement, sur huit initialement prévues, sur demande expresse du membre du Gouvernement en charge de la Santé au directeur de l'ASS-NC (cf. chapitre « Communication »), suite à ces lobbies antivaccinaux. Néanmoins compte tenu du caractère particulièrement virulent et d'attaque personnelle à l'encontre du directeur de l'ASS-NC, les grands médias calédoniens n'ont pas fait écho et ne l'ont pas diffusé auprès du grand public ; les parents ne l'ont donc jamais vu.

- Pétition (28/09/15) : 94 signatures, sur 250 attendues par les auteurs

- Page Facebook de l'UGPE : suivie par 450 personnes. 4 publications relayant la pétition, avec : 26 partages, entre 0 et 6 « J'aime » et aucun commentaire (au 15/12/2015).

- Article de blog : 21 commentaires, rédigés par 7 personnes.

- Selon le médecin de la province Nord vu en entretien, un des principaux freins au programme était l'expression d'EPLP. « C'est la campagne de l'UGPE qui a posé problème au niveau de l'image de la vaccination. Mes agents ont dû intervenir à Ponérihouen pour rétablir la vérité sur le vaccin anti-HPV. »

- Analyse de l'impact des mouvements antivaccinaux sur le programme de vaccination

- Il semble que l'expression de ces mouvements antivaccinaux ait eu un impact non négligeable sur la faisabilité de la première campagne du programme de vaccination. En effet, cela a imposé :

- sa mise en œuvre sur deux années scolaires, par retard de lancement de la première campagne,

- le report du renouvellement immédiat de la deuxième campagne. En effet l'existence des mouvements antivaccinaux a imposé au porteur du programme d'attendre l'ensemble des données permettant d'avoir une vision globale de la première campagne, afin de demander aux élus de prendre une décision éclairée concernant la reconduction ou non de la deuxième campagne. En 2016, la celle-ci n'a pas pu être mise en place. Un rattrapage sera effectué en 2017 lors du redémarrage du programme.

- L'expression des mouvements antivaccinaux a également induit un arrêt prématuré de la campagne de communication (impact sur la communication du programme).

- On peut se demander si ses éléments ont semé ou alimenté le doute auprès des parents et enfants bénéficiaires du programme et par conséquent réduit l'adhésion au programme de vaccination de la part du public-cible. Les entretiens avec l'équipe-projet n'ont néanmoins pas objectivé des taux de couverture vaccinale différents avant et après l'intervention de ces lobbies.

Il existait des mouvements antivaccinaux qui se sont prononcés contre programme de vaccination HPV en milieu scolaire en Nouvelle-Calédonie. Les résultats de l'évaluation montrent que ces mouvements locaux ont probablement eu un impact considérable sur :

- la mise en œuvre de la première campagne (difficultés de faisabilité),

- le renouvellement immédiat de la deuxième campagne (reportée à 2017),

- la communication réalisée,

Cependant l'impact est bien plus difficile à objectiver en ce qui concerne :

- l'acceptabilité de la vaccination HPV par le public-cible,

- et le taux de couverture vaccinale du public-cible.

- **Question : Le programme de vaccination organisé en milieu scolaire s'est-il avéré acceptable pour l'ensemble des acteurs impliqués ?**
- **Réponse :**

L'acceptabilité des parents envers le vaccin HPV mesurée via l'atteinte du taux de couverture vaccinale est superposable aux résultats de l'enquête I-Scope en population générale. Elle est satisfaisante d'une manière générale en NC. Elle est bien plus importante dans les provinces Nord et Iles, là où la vaccination opportuniste est d'ailleurs la plus faible et le taux d'incidence des cancers invasifs plus important.

Les partenaires et professionnels de santé n'ont posé aucune objection à la réalisation de cette vaccination en milieu scolaire et sont satisfaits de la réalisation de la première campagne du programme. Au sein des collèges bien que la majorité silencieuse y fût favorable, certains professionnels étaient défavorables.

La sécurité, le manque et le désir d'informations ainsi que le manque de recul sont les principaux freins exprimés par les parents et la population générale qui sont défavorables au vaccin HPV. Des mouvements antivaccinaux locaux se sont fait connaître, qui ont exprimé les mêmes freins, auxquels se rajoutent la théorie du complot, la collusion avec l'industrie pharmaceutique, le coût du programme et l'inutilité du programme de vaccination compte tenu de l'existence du dépistage organisé.

L'impact des mouvements antivaccinaux a été certain sur l'organisation de la première campagne, la communication réalisée, mais aussi le renouvellement de l'opération en 2016 (reportée à 2017). Leur retentissement sur l'acceptabilité de la vaccination HPV par le public-cible et sur le taux de couverture vaccinale semble cependant faible. Ils ont fait sortir le débat de la sphère technique pour le faire remonter au niveau politique. Les élus calédoniens en possession d'un bilan objectif de la globalité de cette première année de vaccination ont demandé à l'ASS-NC de poursuivre le programme.

3.6. Suivi

Critère d'évaluation n°5	Suivi
Question évaluative	Le programme de vaccination organisé en milieu scolaire a-t-il permis d'améliorer le suivi des filles vaccinées par vaccin HPV en NC en termes de schéma vaccinal complet, de sécurité et d'efficacité vaccinale ?
Plan d'analyse	I) Schéma vaccinal complet I) Suivi des événements indésirables post-vaccinaux III) Efficacité vaccinale

3.6.1. Schéma vaccinal complet

Il s'agit du taux de vaccination complète. Il correspond au nombre de bénéficiaires du public-cible ayant reçu les première et deuxième doses (n=827) divisé par la prise (n=859).

Taux de vaccination complète = nombre de patientes ayant reçu les deux doses/prise = $827/859 = 96\%$

Le taux de vaccination complète est de 96 %.

Se reporter à la section « Couverture vaccinale » pour les informations détaillées.

- **Question : Le programme a-t-il permis d'améliorer le suivi des filles vaccinées par vaccin HPV en termes de schéma vaccinal complet ?**

- **Réponse** : Oui car,

- le registre central de vaccination n'existait pas avant la mise en place du programme
- le registre central de vaccination est de très bonne qualité en ce qui concerne le statut d'administration de chacune des doses, pour chaque patiente vaccinée dans le cadre du programme.

3.6.2. Suivi des événements indésirables post-vaccinaux

De manière générale le suivi des événements indésirables post-vaccinaux (EIPV) sert à évaluer de façon continue l'innocuité du vaccin et à découvrir les événements graves, inattendus ou rares qui

n'auraient pas été observés lors des essais cliniques. La validation permanente de l'innocuité vaccinale rassure la communauté et renforce la confiance à l'égard des programmes de vaccination. L'OMS a émis des définitions très claires (36):

- Un événement indésirable représente tout événement médical intempestif parmi les bénéficiaires, associé dans le temps à l'usage d'un médicament, qu'il soit considéré ou non comme lié au médicament.

- Un événement indésirable grave représente tout événement médical intempestif entraînant le décès ou menaçant le pronostic vital, exigeant l'hospitalisation ou la prolongation de l'hospitalisation, provoquant une infirmité ou une incapacité, ou donnant lieu à une anomalie congénitale au niveau de la descendance d'un bénéficiaire du vaccin.

Selon l'OMS lors d'un programme de vaccination, le système de signalisation des EIPV doit être évalué en fonction des événements signalés, du moment de la signalisation, de la mesure prise par l'agent de santé, de la pertinence de cette mesure et de l'enregistrement et du rapport appropriés de l'événement aux autorités sanitaires pertinentes.

Le cahier des charges du programme indique que l'équipe-projet de l'ASS-NC devait immédiatement être informé de tout EIPV et une fiche de déclaration d'effets indésirable susceptible d'être dû à un médicament devait être complétée et retournée à la DASS-NC, pour tous les effets même ceux non graves.

- **Nombre et type d'évènements indésirables post-vaccinaux (EIPV)**

Évènements indésirables post-vaccinaux survenus au cours de la séance de vaccination

Au total sur l'ensemble de la première campagne du programme de vaccination, 39 évènements indésirables post-vaccinaux ont été observés. Aucun événement indésirable post-vaccinal grave n'est survenu.

Évènements indésirables post-vaccinaux	Dose 1	Dose 2
Céphalées	6	9
Douleur membre supérieur	6	3
Malaise vagal	8	-
Vertiges	-	3
Paresthésies membre supérieur	-	1
Céphalées + arthralgies	-	1
Fièvre	-	1
Autre (non précisé)	1	-
Total	21	18

Tableau 20 : Type et nombre d'évènements indésirables post-vaccinaux survenus lors de la première campagne du programme de vaccination, 2016

Un évènement indésirable post-vaccinal est survenu dans **2,3 % des injections**. Cela revient à dire que **4,5 % des patientes** ont eu un évènement indésirable post-vaccinal.

Détail des calculs :

Nombre total d'injection = (nombre de filles vaccinées par deux doses) x2 + (nb filles vaccinées par une dose) x1 = 827 x2 + 32 = 1686 injections.

Pourcentage d'injections pour lesquelles un évènement indésirable est survenu = 39 / 1686 = 2,3 %

Pourcentage de patientes ayant eu un évènement indésirable = 39 / (827 + 32) = 4,5 %

Tous ces évènements indésirables sont connus et décrits comme fréquents à très fréquents pour ce vaccin.

D'autres sources de données pas tout à fait concordantes à propos du nombre d'EIPV survenus dans le cadre du programme ont néanmoins été retrouvées, comme la slide n° 19 du diaporama présenté en COPIL par un médecin de l'équipe mobile de vaccination le 01/12/2015 (voir annexes).

Évènements indésirables post-vaccinaux survenus après la séance de vaccination

Le questionnaire à destination des référents intra-établissement a montré que 5 référents ont eu connaissance d'effets indésirables de la vaccination anti-HPV survenus a posteriori, après la séance de vaccination (soit 19 % des référents). Il s'agissait dans 100 % des cas d'évènements indésirables non graves connus et transitoires (douleur au point d'injection, céphalées). **(Q13)**

Il s'agit de la seule donnée dont nous disposons concernant les EIPV survenus après la séance de vaccination.

- **Déclaration des EIPV à la DASS-NC**

- Au total sur l'ensemble de la première campagne du programme de vaccination, un seul évènement indésirable post-vaccinal a été déclaré à l'autorité compétente (DASS-NC).

Un entretien avec la pharmacienne de la DASS-NC révélait que celle-ci déplorait le peu de déclaration d'effets indésirables, même non graves, au terme de la première vague.

Cela correspond à un non-respect des recommandations de pharmacovigilance qui préconisent la déclaration systématique de tout évènement indésirable post-vaccinal, quelle qu'en soit la gravité.

- Il existe une fiche de déclaration d'effet indésirable susceptible d'être dû à un médicament, qui a été éditée par la DASS-NC et qui permet d'effectuer des déclarations spontanées des effets indésirables

(voir annexes). La déclaration des effets indésirables suspectés après autorisation du médicament permet une surveillance continue du rapport bénéfice/risque du vaccin.

• **Question : Le programme a-t-il permis d'améliorer le suivi des filles vaccinées par vaccin HPV en termes de sécurité vaccinale ?**

• **Réponse** : Oui, mais il faudrait en plus :

- Reporter toute survenue d'EIPV sur le registre central de vaccination,
- Déclarer tous les EIPV au service de pharmacovigilance de la DASS-NC, quelle qu'en soit la gravité.

3.6.3. Suivi de l'efficacité vaccinale

Selon l'Institut de veille sanitaire (37), afin de suivre l'impact de l'introduction de la vaccination anti-HPV sur les conséquences de l'infection il est nécessaire de suivre :

- l'impact à court terme après l'introduction du vaccin (années) :

- prévalence des HPV
- condylomes acuminés

- l'impact à moyen terme après l'introduction du vaccin (années, décennies) :

- lésions précancéreuses du col de l'utérus

- l'impact à long terme après l'introduction du vaccin (décennies) :

- cancer du col de l'utérus et autres cancers liés aux HPV.

• **Avant la mise en place du programme** :

- Concernant le cancer du col de l'utérus, le Registre du cancer de NC assurait déjà et continue à le faire, une surveillance continue de l'incidence standardisée sur l'âge et de la mortalité liée au cancer du col de l'utérus (cancers de tous stades), avec des résultats fiables depuis 2008.

- Concernant les condylomes acuminés, il n'existait pas de système de surveillance fiable en NC.

- Concernant les autres pathologies liées à HPV (cancer ORL, cancer du pénis, cancer anal), il n'existait pas de système de surveillance fiable de mesure d'association entre l'infection HPV et la survenue de ces pathologies.

- Lors de la conception du programme :

La conception du programme ne prévoyait aucune mise en place de système de surveillance des pathologies liées à HPV.

- Suite à la mise en place du programme :

Au cours de sa mise en œuvre, le programme de vaccination et les partenariats qui en découlaient ont permis de discuter de la mise en place d'une surveillance de trois indicateurs (recueil et suivi) qui permettront de mesurer l'efficacité du vaccin HPV à court, moyen et long terme.

- le service de gynécologie-obstétrique du CHT (Magenta) : mise en place du suivi de l'incidence du condylome acuminé chez la femme en âge de procréer.

- le Registre du cancer : mise en place du suivi de l'incidence du cancer anal chez la femme ayant un ATCD de cancer du col de l'utérus (cf. CR réunion du bilan d'activité du Registre du cancer 25/03/2016)

- le Registre du cancer : mise en place du suivi du statut HPV chez tous les patients présentant un cancer de la sphère ORL, par ajout du recueil de variable « statut HPV » (+ OU -) chez les patients tous sexes confondus présentant un cancer ORL (cf. CR réunion du bilan d'activité du Registre du cancer 25/03/2016).

- **Question : Le programme a-t-il permis d'améliorer le suivi des filles vaccinées par vaccin HPV en termes d'efficacité vaccinale ?**

- **Réponse** : Oui, car,

- le service de gynécologie-obstétrique du CHT a proposé la mise en place du suivi de l'incidence du condylome acuminé chez la femme en âge de procréer

- le registre du cancer de NC a proposé :

- la mise en place du suivi de l'incidence du cancer anal chez la femme ayant un ATCD de cancer du col de l'utérus,

- la mise en place du suivi du statut HPV chez tous les patients présentant un cancer de la sphère ORL.

- Toutes les filles vaccinées dans le cadre du programme sont et seront désormais répertoriées dans le registre central de vaccination.

Impact à court terme après l'introduction du vaccin (années)	
Prévalence des HPV	Non
Condylomes acuminés	Oui (service de gynécologie-obstétrique du CHT)
Impact à moyen terme après l'introduction du vaccin (années, décennies)	
Lésions précancéreuses du col de l'utérus	Oui (Registre du cancer de NC)
Impact à long terme après l'introduction du vaccin (décennies)	
Cancer du col de l'utérus et autres cancers liés aux HPV	Oui (Registre du cancer de NC)

3.7. Coût

Critère d'évaluation n°6	Coût
Question évaluative	Le programme de vaccination organisé en milieu scolaire a-t-il permis de réduire les coûts de la vaccination HPV pour le financeur public, par rapport à la stratégie de vaccination opportuniste antérieure ?
Plan d'analyse	I) Coût de la première campagne de vaccination organisée (mesure) I) Coût de la vaccination opportuniste (estimation) III) Comparaison du coût des deux stratégies

La nécessité d'évaluer les coûts afin de les comparer lorsque l'on doit choisir entre deux stratégies de prévention est une démarche dont l'unanimité n'est plus à démontrer. Cela s'explique par plusieurs raisons:

- la limitation des ressources,
- la nécessité d'assurer la pérennité du système de santé,
- l'éthique qui appelle à l'allocation des ressources la plus efficiente possible en matière de santé,
- l'éthique exigeant de la part des professionnels et médecins de santé publique, une recherche d'équité entre les individus et à l'échelle de la société, en matière d'accès aux soins et à la prévention.

Une des missions du médecin de santé publique est de contribuer à améliorer l'efficacité de l'allocation des ressources disponibles, dans le but d'améliorer la santé des populations. Il doit également contribuer à assurer la pérennité et la viabilité économique du système de santé en place. Pour cela son regard critique et analytique doit lui permettre de tenir son rôle de conseil pour orienter les politiques publiques vers les évolutions jugées judicieuses.

Un des trois objectifs généraux du programme de vaccination HPV organisé en milieu scolaire était de réduire les coûts de la vaccination HPV pour le financeur public, à taux de couverture vaccinale égal. Le premier objectif de l'évaluation était naturellement de mesurer l'atteinte de ces trois objectifs de programme.

Cette partie traite donc de l'analyse des coûts du programme de vaccination HPV en milieu scolaire, ainsi que de leur comparaison aux coûts mobilisés en cas de vaccination dite opportuniste, pour une efficacité comparable. Le terme « efficacité » est entendu ici comme « taux de couverture vaccinale du public-cible ».

Pour rappel, la vaccination opportuniste correspond à celle effectuée de façon spontanée, en dehors de tout programme de vaccination organisé. Elle se fait à la demande du patient ou du médecin.

3.7.1. Coût de la première campagne de vaccination organisée (mesure)

Deux types de coûts ont été distingués pour la réalisation de l'analyse de coûts :

- les coûts récurrents, à investir pour chaque campagne du programme de vaccination, c'est-à-dire chaque année,
- les coûts ponctuels correspondant aux coûts investis lors de la première campagne et qui seront à réinvestir de façon ponctuelle uniquement et non chaque année. Après discussion avec les différents partenaires, nous avons choisi de considérer que les coûts de démarrage avaient une durée de validité de quatre années, de 2015 à 2019. Le total des coûts de démarrage a été divisé par quatre pour obtenir le coût sur une année.

Concrètement les coûts du programme, pour 827 filles vaccinées, comprennent :

Coûts récurrents (durée de validité : 1 an)	Coûts ponctuels (durée de validité : 4 ans)
-deux doses de vaccin Gardasil par fille vaccinée, -ensemble des coûts liés à l'organisation du programme (conception et coordination, équipe mobile de vaccination, achat de matériel consommable).	-coûts liés à la campagne de communication (création, diffusion) -coûts liés à la sensibilisation des médecins généralistes au programme via la visite individuelle par l'IDE délégué de santé publique, -coûts liés à l'évaluation du programme, -achat de matériel spécifique.

Tableau 21 : Description des coûts récurrents et ponctuels dans le cadre du programme de vaccination anti-HPV en milieu scolaire, 2016

Le coût de la vaccination organisée ne comprend aucun coût lié aux consultations médicales classiques.

Stratégie n°1 : Total des coûts du programme de vaccination organisé anti-HPV (première campagne 2015/2016)				
Poste de dépense	Coût unitaire (FCFP)	Coefficient multiplicateur	Mesure coût première campagne (1 an)	Financier
Coûts récurrents (durée de validité 1 an)				
Doses de vaccin (827 JF et 2 doses; 1654 doses)	14 200 468	1	16 776 839	CAFAT / Province Nord
Conception et coordination du programme	3 926 558	1	3 926 558	ASS-NC
Équipe mobile de vaccination (doses 1 et 2 - salaires, charges)	6 730 883	1	6 730 883	ASS-NC
Équipe mobile de vaccination (doses 1 et 2 - indemnités de déplacement)	646 150	1	646 150	ASS-NC
Médecins et IDE des dispensaires (salaires, charges)	334 885	1	334 885	DPASS Sud ; DACAS Iles
Achat de matériel (Handicap conseil)	201 735	1	201 735	ASS-NC
Coûts ponctuels (durée de validité 4 ans)				
Campagne de communication (Demi-Lune ; création, diffusion)	7 670 384	0,25	1 917 596	ASS-NC
Sensibilisation des MG (IDE santé publique, 1 mois ETP)	574 898	0,25	143 725	ASS-NC
Évaluation du programme	4 181 990	0,25	1 045 498	ASS-NC
Achat de matériel (réfrigérateur, congélateur, glacière Coldway)	264 628	0,25	66 157	ASS-NC
TOTAL coûts de la première campagne (FCFP)			31 790 024	
Coût par JF vaccinée (mesure ; un an) (FCFP) (827 JF vaccinées)			38 440	

Tableau 22 : Mesure de l'ensemble des coûts de la première campagne du programme de vaccination anti-HPV en milieu scolaire, 2016

Le détail des coûts est présenté en annexes.

En additionnant la totalité des coûts récurrents et 25 % des coûts ponctuels, les coûts de la première campagne du programme de vaccination anti-HPV reviennent à 31 790 024 FCFP, pour le financeur public et pour 827 filles de 12 ans vaccinées.

La première campagne du programme de vaccination anti-HPV en milieu scolaire a coûté un **total de 31 790 024 FCFP**, soit 266 400 euros. Rapporté au nombre de filles de 12 ans vaccinées dans le cadre du programme (n=827), cela revient à **38 840 FCFP par enfant vacciné**, soit 325 euros.

Le financeur

Le financement du programme de vaccination organisé a fait l'objet d'un financement public associant plusieurs partenaires : l'ASS-NC, la CAFAT, ainsi que la DPASS (Province Sud), la DASSPS (Province Nord) et la DACAS (Province des Iles Loyauté). A cela il faut ajouter le coût du temps médical, paramédical et administratif du vice-rectorat et de la DASS-NC (partenariat, organisation, présence aux réunions).

L'ASS-NC a financé le programme grâce à la taxe TAT3S alcool-tabac (cf. section contexte). La CAFAT l'a financé sur son fond d'action sociale, en partant du principe qu'elle payait le nombre de doses de vaccins à hauteur du nombre de ses bénéficiaires appartenant au public-cible (filles nées en 2003, en 2015). Cela correspondait à 14 200 468 FCFP. Enfin, les provinces ont financé le programme en payant le nombre de doses de vaccins à hauteur du nombre de leurs bénéficiaires de l'Aide

Médicale Générale appartenant au public-cible (filles nées en 2003, en 2015). Le coût supporté par le vice-rectorat et la DASS-NC n'a pu être mesuré dans le cadre de ce travail.

Financier public	Poste de dépense	Coût (XFP)
CAFAT Province Nord	1654 doses	16 776 839
ASS-NC	coordination, temps médical et paramédical	14 678 300
Province Sud, Province Iles	temps médical et paramédical	334 884
Vice-Rectorat	temps médical, paramédical et administratif	?
DASS-NC	temps médical et administratif	?
Tous	Total campagne 1	31 790 024

Tableau 23 : Répartition des postes de dépenses et du coût supporté selon le financier lors de la première campagne du programme de vaccination HPV en milieu scolaire, 2016

Pour l'analyse des coûts, les poids des financements assurés par chacun des financeurs ont été considérés indifféremment. En effet l'intérêt du travail résidait dans la comparaison du coût global de chacune des deux stratégies, afin de permettre une allocation de ressources la plus efficiente possible, dans un but d'amélioration de l'état de santé des calédoniennes à long terme.

3.7.2. Coût de la vaccination opportuniste (estimation)

Nous souhaitons comparer les coûts de la vaccination organisée à ceux de la vaccination opportuniste, qui était en vigueur jusqu'à la mise en place du programme en NC, à taux de couverture vaccinal égal. Nous avons donc estimé combien aurait coûté la vaccination de 827 jeunes filles de 12 ans, via la stratégie de vaccination opportuniste « classique », antérieure à la mise en place du programme.

Les coûts récurrents et coûts ponctuels ont également été distingués pour réaliser l'estimation de coûts de la vaccination opportuniste. De la même manière, nous avons considéré que les coûts de démarrage ont une durée de validité de quatre ans.

Nous avons considéré que pour atteindre un taux de couverture vaccinale du public-cible équivalent à celui de la première campagne du programme (827 filles), il aurait été nécessaire de mettre en place, dans le cadre de la vaccination opportuniste, les mêmes mesures que dans le programme organisé (campagne de communication, sensibilisation des médecins généralistes, évaluation).

Concrètement les coûts de la stratégie de vaccination opportuniste pour 827 filles vaccinées se répartissaient de la façon suivante :

Coûts récurrents (durée de validité : 1 an)	Coûts ponctuels (durée de validité : 4 ans)
-deux doses de vaccin Gardasil par fille vaccinée, -2,5 consultations médicales.	-coûts liés à la campagne de communication (création, diffusion), -coûts liés à la sensibilisation des médecins généralistes à la stratégie via une visite individuelle par un IDE délégué de santé publique, -coûts liés à l'évaluation du programme.

Tableau 24 : Description des coûts récurrents et ponctuels dans le cadre de la vaccination opportuniste pour une campagne d'un an à taille équivalente du public-cible (n=827)

Le coût de la vaccination opportuniste comprenait celui des consultations médicales, mais aucun coût lié à l'organisation.

Stratégie n°2 : Total des coûts de la vaccination opportuniste anti-HPV pour 827 filles (estimation)				
Poste de dépense	Coût unitaire (FCFP)	Coefficient multiplicateur	Estimation coût d'une campagne (1 an)	Financier
Coûts récurrents (durée de validité 1 an)				CAFAT / AMG
Doses de vaccin (827 JF et 2 doses; 1654 doses)	29 196 408	1	29 196 408	
2,5 consultations par MG ou gynéco (827 JF)	8 869 575	1	8 869 575	
Organisation	0		0	
Coûts ponctuels (durée de validité 4 ans)				ASS-NC
Campagne de communication (création, diffusion)	7 670 384	0,25	1 917 596	
Sensibilisation des MG (IDE santé publique, 1 mois ETP)	574 898	0,25	143 725	
Évaluation du programme	4 181 990	0,25	1 045 498	
TOTAL coûts d'une campagne (FCFP) (estimation pour 827 JF vaccinées)			41 172 801	
Coût par JF vaccinée (estimation ; 827 JF ; un an) (FCFP) (827 JF vaccinées)			49 786	

Tableau 25 : Estimation de l'ensemble des coûts de la vaccination opportuniste pour une campagne d'un an à taille équivalente du public-cible (n=827)

Le détail des coûts est présenté en annexes.

En ce qui concerne l'estimation du nombre de consultations médicales en lien avec la vaccination, les entretiens avec les professionnels ont abouti au chiffre de 2,5 consultations par fille vaccinée. Cela correspond à la somme de :

- la première consultation de prescription du vaccin, qui peut être ou non le seul motif de consultation. On estime 0,5 consultation.
- les deux consultations suivantes –obligatoires- pour les injections de la première (M0) et deuxième dose (M6).

Au sujet de l'effecteur des consultations médicales en lien avec la vaccination, on considère que ces consultations auraient été réalisées par un médecin généraliste (acte "C", consultation généraliste, tarif convention = 3950 FCFP) ou un gynécologue (acte "CS", consultation spécialiste, tarif convention = 4630 FCFP). On considère que les pédiatres ne prescrivent pas le Gardasil en NC, ou dans des proportions très faibles ; le tarif de consultation correspondant a donc été exclu de l'analyse.

Les actes de consultation ayant été calculé à partir du document « Tarifs de responsabilité des médecins au 1er janvier 2013 » publié par la CAFAT (38).

En additionnant la totalité des coûts récurrents et 25 % des coûts ponctuels, les coûts d'une campagne de vaccination anti-HPV opportuniste, à taux de couverture vaccinal égal, se seraient élevés à 41 172 801 FCFP.

La stratégie de vaccination opportuniste à taux de couverture vaccinal identique à celui obtenu par le programme de vaccination organisé en milieu scolaire (n=827 filles vaccinées) aurait coûté un **total de 41 172 801 FCFP**, soit 345 029 euros. Rapporté au nombre de jeunes filles de 12 ans vaccinées, cela reviendrait à **49 786 FCFP par enfant vacciné**, soit 417 euros.

Le financeur

Dans le cadre de la vaccination HPV opportuniste des filles de 12 ans en Nouvelle-Calédonie, la CAFAT finance celle de ses bénéficiaires (2 doses + 2,5 injections), chacune des Provinces finance la vaccination de ses bénéficiaires d'Aide Médicale Gratuite (AMG).

Financeur public	Poste de dépense
CAFAT	Filles de 12 ans bénéficiaires : 2 vaccins + 2,5 consultations chez généraliste ou gynécologue
ASS-NC	Campagne de communication, sensibilisation des médecins généralistes, évaluation ?
Trois Provinces	Filles de 12 ans bénéficiaires AMG : 2 vaccins + 2,5 consultations chez généraliste ou gynécologue
Vice-Rectorat	-
DASS-NC	-
Tous	Total année 1

Tableau 26 : Répartition des postes de dépenses selon le financeur lors de la vaccination opportuniste pour une campagne d'un an à taille équivalente du public-cible (n=827)

3.7.3. Comparaison du coût des deux stratégies

Étant donné que nous réfléchissons à taux de couverture vaccinale identique, la différence de coûts entre les deux stratégies a pu être calculée.

Comparaison de coûts entre les deux stratégies	
Différence de coût total entre vaccination opportuniste et organisée (FCFP)	9 382 777
Différence de coût par JF vaccinée entre vaccination opportuniste et organisée (FCFP)	11 346

Tableau 27 : Différence de coûts entre les deux stratégies de vaccination, 2016

Le programme de vaccination organisé a permis de réaliser une économie de 9 382 777 XFP, soit 11 346 XFP par fille vaccinée.

En conclusion nous pouvons dire que ce programme permet une minimisation des coûts de la vaccination anti-HPV chez les jeunes filles de 12 ans en Nouvelle-Calédonie, par rapport à la stratégie de vaccination opportuniste.

- **Question : Le programme de vaccination organisé en milieu scolaire a-t-il permis de réduire les coûts de la vaccination HPV pour le financeur public, par rapport à stratégie de vaccination opportuniste antérieure ?**

- **Réponse** : Oui car,

- Pour le financeur public, la première campagne du programme de vaccination a coûté **38 840 XFP par fille vaccinée** et la vaccination opportuniste aurait coûté **49 786 XFP** par fille vaccinée pour le même nombre d'enfants vaccinées (n=827).

- A nombre d'enfants vaccinés identique, c'est-à-dire à taux de couverture vaccinale égale, le programme a permis de réaliser une **économie de 9 382 777 XFP** par rapport à la stratégie de vaccination opportuniste classique (78 628 euros). Ainsi le programme de vaccination a permis **d'économiser 11 346 XFP par fille vaccinée**, par rapport à la stratégie de vaccination opportuniste (soit 95 euros). La première campagne du programme organisé a permis une minimisation des coûts de la vaccination anti-HPV chez les filles de 12 ans en Nouvelle-Calédonie, par rapport à la stratégie de vaccination opportuniste.

4. Discussion

La discussion comprend à la fois :

- les conclusions de l'évaluation, autrement dit les réponses aux questions évaluatives,
- ainsi que les recommandations que l'évaluation a permis de formuler portant sur les acquis à conforter, les lacunes à combler et les orientations à envisager.

4.1. Couverture vaccinale

4.1.1. Niveau de couverture vaccinale

- Question : Quel est le niveau de couverture vaccinale du public-cible atteint par la première campagne du programme de vaccination?

- Réponse :

42 % de taux de CV (les objectifs du programme visaient 70 %). Significativement plus élevé en provinces Iles (58 %) et Nord (55%) par rapport au Sud (37%).

39 % de non-retour des autorisations parentales. Significativement plus élevé en province Sud par rapport aux Iles et Nord.

12 % de refus. Significativement plus élevé en province Sud par rapport aux Iles et Nord.

5 % de filles vaccinées en dehors du programme.

4.1.2. Augmentation de couverture vaccinale

- Question : Dans quelle mesure le taux de couverture vaccinale du public-cible a-t-il augmenté depuis l'introduction du programme ?

- Réponse :

Le programme a permis une **multiplication par presque 10** du taux global de CV des filles de 12 ans en Nouvelle-Calédonie.

4.1.3. Identification des filles de 12 ans en dehors du public-cible

- Question : Le public-cible choisi par le programme de vaccination couvre-t-il bien la totalité de la classe d'âge des filles de 12 ans en NC ?

- Réponse :

Non, **203 filles soit 9 % des filles de 12 ans** n'étaient pas visées par le programme de vaccination anti-HPV organisée en milieu scolaire en Nouvelle-Calédonie en 2015. Il s'agissait principalement des filles scolarisées à l'école primaire.

Recommandations :

1- Rattraper ce public (filles de 12 ans exclues du programme lors de la première campagne) lors de la deuxième campagne (2017)

2- Inclure les populations suivantes au public-cible pour les campagnes suivantes :

- Priorité 1 : filles de 12 ans scolarisées en école primaire (enseignement du premier degré) +++ (estimation : 187 filles de 12 ans)

- Priorité 2 : filles de 12 ans présentant un handicap pris en charge au sein de la Maison Gabriel Poedi de Nouville (1 fille de 12 ans) et de l'Institut Spécialisé de l'Autisme Les Lucioles (au moins 1 fille)

- Non prioritaire : filles scolarisées au collège James Cook (estimation : 14 filles de 12 ans)

Autrement dit définir précisément les critères de sélection du public-cible du programme de vaccination HPV :

-Critères d'inclusion :

-ensemble des filles fêtant leur 12ème anniversaire au cours de l'année d'injection de la première dose de vaccin HPV,

-scolarisées en collège public et privé sous contrat en Nouvelle-Calédonie,

- scolarisées en école primaire,

- prises en charge au sein de la Maison Gabriel Poedi de Nouville et de l'Institut Spécialisé Autisme Les Lucioles,

- dont un parent ou tuteur légal a donné son accord pour la vaccination anti-HPV via la signature de la fiche d'autorisation parentale.

-Critères d'exclusion :

- filles scolarisées à l'École internationale James Cook (collège privé hors contrat),

-filles non scolarisées,

- vaccination anti-HPV en cours (dose 1 reçue) ou déjà réalisée en dehors du cadre du programme (médecin traitant)
- refus de vaccination du parent ou tuteur légal via fiche d'autorisation parentale signée
- refus de l'enfant de se faire vacciner le jour de la séance de vaccination
- jeune fille enceinte ou susceptible de l'être
- présence d'une contre-indication temporaire (fièvre élevée, maladie aigüe) ou définitive.

Traduction opérationnelle :

- Campagne 2017 : effectuer un rattrapage des filles de 13-14 ans qui rentrent au collège
- Campagnes suivantes : vaccination en école primaire ; ou bien rattrapage des filles de 13 ans qui rentrent au collège. Compte tenu du nombre important d'écoles primaires, de la gestion de la chaîne du froid, des aspects de coordination, nous recommandons la deuxième possibilité envisagée.

4.2. Faisabilité

4.2.1. Collaboration

- Question : Quels ont été les facteurs favorables et les obstacles à la mise en œuvre du programme, en termes de collaboration ?

- Réponse :

Facteurs favorables

- Les partenaires professionnels sont globalement **satisfaits** sur la collaboration au programme.
- Un **partenariat fort** entre l'ASS-NC et les partenaires du COPIL en particulier le vice-rectorat (interface avec les collègues), les provinces (mise à disposition de vaccins et/ou de personnel) et la DASS-NC (conseil technique et accompagnement).
- Des **référents intra-établissement motivés** pour effectuer la tâche de distribution/récupération des autorisations parentales.

Recommandation : partenariats à poursuivre.

Freins

- Difficultés de coordination et de communication avec le milieu scolaire

- Délai jugé trop faible par l'ensemble des partenaires (dose 1) :

*Entre la communication aux référents de la date de la séance de vaccination et la séance effective.

*Entre l'envoi des fiches d'autorisation parentale au collège et la date de passage de l'équipe mobile de vaccination, le principal problème pour les IDE scolaires étant d'avoir un délai suffisant pour récupérer les AP.

*Sans prise en compte du calendrier scolaire (vacances scolaires).

Recommandation : Ensemble des professionnels interrogés souhaitant que les autorisations parentales soient envoyées au collège plus précocement et que les vacances scolaires soient prises en compte, le principal problème pour les infirmières scolaires étant d'avoir un délai suffisant pour récupérer ces fiches.

- Absence de formalisation de la tâche du référent intra-établissement/IDE scolaire pour laquelle il est missionné, à savoir la distribution et récupération des autorisations parentales (plus ou moins la sensibilisation des jeunes filles à la vaccination anti-HPV). Mise en œuvre de la tâche très personne-dépendante.

Recommandation :

Le taux de non-retour des autorisations parentales selon les collèges semble être très IDE-dépendant ou plus largement référent-dépendant.

- il serait pertinent que l'équipe-projet de l'ASS-NC et les IDE scolaires rédigent ensemble une fiche de mission sur la tâche pour laquelle l'IDE scolaire est missionnée, à savoir la distribution et récupération des autorisations parentales, plus ou moins la sensibilisation des jeunes filles à la vaccination anti-HPV,

- d'avantage impliquer les infirmières scolaires dans le programme.

- **Un manque d'implication initial au programme** de l'association de parents d'élèves UGPE et des professeurs de collège et de l'ensemble de la communauté éducative de NC (dose 1). L'ASS-NC a corrigé sa stratégie avant l'administration de la deuxième dose (inclusion de l'UGPE au COPIL, envoi d'un courrier d'information à tous les professeurs de collège de NC).

Recommandation :

- impliquer l'ensemble des parties prenantes du programme, en particulier les associations de parents d'élèves en les incluant au COPIL.

- impliquer l'ensemble de la communauté éducative par au minimum une information et sensibilisation, au mieux une formation. En effet l'idéal serait que tous les professionnels au contact des élèves soient partie prenante du programme (enseignants, conseillers principaux d'éducation (CPE), assistants d'éducation, personnels d'orientation, chef d'établissement, personnels administratifs, assistante sociale, IDE et médecin, personnels d'inspection).

Stratégie ASS-NC rectifiée. A poursuivre et renforcer.

- Iles et Sud hors Grand Nouméa

- L'ensemble des partenaires regrette que par manque de coordination, environ 200 doses appartenant à la province Iles et périmant en février 2015, n'aient pas été utilisées pour la première vague et aient donc dû être jetées.

- Dose 1 : Manque de coordination entre ASS-NC et professionnels des dispensaires des îles. Point déjà amélioré pour la deuxième dose.

Recommandation : renforcer le lien et améliorer la coordination entre l'ASS-NC et province des Iles et du sud hors Grand Nouméa :

- en leur communiquant le cahier des charges du programme,

- afin d'assurer l'évaluation continue du programme, établir une convention de partenariat entre l'ASS-NC et la province Iles d'une part et la province Sud hors Grand Nouméa d'autre part (vaccinations par les médecins des dispensaires), pour que ces structures transmettent à l'ASS-NC au terme de chaque vague :

- calendriers prévisionnel et effectif des séances de vaccination, dates et lieux,

- pour chaque fille du public-cible : statut d'autorisation parentale (accord, refus, non-retour),

- pour chaque fille vaccinée : données à saisir dans le RCV correspondant au nom, prénom, date de naissance, établissement scolaire, commune de l'établissement, date 1ère injection, N° de lot 1ère injection, médecin vaccinateur 1ère injection, bras piqué 1ère injection, date 2ème injection, N° de lot 2ème injection, médecin vaccinateur 2ème injection, bras piqué 2ème injection, motif de non vaccination, type d'EIPV, statut de déclaration d'EIPV à la DASS-NC (oui/non)

- les résultats des indicateurs suivis : système de la chaîne du froid, perte vaccinale, logistique, coût.

-Iles : passer par un interlocuteur unique (le médecin de prévention ou le sage-femme)

- Nord

- La province Nord aurait souhaité mettre à disposition ses agents de santé pour la tâche de distribution/récupération des autorisations parentales.

Recommandation : accepter la proposition de mise à disposition des agents de santé de la province nord pour la tâche de distribution/récupération des autorisations parentales, faite par le médecin de prévention de la province nord.

- **La composition de l'équipe mobile** de vaccination a été rediscutée au terme de la première campagne.

Recommandation :

La plus-value de l'IDE au sein de l'équipe mobile de vaccination paraît très discutable, compte tenu de la présence de l'IDE scolaire lors de la majorité des séances de vaccination. En revanche, assurer la qualité de saisie des données est absolument fondamental, dans un contexte de qualité du programme dans son ensemble et de sécurité, par l'évaluation continue de celui-ci.

- recomposer l'équipe mobile de vaccination, avec un accompagnement du médecin non plus par une infirmière, mais par une secrétaire médicale.

- suivre les préconisations d'un médecin de l'équipe mobile de vaccination en rédigeant une fiche de fonction détaillant le rôle de la secrétaire médicale lors de la séance de vaccination :

- vérifier l'identité (nom, prénom, date de naissance), vérification orale si besoin

- vérifier la concordance des données entre l'autorisation parentale, la base de données, la fiche ASS et le carnet de santé ASS-NC (prévient erreurs de double vaccination)

- pour chaque fille, sur l'autorisation parentale, vérifier :

- la présence de la signature,

- l'identité de la personne qui a donné son accord → Appeler le parent si une autre personne que le parent a signé,

- que toutes les cases du questionnaire médical ont bien été cochées (verso). Appeler le CMS, le MT ou les parents en cas de manque d'information(s).

- former la secrétaire médicale à son rôle.

4.2.2. Système de la chaîne du froid

- Question 1 : La chaîne du froid a-t-elle été respectée tout au long du programme de vaccination ?

- Réponse :

La chaîne du froid a globalement été respectée tout au long du circuit du vaccin dans le cadre du programme, excepté trois périodes avec des températures inférieures à 0°C dans le réfrigérateur de l'ASS-NC, un doute sur deux séances de vaccination dans le nord (Koné, Voh) et de nombreuses données manquantes.

De nombreuses mesures ont été mises en place par l'ASS-NC afin d'assurer le respect de la chaîne du froid, tant en termes de contrôle (achat d'une glacière spécifique Coldway par exemple) que de surveillance de température.

Par ailleurs, malgré l'existence d'un système de contrôle de la chaîne du froid, propre à chaque province, l'ASS-NC n'avait aucune donnée d'enregistrement de température lorsque les vaccins étaient pris en charge par les provinces. Elle n'est donc pas en mesure de certifier que la chaîne du froid a effectivement été respectée lors de ces périodes.

- Question 2 : Quels ont été les facteurs favorables et les obstacles au respect de la chaîne du froid, lors du programme de vaccination organisé en milieu scolaire ?

- Réponse :

Facteurs favorables :

- acquisition de matériel de qualité pour la surveillance de température (glacière Coldway, thermomètre USB lors de la deuxième vague),
- surveillance quotidienne de la température du réfrigérateur de l'ASS-NC réalisée par l'équipe-projet,
- coordination avec la DASS-NC pour la surveillance du respect de la chaîne du froid (choix de la glacière achetée, contact avec Sanofi-Pasteur, sensibilisation/formation de l'équipe-projet à la surveillance de la chaîne du froid),
- coordination avec Sanofi-Pasteur pour la surveillance du respect de la chaîne du froid aux étapes initiales,

- un système de gestion de la chaîne du froid interne à chacune des provinces (chambre froide, matériel professionnel et procédures spécifiques),
- motivations des professionnels pour assurer au mieux le respect de la chaîne du froid.

Obstacles :

- absence de communication par les provinces au coordinateur du programme, des résultats de surveillance de la chaîne du froid,
- matériel non professionnel de stockage des vaccins à l'ASS-NC (réfrigérateur classique),
- absence d'uniformisation des pratiques de recueil de température par l'équipe mobile de vaccination.

Recommandations :

- Améliorer la coordination entre l'ASS-NC et les 3 provinces : établir une convention de partenariat entre l'ASS-NC et chacune des provinces, afin qu'elles transmettent à l'ASS-NC les résultats des indicateurs suivis du système de la chaîne du froid au terme de chaque vague ou campagne, OU BIEN qu'elles se déclarent responsables du respect de la chaîne du froid lors des toutes les étapes au cours desquelles elles prennent en charge les vaccins.
- Uniformiser le système de surveillance de la chaîne du froid lors des étapes de :
 - stockage dans le réfrigérateur de l'ASS-NC,
 - prise en charge des doses par l'EMV (transport des dispensaires ou de l'ASS-NC aux collèges, pré-administration et utilisation des réfrigérateurs du collège)

Comment ?

- Faire de la bibliographie sur les systèmes de surveillance de la chaîne du froid lors des programmes de vaccination anti-HPV ou autre, dans les pays du sud (climats similaires), dans le but de,

- Choisir les indicateurs de suivi de température à recueillir, critiques pour la surveillance du système de la chaîne du froid, ainsi que les modalités de recueil (par qui, intervalles de temps, quel instrument, comment ?)

- Rédiger un protocole de surveillance de la chaîne du froid à destination des professionnels de l'équipe mobile de vaccination et des professionnels des dispensaires qui vaccinent (province sud hors Grand Nouméa, province îles).

Exemple :

Mesures mises en place pour assurer le respect de la chaîne du froid		
	Contrôle de la température	Modalités de surveillance de la température
Réfrigérateur ASS-NC	<p>Toujours placer les vaccins dans une boîte en carton.</p> <p>Acheter une armoire réfrigérée professionnelle spécifiquement conçue pour la conservation des vaccins.</p>	<p>Stopper la mesure manuelle de température et utiliser le thermomètre USB enregistreur de T°.</p> <p>Placer toujours le thermomètre USB enregistreur de T° dans la boîte en carton contenant les vaccins.</p> <p>Utiliser toujours le même intervalle de temps entre deux mesures enregistrées (20 min) et entre deux enregistrements informatique (7 jours) (cela permet d'avoir jours non ouvrés).</p> <p>Réaliser cet enregistrement de T° du premier au dernier jour de prise en charge des vaccins dans le réfrigérateur ASS-NC.</p>
EMV (toutes les étapes de prise en charge des vaccins)	<p>Glacière Coldway (T° toujours > 0°C)</p> <p>Contrôler la T° des vaccins juste avant l'administration chez les patientes via l'insertion du thermomètre USB dans l'ordinateur (données d'enregistrement de T° depuis le début de la prise en charge des vaccins par l'EMV) : annuler et reporter la séance de vaccination si T° < 0°C.</p>	<p>Arrêter la mesure manuelle de température et la lecture visuelle de la glacière Coldway ; utiliser thermomètre USB enregistreur de T°</p> <p>Placer toujours le thermomètre USB enregistreur de T° dans la boîte en carton contenant les vaccins.</p> <p>Utiliser toujours le même intervalle de temps entre deux mesures enregistrées (10 min).</p>
Professionnels des dispensaires		

- Prendre le temps de sensibiliser et former chaque professionnel de l'équipe mobile de vaccination et les professionnels des dispensaires en charge de la vaccination HPV à cette

procédure, au recueil et à la saisie de ces indicateurs, préalablement aux séances de vaccination.

- Faire une évaluation du système de la chaîne du froid au terme de chaque vague ou campagne, en comparant les résultats des indicateurs choisis avec les normes prédéfinies.

- Communiquer ces résultats aux partenaires et au public.

4.2.3. Identification de la population-cible

- Question : Quels ont été les facteurs favorables et les obstacles à la mise en œuvre du programme en termes d'identification de la population-cible ?

- Réponse :

Afin d'atteindre l'ensemble des filles ciblées par le programme de vaccination, le mécanisme d'identification des filles (mettant en jeu la coordination entre partenaires), la validité effective de l'identification et de l'invitation à recevoir le vaccin anti-HPV étaient d'excellente qualité (**facteur favorable**).

Toutefois les 39 % de non-retour d'autorisations parentales révèlent possiblement le fait que certains parents n'ont pas reçu le document ou qu'ils n'avaient pas l'obligation de le retourner au collège, signé.

Recommandations :

- Utiliser le même mécanisme d'identification des filles incluses au programme de vaccination, à savoir la transmission de la liste des filles admises par le vice-rectorat à l'ASS-NC.

- S'assurer que toutes les filles incluses au programme reçoivent l'invitation de vaccination (comme déjà le cas).

- S'assurer que toutes les autorisations parentales soient récupérées par le référent intra-établissement (piste : rendre le retour de l'autorisation parentale signée au collège obligatoire, en collaboration avec le vice-rectorat ; à associer avec un accompagnement personnalisé des parents ; et à une éducation et une information sur le programme à l'ensemble de la communauté).

4.2.4. Perte vaccinale

- Question : Quels ont été les facteurs favorables et les obstacles à la mise en œuvre du programme, en termes de perte vaccinale ?

- Réponse : Pas un obstacle

- Lors d'un programme de vaccination HPV, la perte vaccinale se calcule selon les résultats obtenus à un score OMS (prenant en compte les flacons brisés, jugés avoir été exposés au gel ou à la chaleur, ayant dépassé la date de péremption, volés ou autrement inutilisables pour la vaccination du public-cible).

- Le système de surveillance du programme ne permet pas d'avoir ces données à disposition. Il ne permet pas non plus à l'ASS-NC d'avoir une visibilité sur le devenir des doses qui ont été transmises aux différents dispensaires du territoire. Il est possible que quelques doses aient été perdues ou endommagées, sans que l'ASS-NC ne soit au courant.

Recommandation :

- Compte tenu de la taille réduite du territoire et de la population cible, du faible nombre de doses émises, de la concentration du public-cible sur les établissements scolaires ; mais aussi de la faible probabilité de perte vaccinale estimée selon la définition de l'OMS, il ne nous paraît pas important de surveiller le taux de perte vaccinale tel que préconisé par l'OMS.

- Afin de monitorer la perte vaccinale lors des prochaines campagnes, mettre en place la surveillance de l'indicateur : « différence entre doses commandées et injectées ».

4.2.5. Logistique

- Question : Quels ont été les facteurs favorables et les obstacles à la mise en œuvre du programme, en termes de logistique ?

- Réponse :

Sur la première campagne du programme de vaccination anti-HPV en milieu scolaire, 2 % des séances de vaccination ont été annulées ou reportées (**facteur favorable**).

Recommandation :

Poursuivre le monitoring de l'indicateur « Pourcentage de séances annulées ou reportées » au terme de chaque campagne du programme.

4.3. Communication

- Question : Dans la stratégie de communication employée par l'ASS-NC, quels ont été les facteurs favorables et les freins à la mise en œuvre du programme de vaccination?
- Réponse :

(+) Une offre d'informations à destination des professionnels de santé très satisfaisante

- L'ASS-NC a mis en œuvre une communication sur le programme de vaccination HPV préalablement à son lancement, à destination de l'ensemble des professionnels de santé de NC.

- Aucun retour négatif n'a été émis de la part des médecins généralistes envers le programme de vaccination ou la campagne de communication.

(-) Une faible offre d'informations à destination des parents

- Arrêt prématuré de la campagne de communication grand public sur demande du politique, suite aux lobbies antivaccinaux.

(-) Peu de réunions d'informations demandées par les parents dans les collèges, très peu de parents présents.

Conséquence :

- En décembre 2015, deux mois et demi après son lancement, seulement 46 % de la population se souvenait de la campagne de communication du programme de vaccination HPV en milieu scolaire.

Le souvenir de la campagne était plus élevé chez les femmes, les personnes ayant une fille de 12 à 20 ans, mais aussi chez les européens non nés en NC, les personnes de catégories socio-professionnelles favorisées et chez les personnes défavorables au vaccin.

- En population générale, la majorité de la population estimait que les informations apportées par cette communication était insuffisante pour choisir de faire vacciner ou non sa fille (45%).

- Les partenaires trouvaient également qu'il n'y avait pas eu assez de communication auprès du grand public (« trop légère »).

(-) Une réelle demande d'information à destination des parents

- De la part du public : 10 % de la population ne connaissait pas le vaccin HPV ; la majorité de la population estimait que les informations apportées par la campagne de communication étaient insuffisantes pour choisir de faire vacciner ou non sa fille (45%).
- De la part des professionnels qui jugent que les parents ont besoin de plus d'informations, via l'organisation de réunions d'informations dans les collèges ou l'accompagnement plus individualisé des parents.

(+) Et des référents intra-établissement motivés pour participer à une réunion d'information aux parents dans leur collège (84% motivés).

Recommandations :

Compte tenu de la demande émanant du politique concernant la création d'une nouvelle campagne de communication en prévision de la deuxième campagne du programme de vaccination, nous recommandons de :

- Poursuivre la communication envers l'ensemble des professionnels de santé de NC (déjà très bénéfique),
- Améliorer l'information, la formation et la compréhension des parents et des filles.

Pour cela, il est nécessaire de trouver des canaux de communication de proximité avec les parents afin de répondre à la demande d'information de façon adaptée :

- **Accompagnement individualisé des parents** : notamment en cas de refus ou non-retour de l'autorisation parentale, par le référent intra-établissement, l'IDE scolaire ou l'agent de santé en province nord
- Si mise en place de **réunions d'informations** aux parents et aux filles : à mettre en œuvre dans chaque collège, en collaboration intrinsèque avec les professionnels des établissements en particulier les directeurs d'établissements, référents intra-établissement, IDE scolaires, professeurs principaux et professeurs de SVT. Date : « début de l'année scolaire, bien en amont des séances de vaccination », mais « pas le jour de la rentrée dans les collèges publics » (recommandation des partenaires).

- Si réitération d'une **campagne de communication** grand public : la retravailler de manière à être vigilant pour ne pas cristalliser les mouvements antivaccinaux ; éviter « à tout prix » un arrêt prématuré de celle-ci. Ne pas oublier une conférence de presse comme préconisé par l'équipe-projet.

- Plus généralement, suivre la recommandation du médecin des Iles et du médecin de la DASS visant à **démystifier** ce vaccin, le traiter comme les autres et l'assimiler à la prévention de l'enfant comme les autres maladies infectieuses.

ILES

- Accepter la proposition de mise à disposition de médecins de dispensaire pour aller vacciner et informer les parents, du médecin de prévention des Iles (car « il connaît les gens et donne des explications à notre façon »).

(+) Des conseils de modifications ou non du contenu de matériel

(+) Seulement 4 % du public avaient compris (par erreur) que les parents devaient obligatoirement faire vacciner leur fille de 12 ans dans le cadre du programme.

Autrement dit, le contenu de la campagne de communication était clair et adapté quant au caractère non obligatoire et seulement proposé de la vaccination HPV des jeunes filles (le message a correctement été compris par le public).

Recommandation :

- Conserver le contenu du message concernant le caractère non obligatoire du vaccin, qui a correctement été compris par la population.

- Suivre les conseils pratiques des partenaires de terrain de modifications :

- ajouter la consigne d'apporter le carnet de santé le jour de la vaccination (sur dépliant d'informations ou lettre aux parents) car il est souvent oublié → Cette remarque a été prise en compte par l'inscription de la mention « pensez à apporter votre carnet de santé » sur la lettre d'invitation des filles (deuxième dose). A poursuivre.

- sur l'autorisation parentale, ajouter :

- une « flèche TSVP » en bas du verso, la plupart des questionnaires n'étant remplis qu'au verso,

- des cases pour l'identité du signataire (parent, oncle, tante, sœur, grand-père etc.).
- questionnaire médical : retravailler le contenu pour le simplifier.

(-) Plusieurs partenaires considéraient la barrière de la langue comme un réel frein à la communication du programme.

Recommandation :

Suivre la préconisation de plusieurs partenaires et traduire les supports de communication en langues kanak.

4.4. Acceptabilité

- Question : Le programme de vaccination organisé en milieu scolaire s'est-il avéré acceptable pour l'ensemble des acteurs impliqués ?

- Réponse :

L'acceptabilité des parents envers le vaccin HPV mesurée via l'atteinte du taux de couverture vaccinale est superposable aux résultats de l'enquête I-Scope en population générale. Elle est satisfaisante d'une manière générale en NC. Elle est bien plus importante dans les provinces Nord et Iles, là où la vaccination opportuniste est d'ailleurs la plus faible et le taux d'incidence des cancers invasifs plus important.

Les partenaires et professionnels de santé n'ont posé aucune objection à la réalisation de cette vaccination en milieu scolaire et sont satisfaits de la réalisation de la première campagne du programme. Au sein des collèges bien que la majorité silencieuse y fût favorable, certains professionnels étaient défavorables.

La sécurité, le manque et le désir d'informations ainsi que le manque de recul sont les principaux freins exprimés par les parents et la population générale qui sont défavorables au vaccin HPV. Des mouvements antivaccinaux locaux se sont fait connaître, qui ont exprimé les mêmes freins, auxquels se rajoutent la théorie du complot, la collusion avec l'industrie pharmaceutique, le coût du programme et l'inutilité du programme de vaccination compte tenu de l'existence du dépistage organisé.

L'impact des mouvements antivaccinaux a été certain sur l'organisation de la première campagne, la communication réalisée, mais aussi le renouvellement de l'opération en 2016 (reportée à 2017). Leur retentissement sur l'acceptabilité de la vaccination HPV par le public-cible et sur le taux de couverture vaccinale semble cependant faible. Ils ont fait sortir le débat de la sphère technique pour le faire remonter au niveau politique. Les élus calédoniens en possession d'un bilan objectif de la globalité de cette première année de vaccination ont demandé à l'ASS-NC de poursuivre le programme.

Recommandations :

On recommande de s'attacher à ce que la communication du programme soit la plus transparente et exhaustive possible, en particulier concernant la sécurité et l'efficacité du vaccin, la complémentarité entre stratégies vaccinale et de dépistage, mais aussi le coût.

En pratique :

Suite à l'analyse de contenu des documents émis par les mouvements antivaccinaux et le manque ou l'imprécision des informations fournies donnant beaucoup de « grain à moudre » à ceux-ci, il est ressorti qu'il serait très utile d'améliorer l'information aux parents, en particulier préconiser l'honnêteté et communiquer les informations précises et exhaustives comportant les éléments suivants :

- la sécurité du Gardasil = EIPV non graves (prévalence, type), EIPV graves (prévalence, type), sclérose en plaque NON ; syndrome de Guillain-Barré OUI avec 1 à 2 cas supplémentaire pour 100 000 (équivalent au vaccin antigrippal chez la personne âgée).
- l'efficacité du Gardasil = protège contre 70 % des HPV oncogènes. Protège contre les infections HPV, verrues génitales, lésions précancéreuses et cancer in situ. Il n'est pas encore prouvé qu'il est efficace sur le cancer invasif en raison de l'histoire naturelle de la maladie et la date récente d'obtention de l'AMM en 2006, mais la logique biomédicale induit l'importante suspicion qu'il prévient également le cancer invasif du col).
- l'importance de la complémentarité entre stratégies vaccinale et de dépistage (et non le frottis seul).
- le coût du programme ASS-NC permet de faire des économies (cf. section Coût).
- par ailleurs les sections Faisabilité et Communication apportent des recommandations qui pourront permettre d'améliorer l'acceptabilité du vaccin et de ce programme de vaccination.

4.5. Suivi

4.5.1. Schéma vaccinal complet

- Question : Le programme a-t-il permis d'améliorer le suivi des filles vaccinées par vaccin HPV en termes de schéma vaccinal complet ?

- Réponse : **Oui car** :

- le registre central de vaccination n'existait pas avant la mise en place du programme
- le registre central de vaccination est de très bonne qualité en ce qui concerne le statut d'administration de chacune des doses, pour chaque patiente vaccinée dans le cadre du programme.

Recommandations :

- Poursuivre la traçabilité au sein du registre central de vaccination.
- Améliorer la qualité de recueil et saisie des données sur le registre central de vaccination+++

4.5.2. Suivi des événements indésirables post-vaccinaux

- Question : Le programme a-t-il permis d'améliorer le suivi des filles vaccinées par vaccin HPV en termes de sécurité vaccinale ?

- Réponse : **Oui, mais il faudrait en plus** :

- Reporter toute survenue d'EIPV sur le registre central de vaccination
- Déclarer tous les EIPV au service de pharmacovigilance de la DASS-NC, quelle qu'en soit la gravité.

Recommandations :

- Reporter toute survenue d'EIPV sur le registre central de vaccination = mettre en place sur le registre central de vaccination le suivi de survenue des EIPV par, pour chacune des filles vaccinées, le recueil des indicateurs : « statut de survenue » (présence/absence) et « type d'EIPV » = améliorer la qualité de recueil et saisie des données+++ . Par ASS-NC.
- Déclarer tous les EIPV au service de pharmacovigilance de la DASS-NC, via la fiche de déclaration d'effet indésirable susceptible d'être dû à un médicament éditée par la DASS-NC (voir annexes). Pour cela :

- Pour les EIPV en cours de séance de vaccination : créer une fiche de poste du médecin de l'EMV en ce sens et le former,
- Pour les EIPV à distance : créer un protocole de déclaration d'EIPV à destination des IDE scolaires et les former,
- Sensibiliser les médecins généralistes libéraux à la déclaration des EIPV liés au vaccin HPV.

4.5.3. Suivi de l'efficacité vaccinale

- Question : Le programme a-t-il permis d'améliorer le suivi des filles vaccinées par vaccin HPV en termes d'efficacité vaccinale ?

- Réponse : **Oui, car** :

- le service de gynécologie-obstétrique du CHT a proposé la mise en place du suivi de l'incidence du condylome acuminé chez la femme en âge de procréer

- le registre du cancer de NC a proposé :

- la mise en place du suivi de l'incidence du cancer anal chez la femme ayant un ATCD de cancer du col de l'utérus,

- la mise en place du suivi du statut HPV chez tous les patients présentant un cancer de la sphère ORL.

- Toutes les filles vaccinées dans le cadre du programme sont et seront désormais répertoriées dans le registre central de vaccination.

Impact à court terme après l'introduction du vaccin (années)

Prévalence des HPV	Non
Condylomes acuminés	Oui (service de gynécologie-obstétrique du CHT)

Impact à moyen terme après l'introduction du vaccin (années, décennies)

Lésions précancéreuses du col de l'utérus	Oui (Registre du cancer de NC)
---	--------------------------------

Impact à long terme après l'introduction du vaccin (décennies)

Cancer du col de l'utérus et autres cancers liés aux HPV	Oui (Registre du cancer de NC)
--	--------------------------------

Recommandation :

S'assurer auprès du CHT et du Registre du cancer, à un an de l'évaluation soit fin 2017, qu'ils ont effectivement mis en place la surveillance des trois indicateurs d'efficacité, proposé lors de la période d'évaluation.

4.6. Coût

- Question : Le programme de vaccination organisé en milieu scolaire a-t-il permis de réduire les coûts de la vaccination HPV pour le financeur public, par rapport à stratégie de vaccination opportuniste antérieure ?

- Réponse : Oui car :

- Pour le financeur public, la première campagne du programme de vaccination a coûté **38 840 XFP par fille vaccinée** et la vaccination opportuniste aurait coûté **49 786 XFP** par fille vaccinée pour le même nombre d'enfants vaccinées (n=827).

- A nombre d'enfants vaccinés identique, c'est-à-dire à taux de couverture vaccinale égale, le programme a permis de réaliser une **économie de 9 382 777 XFP** par rapport à la stratégie de vaccination opportuniste classique (78 628 euros). Ainsi le programme de vaccination a permis **d'économiser 11 346 XFP par fille vaccinée**, par rapport à la stratégie de vaccination opportuniste (soit 95 euros). La première campagne du programme organisé a permis une minimisation des coûts de la vaccination anti-HPV chez les filles de 12 ans en Nouvelle-Calédonie, par rapport à la stratégie de vaccination opportuniste.

Recommandation :

Poursuivre le programme de vaccination organisé en augmentant le taux de couverture vaccinale ce qui, malgré une augmentation du coût global, diminuera le coût de vaccination par fille vaccinée.

4.7. Discussion générale

4.7.1. Points complémentaires de discussion

- **Choix du Gardasil**

Le comité de pilotage a choisi le vaccin tétravalent Gardasil car outre l'immunisation apportée contre les HPV de types 16 et 18, les deux types le plus fréquemment retrouvés dans le cancer du col, il confère également une immunisation contre HPV 6 et 11, retrouvés dans les condylomes acuminés et participe aussi à la prévention d'autres cancers HPV-induit tels que des cancers de la sphère génitale, oropharyngés et de la cavité buccale. La seule autre spécialité qui existait lors du choix du vaccin était le Cervarix® protégeant uniquement contre les types 16 et 18.

- **Choix du milieu scolaire**

Malgré une compatibilité limitée entre la planification et mise en œuvre du programme de vaccination et le calendrier scolaire, qui constitue d'ailleurs une difficulté inhérente à tout programme de promotion de la santé ou prévention à l'école, le choix du milieu scolaire reste le plus pertinent.

C'est d'ailleurs une des conclusions des chercheurs de la London School of Hygiene & Tropical Medicine et de PATH qui ont conduit une revue complète des expériences d'administration du vaccin anti-HPV dans 46 pays à revenu faible et intermédiaire, conduite entre 2014 et 2016 (39). Les résultats ont montré que la vaccination dans les écoles a permis d'atteindre la plus grande couverture vaccinale.

- **Réflexions sur la vaccination des garçons**

La question de la vaccination HPV des garçons a été soulevée à différentes reprises par les mouvements antivaccinaux mais aussi certains partenaires techniques du programme.

Vacciner les filles et les garçons contre les papillomavirus permettrait d'éliminer les porteurs et le réservoir viral et compte tenu de la surface limitée du territoire, on pourrait tendre avec une couverture vaccinale satisfaisante, vers une éradication totale de l'infection HPV et à terme des pathologies liées à HPV.

Bien que la vaccination des garçons par Gardasil soit en dehors de l'AMM, le fait que la Nouvelle-Calédonie soit compétente en matière de santé induit que la vaccination anti-HPV des garçons pourrait être inscrite au calendrier vaccinal si l'on voulait.

A titre de comparaison, d'autres pays ont institué une vaccination mixte comme c'est le cas en Australie pays pionnier en termes de programme de vaccination HPV en milieu scolaire et où la vaccination HPV des garçons a été introduite en 2013 (40).

Une rapide revue de la littérature sur le sujet a révélé que l'adjonction de la vaccination des garçons n'était néanmoins pas coût-efficace par rapport à la vaccination des filles de 12 ans seules, notamment aux Etats-Unis (41) et au Royaume-Unis (42).

En Nouvelle-Calédonie, il a été choisi pour l'instant d'inclure uniquement les filles de 12 ans au programme de vaccination organisé en milieu scolaire et d'exclure les garçons, mais cette situation pourra être amenée à changer dans le futur.

- **Considérations éthiques**

Ce programme de vaccination en milieu scolaire permet de réduire les coûts de la vaccination HPV des filles de 12 ans, par rapport à la vaccination opportuniste. En termes d'optimisation d'allocation des moyens et des ressources, cela donne la possibilité de pouvoir allouer les ressources économisées à d'autres postes, dans un but d'amélioration de la santé des calédoniens. L'objectif n'est évidemment pas de « faire des économies pour faire des économies », mais d'être plus efficace et de pouvoir allouer ces ressources économisées à d'autres postes, dans un but d'amélioration du système de santé et plus largement de l'état de santé des calédoniennes. Dans le cadre de l'approche globale de la population-cible, si elles étaient injectées dans le dépistage organisé du cancer du col par exemple, ces ressources pourraient permettre d'améliorer le taux de participation au dépistage et de cette manière de renforcer la prévention du cancer du col en Nouvelle-Calédonie.

Toutefois, le Gardasil est un vaccin qui coûte cher, une dose coûtant un peu plus de 10 000 FCFP dans le cadre de ce programme. Dès lors nous sommes en droit de nous demander pour quelle raison payer près de 38 000 FCFP par fille vaccinée par Gardasil, alors que d'autres problèmes majeurs de santé publique mériteraient peut-être de bénéficier de ressources similaires. A titre d'exemple en 2009 c'était 9 % de la population calédonienne qui n'avait pas accès à l'eau courante au sein de son propre logement, ce qui représente un peu plus de 24 000 personnes (1). Au sujet de la priorisation des problèmes de santé publique sur un territoire donné, le médecin de santé publique ne peut qu'apporter son expertise technique ainsi que des preuves scientifiques d'observation de la santé. Le choix final de priorisation reste du ressort du politique.

- **Objectifs du programme**

Selon le cahier des charges du programme de vaccination évalué, celui-ci visait trois objectifs généraux.

Recommandations : améliorer la rédaction des objectifs au sein du cahier des charges du programme, avec les propositions suivantes.

- Objectif général 1 : Réduire des inégalités sociales et territoriales de santé face aux pathologies liées aux virus HPV chez les femmes en NC, en particulier le cancer du col de l'utérus.

- Objectif spécifique 1 : Réduire l'incidence du cancer du col de l'utérus et autres pathologies liées aux virus HPV chez les femmes en NC (infections HPV, condylomes acuminés, lésions précancéreuses cervicales).

- Objectif spécifique 2 : Améliorer l'accessibilité au vaccin HPV pour les filles de 12 ans en NC.

- Objectif opérationnel : Atteindre au terme de la première campagne du programme un taux de couverture vaccinale de 70 % du public-cible après proposition de vaccination.

- Objectif général 2 : Améliorer le suivi des filles vaccinées par vaccin HPV en NC.

- Objectif spécifique 1 : Suivre la pharmacovigilance du vaccin HPV (événements indésirables post-vaccinaux).

- Objectif spécifique 2 : Suivre l'impact de la vaccination HPV sur l'incidence du cancer du col de l'utérus.

- Objectif spécifique 3 : Permettre un rappel si une 3ème injection s'avérait nécessaire dans le futur, en fonction de l'état des connaissances (long terme).

- Objectif opérationnel 1 : Alimenter le registre central de vaccination tenu par la Direction des Affaires Sanitaires et Sociales de la Nouvelle-Calédonie.

- Objectif opérationnel 2 : Vérifier la vaccination complète de chaque fille vaccinée (schéma vaccinal complet).

- Objectif général 3 : Réduire les coûts de la vaccination HPV pour le financeur public, à taux de couverture vaccinale égal.

Qui sont les 39 % de non-retour d'autorisations parentales ?

Ce pourcentage considérablement élevé de non-retour peut mener à l'émission de plusieurs hypothèses. On ne sait pas ce qui se cache précisément derrière ce chiffre :

- des refus déguisés,
- des parents intéressés par la vaccination HPV pour leur fille mais pas suffisamment « motivés »,
- un manque d'intérêt pour le sujet,
- des filles déjà vaccinées ou dont la vaccination est en cours ?

Afin de répondre à cette question nous avons comparé les taux de couverture vaccinale obtenus suite à la première campagne de vaccination aux « intentions de vacciner » déclarées par les parents via l'enquête d'opinion sur la vaccination en population générale.

Au sein de cette enquête nous avons pris pour chiffres de comparaison ceux relatifs à l'opinion des parents ayant au moins une fille de 12 à 20 ans et non de l'ensemble de la population générale. Il s'agit en effet de la population qui ressemblait le plus aux parents touchés par le programme et les effectifs restaient assez importants pour montrer des différences encore statistiquement significatives (n=133).

Le tableau suivant présente une comparaison des résultats de couverture vaccinale du programme de vaccination, à ceux de l'enquête d'opinion des parents de fille de 12 à 20 en population générale. 58 % des personnes ayant une fille de 12 à 20 ans se déclarent favorable au vaccin HPV alors que seulement 49 % des parents ont fait vacciner leur fille dans le cadre du programme.

De la même manière, alors que 23 % des parents se déclaraient contre, seulement 12 % ont retourné l'autorisation parentale comportant un refus.

Enfin, 18 % des parents se déclaraient via l'enquête sans opinion, ou ne connaissaient pas le vaccin HPV.

Intention de vaccination (Se déclarent)		Vaccination effective (Adhésion)	
<i>Parents ayant au moins une fille de 12 à 20 ans en population générale (n=133)</i> <i>Source : Étude d'opinion sur la vaccination</i>		<i>Parents des filles de 12 ans (n=1955)</i> <i>Source : Première campagne du programme de vaccination HPV en milieu scolaire</i>	
<i>Pour</i>	58 %	<i>Accord</i> [Vaccinées 42 % +Déjà vaccinées en dehors du programme 5 % +Accord avec dose 1 seule 2 %]	49 %
<i>Contre</i>	23 %	<i>Refus</i>	12 %
<i>Sans opinion</i>	8 %	<i>Non-retour AP</i>	39 %
<i>Ne connaît pas</i>	10 %		

Tableau 28 : Comparaison des résultats de couverture vaccinale du programme de vaccination HPV en milieu scolaire et de ceux de l'enquête d'opinion sur la vaccination HPV en population générale, 2016.

Suite à cette analyse nous avons donc émis l'hypothèse que les 39 % de non-retour d'autorisations parentales se répartissent de la manière suivante :

- 9 % de parents se déclarant « pour » mais pas assez favorables pour passer à l'acte de vacciner leur fille (58 % « d'intention de vacciner » – 49 % « de vaccination réelle ») : 9 % des parents se déclaraient favorables à cette vaccination en enquête, mais lorsque confronté aux choix de faire vacciner ou non leur fille, n'étaient probablement pas assez favorables, avaient une part d'indécision trop importante pour passer à l'acte de faire vacciner leur fille,
- 11 % de refus (23 % « d'intention de refuser » – 12 % de « refus réels ») : 11 % des parents n'ont pas rendu l'autorisation parentale signée avec la mention refus, mais étant globalement contre cette vaccination, ils ne se sont pas donné la peine – de façon légitime - de la retourner au collègue,
- et 18 % de « sans opinion » ou ne connaissant pas le vaccin (8 % + 10 %).

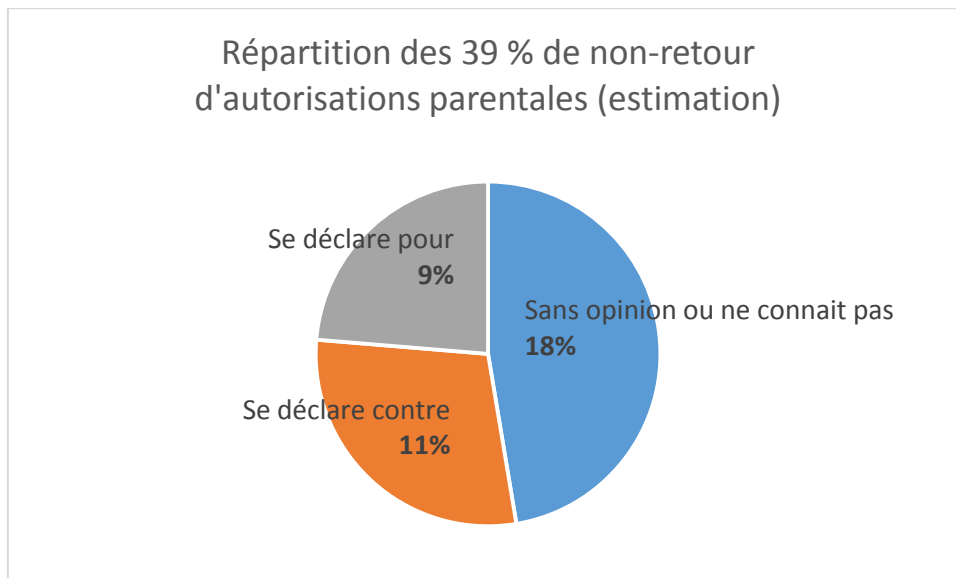


Figure 25 : Estimation de répartition des 39 % de non-retour d'autorisations parentales lors de la première campagne du programme de vaccination HPV en milieu scolaire, 2016

Par conséquent, lors des futures campagnes du programme de vaccination, si l'on parvenait à récupérer l'ensemble des autorisations parentales on peut légitimement penser que :

- le taux de couverture vaccinale de la cible atteindra environ 70 % (49 % + 9 % + 9 %). En effet 9 % « d'intention de déclarer » se transformeraient en « Accord » (avec une communication/information adaptée) (de 49 % à 70 %) ; et la moitié des « sans opinion ou ne connaît pas » se transformeraient en accord.
- le taux de refus augmentera atteindra environ 30 % (12 % + 11 % + 9 %). 11 % « d'intention de refuser » se transformeraient en refus ; et la moitié des « sans opinion ou ne connaît pas » se transformeraient en refus.

Remarques méthodologiques :

A noter que le terme accord est ici entendu par extension et ne comprend pas uniquement les parents ayant donné leur accord dans le cadre du programme mais également ceux ayant déclaré que la vaccination de leur fille était déjà réalisée, en cours ou prévue avec le médecin traitant.

Notons par ailleurs que le pourcent manquant est lié au fait que les pourcentages sont exprimés sans décimales pour plus de clarté et donc induisent une erreur de l'ordre de 1 %.

La question des 39 % d'autorisations parentales non retournées lors de la première campagne s'est posée. En termes de stratégie et en se référant aux résultats de l'enquête d'opinion en population générale, si l'on fait en sorte de - seulement - récupérer la totalité des autorisations parentales lors des prochaines campagnes, le taux de couverture vaccinale du public-cible pourrait atteindre 70 %. Par ailleurs la conversion des opposants en acceptants demanderait certainement des efforts beaucoup plus importants que cette simple mesure.

Recommandation :

Porter une attention particulière au retour des autorisations parentales. Si l'on se réfère à l'étude d'opinion en population générale, le retour de 100 % des autorisations parentales porterait le taux de vaccination au taux de 70 %.

- **Discussion sur le contenu de la séance de vaccination**

Au lancement du programme, il existait une zone d'ombre sur le contenu exact de la séance de vaccination des élèves. Le médecin de l'équipe mobile de vaccination missionné par l'ASS-NC réalisait de base l'acte vaccinal ainsi qu'une information claire, loyale et appropriée des filles vaccinées. Toutefois l'évaluation a montré qu'un des médecins réalisait à l'occasion de la vaccination une courte séance de ce qui s'apparentait à de l'éducation pour la santé, dans le champ de la vie affective et sexuelle. Elle prenait des petits groupes d'environ 5 élèves pendant un quart d'heure et abordait différentes thématiques liées à la sexualité. Les filles participaient activement et posaient de nombreuses questions. Un autre entretien a révélé que certaines IDE scolaires réalisaient également des courtes séances d'éducation pour la santé sur la vie affective et sexuelle, préalablement au passage de l'équipe vaccination dans les collèges. Par ailleurs le représentant de l'UGPE ainsi que le médecin du vice-rectorat, interrogés en entretien encourageaient fortement ce type d'intervention en complément de l'acte vaccinal.

Recommandations :

Compte tenu des objectifs du programme de vaccination, en l'absence de discussion préalable entre les partenaires du COPIL et en l'absence de méthodologie précise de cette intervention, nous recommandons que la mise en œuvre des séances d'éducation pour la santé sur la vie affective et sexuelle auprès des filles vaccinées ne soit pas poursuivie à l'occasion des séances de vaccination, dans le cadre de ce programme. Une mise en place de ces séances nécessiterait

la création d'un programme d'éducation pour la santé à part entière, avec une construction méthodologique collaborative associant partenaires professionnels et élèves.

- Recommandations : réaliser des recherches opérationnelles éventuelles futures

...en lien avec le vice-rectorat pour veiller à assurer une bonne coordination avec les collèges.

Quelques pistes d'investigations futures...	Type d'étude
Investiguer les raisons de non-retour des fiches d'autorisation parentale	Étude qualitative par entretiens auprès des jeunes filles ou auprès des parents. Échantillon stratifié
Investiguer s'il existe une transmission des attitudes préventives des mères aux filles envers HPV (Étudier l'association entre le statut de dépistage par FCV de la mère et le statut vaccinal HPV de la fille)	Étude quantitative observationnelle analytique par questionnaire hétéro-administré (téléphone) à destination des parents ou tuteurs du public-cible. Échantillonnage fait sur la province du collège et le statut vaccinal par programme de la fille. N=300 : 150 accord et 150 refus de vaccination anti-HPV
Investiguer s'il existe un lien statistique entre catégorie de ressource et statut de vaccination des filles (autorisation, refus, non-retour d'autorisation) ?	Étude épidémiologique analytique. A partir des données fournies par le vice-rectorat
Identifier les facteurs d'adhésion et de non-adhésion à la vaccination anti-HPV du public-cible (motivations, raisons, facteurs explicatifs)	Étude qualitative par entretiens individuels semi-directifs ou focus-group auprès des parents du public-cible. Échantillonnage sur les critères suivants : par province, parents de filles vaccinées dans le cadre du programme x15, parents de filles non vaccinées avec refus signé sur l'autorisation parentale x15
Suivre l'efficacité vaccinale sur les lésions précancéreuses et cancéreuses à 15 ans	Étude épidémiologique analytique observationnelle rétrospective de cohorte, par croisement de bases de données (registre du cancer et registre central de vaccination HPV et données de vaccination opportuniste), avec l'aide de la mise en place prochaine du « Numéro calédonien de santé ». Partenaire : Registre du cancer

Tableau 29 : Recommandations de mise en œuvre de recherche opérationnelles futures dans le cadre du programme de vaccination anti-HPV en milieu scolaire, 2016

- Acceptabilité

Difficulté de réponse aux arguments des mouvements antivaccinaux

Les arguments présentés par les mouvements antivaccinaux sont multiples et de différentes natures.

Certains sont scientifiquement recevables (pourquoi pas les garçons, efficacité contre 70 % des HPV) et font d'ailleurs partie du débat scientifique qu'il est nécessaire de mener (pourquoi pas les garçons) :

- d'autres ne sont pas scientifiquement recevables et ne devraient donc faire l'objet d'aucun débat (inutilité du vaccin compte tenu du dépistage), mais d'une information claire loyale, appropriée, honnête et exhaustive et d'une éducation de la population.

- d'autres sont « entre deux » et sont donc compliquées à gérer en termes de communication du point de vue de l'institution de santé publique (sécurité du vaccin : sclérose en plaque non, syndrome de Guillain-Barré oui 1 à 2 cas supplémentaires pour 100 000 filles vaccinées selon une étude française...comme le vaccin antigrippal). Il serait par conséquent nécessaire de « démêler » ces arguments.

La difficulté de réponse à ces mouvements réside dans le fait que certains arguments sont scientifiquement recevables et font partie du débat scientifique et social qu'il est nécessaire de mener, alors que d'autres ne le sont absolument pas car correspondant à de fausses informations. Elle provient aussi du fait qu'ils « surfent » sur des modes actuelles tels que la promotion de la santé dite « naturelle », ou encore la théorie du complot (43).

Nécessité d'un débat social sur la vaccination en Nouvelle-Calédonie ?

Malgré une certaine mobilisation de la société civile sur le territoire relative aux questions de vaccination (soirée de projection-débat organisée par l'association Ciné-citoyen le 10 mai 2016 intitulée « Vaccins : les doutes ») celle-ci reste assez localisée et concentrée dans certains milieux. Elle représente probablement un faible pourcentage de la population calédonienne. Les mouvements antivaccinaux se sont emparés de ce débat, sans que la population elle-même ne se l'approprie réellement.

La médecine du XXI^{ème} siècle prend de plus en plus en compte les préférences du patient lorsqu'il s'agit de faire un choix entre deux options médicales. Le champ de recherche de la décision médicale partagée y est entièrement consacré. En France la loi 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (44) formalise la démocratie sanitaire.

Un débat social, éthique et citoyen autour de la vaccination en général et anti-HPV en particulier en Nouvelle-Calédonie serait certainement fructueux et riche. Cela permettrait à la population s'emparer de ces questions de santé et d'acquérir un niveau de connaissance nécessaire à la compréhension de la vaccination en général et HPV en particulier, de son importance et utilité, dans le cadre d'un empowerment global des personnes.

Acceptabilité du public vis-à-vis de la vaccination dans le monde

Une étude récente publiée le 13 septembre 2016 par la London School of Hygiene and Tropical Medicine et autres partenaires apporte un élément de comparaison intéressant (45). Elle présente les résultats d'une enquête sur la confiance du public vis-à-vis des vaccins menée dans 67 pays auprès d'environ 65 000 personnes (45). L'étude concerne l'opinion sur l'importance des vaccins, leur efficacité, leur innocuité et leur caractère compatible avec la religion pratiquée. C'est l'étude la plus large jamais effectuée vis-à-vis de l'opinion des vaccins. Elle montre que si l'importance des vaccins est globalement reconnue, malgré des différences notables entre pays, les citoyens européens et en particulier en France, leur accordent le moins de confiance. Ainsi 41 % des Français interrogés estiment que les vaccins ne sont pas sûrs, un record mondial, 17 % doutent de leur efficacité et 12 % ne tiennent pas les vaccins infantiles pour importants. Dans l'ensemble, les auteurs constatent que le niveau d'éducation accroît la confiance dans l'importance et l'efficacité des vaccins, mais pas dans leur sécurité.

La Nouvelle-Calédonie est un territoire français, avec une histoire coloniale et politique récente liée à celle de la France métropolitaine et des vagues de migrations successives notamment de personnes originaires de France métropolitaine. L'émergence des mouvements antivaccinaux suite à la mise en place du programme de vaccination évalué est peut-être à relier d'un point de vue sociologique, à l'opinion des français en général sur la vaccination et plus largement au manque de confiance des citoyens français envers l'institution publique de santé, dans un contexte de scandales sanitaires relativement récents.

- **Implication des filles**

Compte tenu de leur jeune âge, très peu de questionnements ont été adressés directement aux filles appartenant au public-cible que ce soit dans le cadre du programme mais également de son évaluation.

Une plus grande implication de filles de 12 ans ne serait-elle pas garante d'une meilleure efficacité du programme ?

La Charte d'Ottawa datant de 1986, établie à l'issue de la première Conférence internationale sur la promotion de la santé constitue un socle fondateur de la Promotion de la santé sur le plan international. Elle met en avant cinq axes prioritaires : élaboration d'une politique publique saine, création de milieux favorables, réorientation des services de santé (du soin vers la prévention), acquisition d'aptitudes individuelles et renforcement de l'action communautaire. Il est aujourd'hui admis que l'implication des publics-cible aux programmes de santé permet un empowerment des individus et d'améliorer

l'efficacité des programmes. L'implication des filles, bien que relativement jeunes paraît par conséquent tout à fait pertinente d'un point de vue de santé publique. Naturellement, cela ne s'envisagerait pas sans une concertation et une mobilisation citoyenne plus large des adultes et de l'ensemble de la communauté.

- **Discussion sur l'efficacité du vaccin compte tenu des génotypes HPV prétendument spécifiques à la Nouvelle-Calédonie**

Une des accusations portées à l'encontre du programme par les mouvements antivaccinaux était l'existence présumée de génotypes HPV spécifiques au territoire calédonien, différents des génotypes classiquement rencontrés et donc de ceux dont le Gardasil protège (6, 11, 16 et 18).

Une revue de la littérature concernant l'existence éventuelle d'études décrivant les génotypes HPV en Nouvelle-Calédonie a été effectuée afin de documenter cette interpellation. Il n'existe pas à notre connaissance d'étude de prévalence des génotypes HPV en Nouvelle-Calédonie. Les études suivantes ont néanmoins été identifiées.

Un rapport du Dr Rougier en 2008 (46) portait sur la prévalence des infections des HPV-HR dans les lésions du col de l'utérus en Nouvelle-Calédonie. Cette étude était réalisée chez 359 femmes. Les HPV-HR testés étaient les types 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 59, 68. Les résultats montraient que :

- le portage des HPV-HR (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 59, 68) concerne 73 % des femmes avec lésions cytologiques de bas grade (CIN 1, dysplasie légère) en NC.

- Le portage des HPV-HR (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 59, 68) concerne 97 % des femmes avec lésions cytologiques de haut grade (CIN 2/3, dysplasie modérée, sévère) en NC.

L'auteur indique que ces deux résultats sont concordants avec les chiffres retrouvés dans la littérature internationale (respectivement 75 % et >95 %). Autrement dit, cette étude met en évidence le fait que la prévalence de portage de HPV-HR dans les lésions de bas grade et de haut grade en Nouvelle-Calédonie est superposable aux données rapportées dans la littérature internationale.

Une étude publiée dans la revue *Vaccine* en 2008 identifiait les génotypes majoritaires de HPV retrouvés chez les femmes avec un cancer du col dans la région Asie-Pacifique (47). Elle montrait

que quelle que soit la sous-région (Asie de l'est, du sud, du sud-est, Australie) les deux premiers étaient toujours les types 16 et 18.

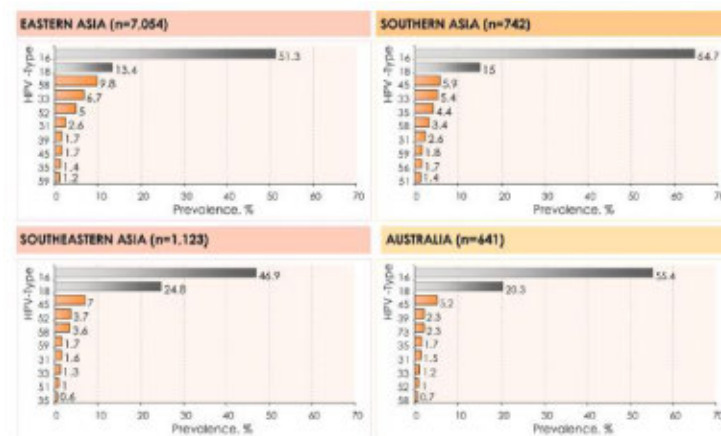


Fig. 8. The most frequent HPV types in women with cervical cancer by Asian sub-region (55-68)

Une étude aux Fiji (48) identifiait les génotypes majoritaires de HPV retrouvées chez les femmes avec cancer invasif du col lésions précancéreuses de haut-grade (CIN 3). Les auteurs ont constaté que les génotypes les plus communs étaient les 16 et 18 (76.6 %), suivis par HPV 31 (4.3%). HPV 16 ou 18 étaient détectés dans 76, 6% des cas (n=207).

L'ensemble des études identifiées montrent aujourd'hui que les types prédominants dans les lésions cervicales cancéreuses et précancéreuses sont 16 et 18, dans le monde mais aussi dans les zones géographiques relativement proches du territoire calédonien. Ainsi selon la recherche bibliographique réalisée, il est très probable que les types HPV associés à des lésions cancéreuses ou précancéreuses en Nouvelle-Calédonie se rapprochent de ceux rencontrés en Asie, en Australie ou aux Fidji. Il n'existe en l'état actuel des connaissances aucune raison pour que le profil de typage HPV calédonien soit fondamentalement différent de celui du reste du monde et de la région. Cet argument avancé par les mouvements antivaccinaux semble donc difficilement recevable scientifiquement, en l'état actuel des connaissances.

- **Défaut d'appui politique formel en faveur du programme**

Un certain manque d'appui politique formel en faveur du programme de vaccination HPV organisé en milieu scolaire a pu être constaté. En effet, suite aux actions des lobbies antivaccinaux, la viabilité du programme de vaccination a sérieusement été menacée. L'organisation de la première campagne et la stratégie de communication ont dû être modifiées (annulation de la conférence de presse, arrêt prématuré de la communication grand public) et la mise en œuvre de la deuxième campagne visant

la seconde génération de filles de 12 ans a dû être reportée à 2017. Lors de la prochaine campagne cela contraindra à vacciner deux générations de filles la même année, celles nées en 2004 (12 ans en 2016) et en 2005 (12 ans en 2017).

- **Contrôle de la chaîne du froid : système VVM**

Le système « vaccine vial monitor » ou VVM constitue un système de contrôle intégré, prenant la forme d'une pastille colorée placée sur l'étiquette du flacon de Gardasil. Celle-ci change de couleur lorsque les températures de conservation se trouvent en dehors des températures requises pour l'efficacité du vaccin. Facile d'interprétation ce système est un des outils existants de contrôle qualité du respect de la chaîne du froid.

Les 2800 doses de vaccins commandées auprès de Sanofi Pasteur dans le cadre du programme ne disposaient pas du système VVM. Cette option avait été pourtant envisagée par le COPIL lors de la phase de planification du programme mais avait été écartée pour des raisons de faisabilité.

Pour la deuxième campagne, compte tenu de l'hypothèse du partenariat avec Unicef pour l'achat des doses de vaccin, c'est une option qui reste envisageable et qui pourrait permettre une amélioration du respect de la chaîne du froid dans le cadre de ce programme de vaccination.

- **Systèmes d'information**

Les données dans le registre central de vaccination relatives à la première campagne du programme comportaient de nombreuses erreurs de saisie. Ces données étaient saisies par l'équipe mobile de vaccination au sein du RCV. Les erreurs concernaient notamment les filles vaccinées dans le cadre du programme et en dehors du programme, les refus de vaccination, les filles absentes le jour de la séance de vaccination et les non-retours des autorisations parentales.

Dans le cadre de l'évaluation, l'ensemble des fiches papier d'autorisations parentales retournées à l'ASS-NC ont été relues pour vérification et saisies une deuxième fois, afin de corriger les erreurs. Cela a permis :

- D'une part de décrire de façon exacte les valeurs des indicateurs de couverture vaccinale évalués (taux de couverture vaccinale, pourcentage de refus, de vaccination hors programme, de non-retour d'autorisation parentale et de non vaccination pour d'autres raisons). Ces résultats sont décrits dans la section « Couverture vaccinale ».
- D'autre part de pouvoir effectuer le rappel de l'ensemble des filles ayant reçu la première dose.

Autrement dit, cela a permis d'améliorer le suivi des filles vaccinées en termes de schéma vaccinal complet pour chaque individu inclus, ce qui correspondait à l'objectif opérationnel n°2 du programme.

Recommandations :

→ Améliorer la qualité des données recueillies, en particulier :

- modifier les variables recueillies sur la fiche d'autorisation parentale concernant les raisons de refus de vaccination HPV

- Désaccord

- Vaccination déjà réalisée (1ère et 2ème doses injectées) ou vaccination en cours (1ère dose injectée et 2ème dose à venir)

- Vaccination prévue avec le médecin de famille

- Remarques (zone de commentaires libres).

- modifier au sein du registre central de vaccination les modalités de la variable « statut d'autorisation parentale » :

- accord pour la vaccination HPV (ACC),

- refus de vaccination HPV (REF),

- vaccination déjà réalisée, en cours ou prévue avec le médecin traitant (VACC HORS PROG),

- absente le jour de la séance de vaccination (ABS).

- **Validité externe**

Des chercheurs de la London School of Hygiene & Tropical Medicine et de PATH ont conduit une revue complète des expériences d'administration du vaccin anti-HPV dans 46 pays à revenu faible et intermédiaire, conduite entre 2014 et 2016. Le rapport synthétise les principaux résultats et les enseignements tirés de l'expérience acquise dans la vaccination contre le HPV selon cinq grands thèmes : préparation, communication, administration du vaccin, réalisations et pérennité (49).

Les résultats et recommandations de cette revue sont partiellement concordants avec les nôtres et leur consultation peut être une source d'amélioration du programme.

Recommandation : Consulter les résultats et recommandations de la revue complète des expériences d'administration du vaccin anti-HPV dans 46 pays à revenu faible et intermédiaire (49).

4.7.2. Discussion de la méthodologie

Afin de déterminer à quel point les résultats de l'évaluation sont fiables, ce qui correspond à la validité interne de l'étude, cette section traite des forces et faiblesses de l'évaluation.

- **Choix de l'analyse par critères**

Dans le cadre de l'évaluation d'un programme de vaccination, le taux de couverture vaccinale est un indicateur composite étant le produit de différentes dimensions liées entre elles de façon complexe. Le taux de couverture vaccinale des filles atteint grâce au programme résulte à la fois de son organisation à tous les niveaux (faisabilité), de la stratégie de communication adoptée, de l'acceptabilité de l'ensemble des parties prenantes, du suivi des patientes, mais aussi des possibilités financières allouées au programme.

Par conséquent, les six critères étudiés demeurant très liés entre eux, la frontière a pu s'avérer floue par moment. Pour plus de clarté nous avons décidé de les séparer dans un premier temps dans le cadre de l'analyse des résultats et de façon parfois artificielle. Dans un second temps, la conclusion a permis de faire une synthèse et de regrouper certains résultats initialement séparés notamment pour les questions de faisabilité, de communication et d'acceptabilité.

- **Forces et limites des outils de recueil**

Pour chaque outil de recueil de données, les forces et les limites ont été décrites afin de délimiter le périmètre de fiabilité de l'évaluation.

Entretiens individuels semi-directifs auprès des partenaires du comité de pilotage, de l'équipe mobile de vaccination et de l'équipe-projet ASS-NC

→ Forces : proposition d'entretien à tous les partenaires du comité de pilotage, avec une relance en cas d'absence de réponse. Une grille de recueil unique. La majorité de partenaires a été interrogée en entretien. Analyse de données : analyse de contenu.

→ Limites : l'analyse de contenu a été effectuée manuellement, sans utiliser de logiciel d'analyse de données qualitative (type Nvivo). Cela a éventuellement pu réduire la qualité d'analyse des résultats. Compte tenu de la participation volontaire des enquêtés aux entretiens, l'ensemble des partenaires n'a pu être interrogé. Cela a pu créer un biais de sélection, cependant faible puisque la majorité d'entre eux a été interviewé.

Étude d'opinion sur la vaccination en population générale en Nouvelle-Calédonie par questionnaire

→ Forces :

- méthodologie collaborative et pluridisciplinaire de construction du questionnaire: l'interne coordonnait la création du questionnaire, en collaboration avec un médecin généraliste de l'équipe de vaccination et l'équipe-projet. Questionnaire pré-testé sur un échantillon aléatoire en face-à-face d'une dizaine de personnes de plus de 15 ans, pour modifications et amélioration avant sa diffusion.

- échantillon représentatif de la population de plus de 15 ans en Nouvelle-Calédonie avec des effectifs conséquents (n=903). Échantillon stratifié par zone, proportionnel. Les critères de représentativité étaient l'âge, le sexe, la catégorie socio-professionnelle et la zone de résidence. Pour la question 4, le biais de mémoire a pu être limité du fait du court délai entre la campagne de communication et l'enquête (2,5 mois).

→ Limites :

Biais de classement : pour les questions relatives à l'opinion de l'enquêté (Q1, Q2, Q3, Q5, Q6, Q7), compte tenu du fait qu'il s'agit de données déclaratives recueillies par questionnaire hétéro-administré et que les questions portaient sur une thématique relativement polémique, il pouvait exister un biais de classement dit de désirabilité sociale. Le risque est d'avoir surestimé les personnes se déclarant « pour » la vaccination en général ou anti-HPV. L'utilisation du téléphone limitait néanmoins ce biais par rapport à une entrevue en face-à-face. Le risque de biais de classement de l'étude est d'autant plus important que les questions étaient posées à l'interviewé dans le cadre d'une enquête plus conséquente comprenant de nombreuses questions.

Questionnaire à destination des référents intra-établissement relatif au programme de vaccination anti-HPV

→ Forces : méthodologie de construction du questionnaire collaborative et pluridisciplinaire : travail coordonné par l'interne, réunissant un médecin généraliste de l'équipe mobile de vaccination, le

médecin du vice-rectorat et l'équipe-projet ASS-NC. Questionnaire pré-testé auprès de deux IDE scolaires par téléphone pour amélioration avant sa diffusion. Analyse descriptive des données.

→ Limites : biais de sélection lié à un taux de participation de 49 % seulement. Nous pouvons nous interroger sur la représentativité des résultats, compte tenu de la participation volontaire des enquêtés au questionnaire et des caractères déclaratifs des données. En effet nous pouvons imaginer que ce sont les référents les plus motivés par le programme de vaccination qui ont pris le temps de répondre au questionnaire. A l'inverse on peut légitimement penser que les personnes mécontentes ont également pris le temps de répondre au questionnaire, en raison du besoin d'exprimer ce mécontentement.

Analyse de documents

→ Forces et limites : L'analyse de l'ensemble des documents a pu faire l'objet :

- d'un biais de sélection, pour les documents introuvables,
- d'un biais de classement, compte tenu du caractère individuel de l'évaluateur. Toutefois ce biais a pu être limité étant donné les nombreux échanges au sein de l'équipe de l'ASS-NC, tout au long du processus d'évaluation.

- **Acceptabilité : absence d'étude des raisons d'être favorable à la vaccination HPV**

Selon l'ONG PATH (26), les facteurs susceptibles de motiver les parents à accepter la vaccination de leur enfant notamment anti-HPV sont le sentiment d'être informés, l'influence d'autorités qui leur inspirent confiance, ou encore le désir de se conformer aux recommandations en matière de santé. Sur ce point, notre évaluation a porté exclusivement sur les raisons de refuser la vaccination HPV, alors que les raisons de s'y sentir favorable n'ont pas été investiguées. Nous avons opéré ce choix afin de repérer les freins et obstacles à lever, sans avoir donc la possibilité d'apporter des données sur les éléments préexistants à renforcer.

- **Couverture vaccinale : calcul de taux de couverture vaccinale à partir de données exhaustives**

Le recueil de données relatives au critère « Couverture vaccinale » a été réalisé à partir du registre central de vaccination, des autorisations parentales retournées et signées et des entretiens avec les

filles lors des actes de vaccination, par les professionnels de santé vaccinant. Cette méthodologie a permis d'obtenir des données exhaustives et d'éviter un biais de sélection, contrairement à un recueil de données déclaratives, comme préconisé par l'ONG PATH (26).

- **Couverture vaccinale : discussion de la méthode de l'enquête avant-après**

La réalisation de l'étude avant-après a fait l'objet de discussions en termes de choix méthodologiques. Nous souhaitons évaluer l'impact de la mise en place du programme de vaccination sur le taux de couverture vaccinale des filles de 12 ans en NC. Nous démarrions du chiffre exact du nombre de filles vaccinées par vaccin HPV dans le cadre de la première campagne du programme (n=827). Il nous manquait le chiffre exact du nombre de filles vaccinées par vaccin HPV en dehors du programme. Pour cela, plusieurs solutions ont été envisagées.

Dans un but d'exhaustivité, l'idéal aurait été de recueillir ces données sur le registre central de vaccination, mais celui-ci n'existait pas préalablement au programme.

Une deuxième possibilité était de partir du nombre total de doses de vaccins HPV (Gardasil® et Cervarix®) vendues en NC en 2014. Les données de vente fournies par Pharmagence indiquaient qu'au total 1325 doses avaient été vendues en 2014 en Nouvelle-Calédonie - 725 dans le secteur privé et 600 dans le public (voir section « Historique des stratégies de prévention et rationalisation en termes de santé publique »). Aucune donnée concernant l'âge des patientes n'était à notre disposition. Cela correspondrait environ à 220 filles de 12 ans vaccinées en 2014 compte tenu du schéma vaccinal de deux doses et de la triple tranche d'âge visée par la vaccination HPV en Nouvelle-Calédonie (remboursement pour les filles de 12 à 14 ans inclus). Il s'agit cependant d'une simple estimation et non d'une mesure précise.

La dernière alternative que nous avons finalement choisie, a été de recueillir le nombre d'autorisations parentales retournées comportant un refus et accompagnées d'une des deux modalités suivantes cochées :

- « J'ai prévu une vaccination avec notre médecin de famille »
- « Mon enfant a déjà été vacciné ou sa vaccination est en cours ».

Nous avons considéré que ces deux modalités signifiaient que les filles étaient vaccinées en dehors du programme de vaccination organisé ou « avant ». Nous avons conscience qu'il s'agit d'une estimation et non d'une mesure précise, compte tenu du fait qu'il s'agit de données déclaratives

induisant donc de possibles biais de classement dit de désirabilité sociale (risque de surestimation) ou au contraire de non-retour d'autorisations parentales (risque de sous-estimation). Toutefois cette option nous a paru la plus pertinente au regard des données à notre disposition.

- **Coût**

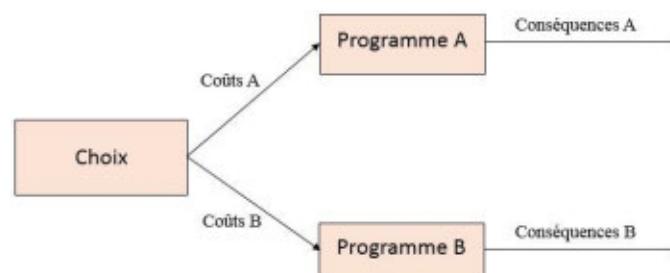
Analyse des coûts

Nous avons choisi de réaliser sur une analyse des coûts, afin de permettre une comparaison des deux stratégies envisagées.

D'autres méthodes avaient été envisagées comme la description des coûts ou l'étude médico-économique, mais ont rapidement été écartées.

En effet une simple description des coûts est moins précise et moins informative que l'analyse des coûts. Elle décrirait une seule stratégie et ne permettrait pas une comparaison entre les deux options.

L'évaluation médico-économique consiste quant à elle, selon la Haute Autorité de Santé (50), à « comparer l'intérêt médical d'un acte, d'une pratique, d'un médicament, d'une organisation innovante ou d'un programme de dépistage et les coûts qu'ils engendrent. Elle offre donc aux pouvoirs publics et aux professionnels de santé des informations sur les conséquences économiques de pratiques diagnostiques ou thérapeutiques ou encore de programmes de dépistage».



Dans notre cas, nous souhaitons comparer deux stratégies de vaccination proposant le même vaccin Gardasil, destiné au même public-cible.

L'efficacité attendue des deux stratégies (ou les conséquences) correspond à la réduction de la morbi-mortalité des pathologies liées aux virus HPV les plus fréquents (6, 11, 16 et 18), les principales étant le cancer du col de l'utérus et les condylomes acuminés, chez les femmes en NC.

Hors, l'efficacité du programme de vaccination HPV en termes de réduction de morbi-mortalité des pathologies liées aux HPV n'a pas encore pu être démontrée à ce jour étant donné la mise en place récente du programme et les délais de survenue des pathologies prévenues.

Pour rappel, l'évolution naturelle de la maladie montre que :

- les condylomes acuminés se développent 1 à 3 ans après la primo-infection par HPV
- les cancers du col de l'utérus se développent 15 à 20 ans après la primo-infection par HPV.

L'évaluation médico-économique représentait donc une méthode non compatible avec notre étude.

Différentes perspectives de coûts et choix du point de vue

Le financeur public est bien entendu celui qui supporte la plus grande partie des coûts de la vaccination HPV en Nouvelle-Calédonie, qu'elle soit opportuniste ou organisée. A l'occasion de l'analyse de coûts, l'évaluateur doit choisir de se placer à partir de l'un des points de vue. Il peut choisir le point de vue du patient, du professionnel de santé, du financeur public, ou de la société. Un des objectifs généraux du programme de vaccination HPV en milieu scolaire était de réduire les coûts de la vaccination HPV pour le financeur public, à taux de couverture vaccinale égal. Compte tenu du premier objectif de l'évaluation, nous avons donc choisi de réaliser l'analyse de coûts, en adoptant le point de vue du financeur public.

Cependant il convenait auparavant de considérer les différentes perspectives de coûts.

La vaccination HPV en NC, qu'elle soit ou non organisée, a un coût pour chacun des acteurs concernés :

- le patient,
- les professionnels de santé (dits effecteurs), en distinguant les salariés et les libéraux,
- le financeur public,
- l'enseignement secondaire (stratégie de vaccination organisée uniquement)
- et la société (somme de tous les autres profils).

Les coûts supportés par chacun des acteurs sont variables selon la stratégie de vaccination employée.

Stratégie n°1 : Vaccination opportuniste

Auparavant, le programme de vaccination opportuniste -la stratégie initiale de santé publique- était pris en charge par le financeur public et coûtait 49 786 FCFP par patient.

Le patient payait le coût lié au déplacement chez son médecin généraliste ou gynécologue, en cabinet libéral ou dispensaire. Il peut s'agir d'un coût non négligeable lorsque par exemple les patients sont amenés à payer un taxi pour se rendre au dispensaire.

Le médecin (effecteur) pratiquait l'injection, qui en l'occurrence est un acte remboursé et cela lui allongeait son temps de consultation d'environ 10%, en considérant que la consultation n'est pas spécifique à l'injection. Cela augmentait très légèrement le chiffre d'affaires du médecin libéral et non du salarié.

La société payait quant à elle la faible efficacité de cette stratégie de prévention, se traduisant par un morbi-mortalité élevée des pathologies liées à HPV.

Si l'on résume, le financeur public payait les doses de vaccin et les consultations (prescription, deux injections). Le patient était complètement pris en charge, hormis son déplacement chez le médecin. Le médecin libéral augmentait légèrement son chiffre d'affaires, le médecin salarié n'avait pas d'impact sur son salaire et la société payait le coût relatif à la morbi-mortalité des pathologies liées aux HPV.

Stratégie n°2 : Programme de vaccination organisé

Par la suite, un programme de vaccination organisé (deuxième stratégie de santé publique) est mis en place. Ce programme n'a aucun lien avec la vaccination opportuniste, bien que les deux soient en place en même temps. La vaccination opportuniste continue à courir après la mise en place du programme organisé.

Le programme de vaccination organisé permet au financeur public d'acheter ses doses en gros et donc de les payer moins cher. Celui-ci supporte de surcroît les coûts liés à l'organisation du programme. Étant donné que le financeur public achète en gros et vaccine de manière organisée, l'injection a maintenant lieu dans les collèges et les patientes doivent se déplacer pour être vaccinés non plus chez le médecin, mais directement dans leur collège, qui correspond à leur lieu de vie habituel.

Les patientes-filles se déplacent de façon quotidienne dans leur collège indépendamment de l'existence ou non du programme de vaccination. Le coût patient qui était existant -bien que faible- va devenir nul. Il s'agit d'une amélioration de l'accessibilité au vaccin HPV pour le public-cible. Le coût est en faveur du patient.

Le coût pour le médecin libéral (effecteur) va légèrement augmenter car le nombre de vaccination HPV effectuées va diminuer -bien que déjà très faible, tandis que le coût pour le médecin salarié va demeurer inchangé.

En ce qui concerne les collèges, bien que le programme de vaccination se déroule en milieu scolaire, le coût supplémentaire pour l'enseignement secondaire peut être considéré comme négligeable, compte tenu de :

- la mise à disposition d'une équipe mobile de vaccination (un médecin + un IDE) par l'ASS-NC pour réaliser les vaccinations au sein des collèges,
- l'absence de temps de travail supplémentaire pour les référents intra-établissements (en particulier les IDE scolaires) (transfert de temps de travail antérieurement dédiés à d'autres tâches).

Quant au coût pour la société, il va diminuer si l'on prend en compte l'efficacité de programme de vaccination organisé sur la réduction de la morbi-mortalité des pathologies liées à HPV.

En résumé, le programme de vaccination organisé induit une réduction des coûts pour le financeur public, pour le patient et pour la société. Les coûts pour l'enseignement secondaire sont considérés comme identiques à la stratégie antérieure et les coûts des médecins libéraux vont très légèrement augmenter alors que ceux salariés vont demeurer inchangés.

Prise en compte des coûts directs seuls et non des coûts indirects

Pour chacune des deux stratégies comparées, il était nécessaire de définir le périmètre de coûts. Deux types de coûts sont classiquement distingués en économie de la santé : les coûts directs et ceux coûts indirects.

Les coûts directs sont les coûts de production de l'action de soin ou de prévention. Dans notre cas ils correspondent aux coûts de tout ce qui est nécessaire à la mise en œuvre de l'une ou l'autre des deux stratégies. Les coûts indirects ne sont pas directement liés à l'action et sont un peu plus complexes à définir. Par exemple, les coûts d'arrêt de travail liés à aux pathologies induites par HPV sont des coûts indirects.

Dans notre cas seuls les coûts directs ont été considérés compte tenu de la complexité de calcul et d'estimation des coûts indirects pour chacune des deux stratégies, de l'absence de données à notre disposition pour réaliser ce calcul et de la primauté des coûts directs.

Mesure et estimation

Les données relatives à l'analyse de coût recueillies au sein de l'ASS-NC étaient exhaustives. Le coût de la vaccination organisé a été mesuré de façon quasiment exacte à partir de divers documents comme les factures et fiches de paie. Cependant la part du coût des professionnels de santé des dispensaires n'était pas mesurable à partir des données à notre disposition et correspondait par conséquent à une estimation.

Concernant la vaccination opportuniste, son coût a seulement pu être estimé à partir du coût de 2,5 consultations en MG ou gynécologie et ce celui de deux doses de Gardasil.

5. Conclusion

Le cancer du col de l'utérus constitue un problème majeur de santé publique en Nouvelle-Calédonie. Deux fois plus fréquent qu'en métropole et en Australie (taux d'incidence standardisée de 14,2/100 000 femmes), il est souvent diagnostiqué tardivement (71 % diagnostiqués sur symptômes et 29 % sur frottis cervico-vaginal de dépistage). Il touche de manière prépondérante les femmes mélanésiennes habitant en provinces Nord et Iles Loyauté, ce qui reflète d'importantes inégalités sociales et territoriales de santé sur le territoire calédonien. Le programme de dépistage organisé (DO) du cancer du col mis en place en 2011 par l'Agence sanitaire et sociale de la Nouvelle-Calédonie (ASS-NC), avec proposition d'un FCV aux femmes de 17 à 65 ans tous les trois ans après deux frottis initiaux normaux à un an d'intervalle, n'est pas utilisé de façon optimale. Le taux de participation y est de seulement 38 % et 44 % des femmes développant ce type de cancer n'ont jamais fait de FCV. De plus les ventes de vaccins HPV ont été réduites de moitié entre 2011 et 2014. Le Haut Conseil de la Santé Publique recommande en 2014 la généralisation de la mise en place du DO du cancer du col en France et l'adjonction d'une offre vaccinale anti-HPV en milieu scolaire. La délibération N°45/CP du 20 avril 2011 (Article 14) votée par le Congrès prévoit une vaccination gratuite pour les filles de 12 à 14 ans inclus, ainsi que l'établissement d'un registre central de vaccination (RCV) tenu par la DASS-NC.

Un programme de vaccination anti-HPV organisé en milieu scolaire est mis en place en 2015 en Nouvelle-Calédonie et coordonné par l'ASS-NC. Une vaccination par le vaccin tétravalent Gardasil® (schéma vaccinal complet de 2 doses espacées de 6 mois) prise en charge gratuitement et sans avance de frais, est proposée à toutes les filles de 12 ans scolarisées en collège public et privé sous contrat en NC. La vaccination est obligatoirement soumise à l'accord du parent ou tuteur légal. Elle est réalisée lors de séances de vaccination au collège, par une équipe mobile de vaccination (EMV - un médecin et un infirmier – employés par l'ASS-NC) ou le médecin du dispensaire local. Chaque campagne dure un an et se compose de deux vagues d'injection. La première campagne s'est tenue à cheval sur deux années scolaires (2015/2016). Le programme de vaccination fait l'objet d'un financement public multiple et d'un partenariat entre différentes institutions. Le référent intra-établissement est l'interlocuteur local du programme implanté dans chaque collège et correspond le plus souvent à l'infirmier scolaire. Il est responsable de la tâche de distribution et récupération des autorisations parentales auprès des collégiennes.

Nous avons réalisé l'évaluation de l'implantation du programme de vaccination anti-HPV organisé en milieu scolaire en Nouvelle-Calédonie en 2016, au terme de la première campagne. Le but était d'évaluer la première campagne afin de fournir des informations scientifiquement valides, d'en identifier les freins et leviers potentiels et d'apporter des recommandations d'amélioration pour les suivantes. Cette évaluation interne a été commanditée par l'ASS-NC. Une méthodologie mixte a été employée, avec des entretiens individuels auprès des membres du comité de pilotage, de l'équipe mobile de vaccination, de l'équipe-projet ASS-NC et d'autres professionnels, une étude d'opinion en population générale, un questionnaire aux référents intra-établissement scolaire et l'analyse des documents du programme. Six critères d'évaluation ont été examinés : couverture vaccinale, faisabilité, communication, acceptabilité, suivi et coût. Une question évaluative correspondait à chaque critère.

Au sein du public-cible des 1955 filles de 12 ans réparties dans les 57 collèges calédoniens, le taux de couverture vaccinale par vaccin HPV était de 42 % et significativement plus élevé en provinces Iles (58 %) et Nord (55%) qu'au Sud (37%). Le taux global de couverture vaccinale du public-cible a presque été multiplié par 10 (de 5 à 47 %). Toutefois, 39 % des autorisations parentales n'ont pas été retournées au référent intra-établissement et 12 % des parents ont refusé l'acte vaccinal via la signature de la fiche d'autorisation parentale comportant la mention « refus ». Par ailleurs le programme omettait d'inclure les 9 % de filles de 12 ans résident en Nouvelle-Calédonie encore scolarisées à l'école primaire, ce qui constitue un écueil important.

→ On recommande de rattraper cette population lors de la deuxième campagne et de l'inclure au public-cible pour les suivantes.

Seulement 2 % des séances ont été annulées ou reportées sur la première campagne, ce qui témoigne d'une organisation d'excellente qualité sur le plan logistique.

→ Réaliser l'ensemble des deux injections sur une seule année scolaire.

La collaboration entre les différents partenaires a globalement été satisfaisante. Cependant des difficultés de coordination avec le milieu scolaire ont été observées (délais jugés trop faibles par l'ensemble des partenaires, manque d'implication initiale de certains).

→ Impliquer l'ensemble des partenaires tout au long du programme, au moins par une information minimale (professionnels de tous les dispensaires, ensemble des professeurs de collèges, chefs d'établissements, associations de parents d'élèves).

→ Tenir compte au mieux du calendrier scolaire pour la planification des séances de vaccination.

Des recommandations spécifiques de partenariat avec les provinces ont pu être formulées :

→ Accepter en province Nord la proposition de mise à disposition des agents de santé pour la tâche de distribution/récupération des autorisations parentales. Établir en ce sens une convention entre l'ASS-NC et la province Nord.

→ Accepter en province Iles, la proposition de mise à disposition des médecins des dispensaires pour vacciner et informer les parents.

→ Établir une convention entre l'ASS-NC et la province Iles d'une part et la province Sud hors Grand Nouméa (vaccinations par les médecins des dispensaires) d'autre part afin qu'elles transmettent des données précises à l'agence au terme de chaque vague (propositions détaillées dans la discussion).

Le mécanisme d'identification des filles ciblées par le programme, la validité effective de l'identification et de l'invitation aux filles à recevoir le vaccin anti-HPV étaient d'excellente qualité. Cependant l'important taux de non-retour d'autorisations parentales (39 %) révèle probablement le fait que certains parents n'ont pas reçu le document ou qu'ils n'avaient pas l'obligation de le retourner signé au collège.

→ Utiliser le même mécanisme d'identification des filles du public-cible que celui employé lors de la première campagne, avec l'appui du vice-rectorat.

Si l'on se réfère à l'étude d'opinion en population générale, la récupération de la totalité des autorisations parentales porterait le taux de vaccination à 70 %.

→ Porter une attention particulière au retour des autorisations parentales. S'assurer que toutes les autorisations parentales soient récupérées par le référent intra-établissement.

→ Par quels moyens ? Rendre obligatoire le retour de l'autorisation parentale signée au collège, en collaboration avec le vice-rectorat ; mettre en place un accompagnement individualisé des parents par le référent intra-établissement, l'IDE scolaire, ou l'agent de santé en province Nord ; réaliser une

éducation et information auprès de l'ensemble de la communauté ; rédiger une fiche de mission de l'IDE scolaire ; améliorer l'implication des IDE scolaires au programme.

Une campagne de communication à destination du grand public, des parents de filles de 12 ans, des professionnels de santé et des professionnels des établissements scolaires a été conçue et réalisée dans le cadre du programme de vaccination. L'offre d'informations à destination des professionnels de santé a été estimée très satisfaisante. Toutefois celle à destination des parents était jugée trop faible par eux-mêmes mais également par les partenaires. Les parents auraient souhaité plus d'informations sur la vaccination HPV, afin de pouvoir choisir ou non de faire vacciner leurs filles. Les partenaires professionnels estimaient également que les parents avaient besoin de plus d'informations.

→ Améliorer l'information et l'éducation des parents et des filles au sujet du programme et de la vaccination HPV, grâce à un accompagnement individualisé des parents mis en œuvre par le référent intra-établissement, l'IDE scolaire ou l'agent de santé en province Nord, notamment en cas de refus ou non-retour.

→ Rédiger pour cela, à l'aide des IDE scolaires une fiche de mission du référent intra-établissement (distribution et récupération des autorisations parentales, taux de non-retour visé, plus ou moins sensibilisation des filles à la vaccination HPV).

→ Traduire les supports de communication en langues kanak.

→ Ne pas poursuivre les tentatives de mise en œuvre de séances d'éducation pour la santé sur la vie affective et sexuelle auprès des filles vaccinées, dans le cadre de ce programme de vaccination.

L'acceptabilité des parents et de la population générale envers le vaccin HPV est satisfaisante d'une manière générale en Nouvelle-Calédonie, plus importante en provinces Iles et Nord que dans le Sud. L'ensemble des partenaires a bien adhéré au programme, malgré certains professionnels de collègues défavorables.

La sécurité, le manque et le désir d'informations ainsi que le manque de recul sont les principaux freins exprimés par les parents et la tranche de la population générale défavorables au vaccin HPV. Des mouvements antivaccinaux locaux ont exprimé les mêmes freins, auxquels se rajoutent la complicité présumée avec l'industrie pharmaceutique, le coût du programme et l'inutilité du programme de vaccination compte tenu de l'existence du dépistage organisé, sur un fond de théorie du complot.

L'impact des mouvements antivaccinaux a été certain sur l'organisation de la première campagne (difficultés organisationnelles et délais trop courts), la communication réalisée (arrêt prématuré de la campagne) et le renouvellement de l'opération en 2016 - alors reportée à 2017.

→ S'attacher à ce que la communication du programme soit la plus transparente, précise et exhaustive possible, en particulier sur les données de sécurité et d'efficacité du vaccin, la complémentarité entre stratégies vaccinale et de dépistage, ainsi que le coût. Permettre à terme, une mobilisation sociale autour des questions de vaccination anti-HPV.

→ Permettre une promotion de la vaccination HPV par les professionnels de santé en particulier les médecins généralistes via la formation continue.

Le Gardasil exigeant une conservation entre 2 et 8°C, toute rupture de la chaîne du froid lors des étapes du circuit du vaccin induit une inefficacité de celui-ci. De nombreuses mesures ont été mises en place par l'ASS-NC afin d'assurer le respect de la chaîne du froid dans le cadre du programme. Elle a globalement été maintenue malgré plusieurs événements en dehors des températures (T°) de conservation et de nombreuses données de surveillance de T° manquantes. Par ailleurs en ce qui concerne les étapes de prise en charge des vaccins par les provinces, les données de surveillance de la chaîne du froid sont inconnues de l'ASS-NC, qui ne peut donc formellement attester de son respect.

→ Uniformiser le système de la chaîne du froid (bibliographie, choix des indicateurs de suivi, rédaction d'un protocole de surveillance à destination de l'EMV et des professionnels des dispensaires, formation, évaluation continue, communication des résultats).

→ Établir une convention relative au contrôle de la chaîne du froid entre l'ASS-NC et les trois provinces.

La probabilité de perte vaccinale selon le score OMS a été estimée à « très faible » lors de la première campagne.

→ Ne pas surveiller le taux de perte vaccinale tel que préconisé par l'OMS mais plutôt mettre en place la surveillance de l'indicateur « différence entre doses commandées et injectées ».

De très nombreuses erreurs de saisie ont été relevées - et corrigées, au sein du registre central de vaccination. → Améliorer la qualité de recueil et saisie des données au sein du RCV, dans un contexte de qualité du programme dans son ensemble, de sécurité et d'évaluation continue de celui-ci.

→ Recomposer pour cela l'équipe mobile de vaccination avec un accompagnement du médecin par une secrétaire médicale et non plus par une infirmière ; rédiger la fiche de fonction ; la former.

→ Améliorer la qualité des données recueillies, en particulier modifier les variables recueillies sur la fiche d'autorisation parentale concernant les raisons de refus de vaccination HPV ; et au sein du registre central de vaccination modifier les modalités de la variable « statut d'autorisation parentale » (propositions détaillées dans la discussion).

La surveillance des événements indésirables post-vaccinaux était insuffisante (nombreuses erreurs et données manquantes sur le registre central de vaccination ; quasi-absence de déclaration à l'autorité compétente).

→ Saisir au niveau de l'équipe mobile de vaccination, tous les EIPV au sein du registre central de vaccination, c'est-à-dire pour chaque fille vaccinée : type d'EIPV, statut de déclaration d'EIPV à la DASS-NC (oui/non).

→ Déclarer tous les EIPV à la DASS-NC.

→ Sensibiliser l'ensemble des professionnels de santé du territoire à la déclaration des EIPV à la DASS-NC.

→ Améliorer la rédaction du cahier des charges du programme de vaccination, notamment à propos des objectifs (propositions détaillées dans la discussion) et de l'évaluation continue du programme.

→ Améliorer le système d'informations (données recueillies et qualité de saisie) relatif au registre central de vaccination, au système de la chaîne du froid et à l'enregistrement et déclaration des événements indésirables post-vaccinaux. Former les professionnels au recueil et à la saisie de données, effectuer un contrôle qualité continu.

→ Anticiper et planifier l'évaluation continue du programme via le suivi :

- des indicateurs de couverture vaccinale (registre central de vaccination),
- des indicateurs de surveillance des événements indésirables post-vaccinaux, d'efficacité vaccinale mais aussi du système de la chaîne du froid, de perte vaccinale, de logistique et de coût.

→ S'assurer auprès du CHT et du Registre du cancer, à un an de l'évaluation soit fin 2017, qu'ils ont effectivement mis en place un suivi des trois indicateurs d'efficacité, proposé lors de la période d'évaluation. Pour évaluer l'efficacité vaccinale s'inspirer si besoin de façon complémentaire de l'étude d'Elfströma et al. publiée en 2015 correspondant à une revue de l'organisation et de la qualité des programmes de vaccination en Europe (25).

→ S'inspirer si besoin des résultats et recommandations de la revue des expériences d'administration du vaccin anti-HPV dans 46 pays conduite entre 2014 et 2016 par la London School of Hygiene & Tropical Medicine et PATH, portant sur cinq thèmes (préparation, communication, administration du vaccin, réalisations et pérennité) (39).

À taux de couverture vaccinale égal, l'organisation de la vaccination a permis d'économiser presque 9 400 000 FCFP soit 11 300 FCFP par fille vaccinée (95 euros), comparativement à la vaccination opportuniste. → Augmenter le taux de couverture vaccinale, ce qui permettrait d'améliorer l'efficacité par une diminution du coût de la vaccination par fille vaccinée.

De nouvelles questions ont émergé suite au travail d'évaluation.

→ Réaliser des recherches opérationnelles futures, notamment sur l'investigation des raisons de non-retour des autorisations parentales, le suivi de l'efficacité vaccinale HPV en Nouvelle-Calédonie, les facteurs d'adhésion du public-cible à la vaccination anti-HPV, la transmission des attitudes préventives entre mères et filles en lien avec les HPV, ainsi que le lien statistique entre catégorie de ressource et statut de vaccination des filles.

En conclusion, sur un public-cible de 1955 filles, 42 % ont été vaccinées, après accord parental indispensable. Le programme a permis une économie de 95 euros par fille vaccinée. Malgré l'intervention des lobbies antivaccinaux, cette première campagne a permis de multiplier par presque 10 le taux global de couverture vaccinale du public-cible, avec une efficacité supérieure à celle de la vaccination opportuniste, tout en la proposant de manière plus égalitaire aux filles de 12 ans en Nouvelle-Calédonie.

6. Annexes

6.1. Abréviations

AMG	Aide médicale gratuite
AMM	Autorisation de mise sur le marché
AP	Autorisation parentale
ASEE	Alliance Scolaire de l'Eglise Evangélique en Nouvelle-Calédonie
ASS-NC	Agence Sanitaire et Sociale de la Nouvelle-Calédonie
CAFAT	Caisse de compensation des prestations familiales, des accidents du travail et de prévoyance des travailleurs salariés
CCU	Cancer du col de l'utérus
CHT	Centre Hospitalier Territorial Gaston Bourret de Nouvelle-Calédonie
CMS	Centre médico-social, dispensaire
COFIL	Comité de pilotage
CSP	Catégorie socio-professionnelle
DACAS	Direction de l'Action Communautaire et de l'Action Sociale de la Province des Iles Loyauté
DASS-NC	Direction des affaires sanitaires et sociales de la Nouvelle-Calédonie
DASSPS	Direction des affaires sanitaires et sociales et des problèmes de société de la province Nord
DECC	Direction Diocésaine de l'Enseignement Catholique en Nouvelle-Calédonie
DPASS	Direction provinciale de l'Action sanitaire et sociale de la province Sud
EMV	Equipe mobile de vaccination
FCV	Frottis cervico-vaginal
FELP	Fédération de l'enseignement libre protestant
GN	Grand Nouméa
HAS	Haute Autorité de Santé
HCSP	Haut conseil de la santé publique
HPV	Papillomavirus humain
HPV-HR	Papillomavirus à haut risque oncogène
IDE	Infirmier diplômé d'état

InVS	Institut de veille du cancer
IPNC	Institut Pasteur de Nouvelle-Calédonie
ISEE	Institut de la statistique et des études économiques Nouvelle-Calédonie
IST	Infection sexuellement transmissible
MG	Médecin généraliste
NC	Nouvelle-Calédonie
OMS	Organisation mondiale de la santé
RCV	Registre central de vaccination
UGPE	Union des groupements de parents d'élèves
VR	Vice-Rectorat

6.2. Figures et tableaux

6.2.1. Figures

Figure 1 : Situation géographique de la Nouvelle-Calédonie	14
Figure 2 : Provinces et communes de la Nouvelle-Calédonie	15
Figure 3 : Politique et institutions publiques de la Nouvelle-Calédonie	19
Figure 4 : Intervenants en matière d'action sanitaire et sociale en Nouvelle-Calédonie	26
Figure 5 : Principales structures de santé en Nouvelle Calédonie	28
Figure 6 : Taux d'incidence standardisé pour 100 000 femmes du cancer du col de l'utérus - Comparaisons internationales (Globocan, 2012).....	32
Figure 7 : Répartition par province des cancers du col de l'utérus en Nouvelle-Calédonie (tumeurs invasives ; période 2008-2012).....	33
Figure 8 : Répartition par communauté d'appartenance des cancers du col de l'utérus en Nouvelle-Calédonie (tumeurs invasives ; période 2008-2012).....	33
Figure 9 : Traitements des cancers du col de l'utérus en Nouvelle-Calédonie (tumeurs invasives ; période 2008-2012)	34
Figure 10 : Estimation de l'impact épidémiologique sur l'incidence du cancer du col de l'organisation du dépistage et de la vaccination des adolescentes pour une couverture vaccinale de 80 % en France, 2007..	35
Figure 11 : Types de HPV prévenus par les vaccins. D'après Schiller T., 2015	37
Figure 12 : Taux de participation des femmes à la première campagne de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus en Nouvelle-Calédonie (2011-2014).....	39
Figure 13 : Évolution du nombre total de doses de vaccin HPV Gardasil® et Cervarix vendues en Nouvelle-Calédonie dans les secteurs public et privé (Pharmagence, 2015)	40
Figure 14 : Pourcentage de personnes en population générale se déclarant pour, contre, sans opinion et « ça dépend des vaccins » envers la vaccination en général, 2015	41
Figure 15 : Description de l'échantillon de population interrogée dans l'étude d'opinion sur la vaccination en population générale en Nouvelle-Calédonie, 2015.....	53
Figure 16 : Implantation des établissements scolaires publics du second degré en Nouvelle-Calédonie, 2015	67

Figure 17 : Implantation des établissements scolaires privés du second degré en Nouvelle-Calédonie, 2015	67
Figure 18 : Évolution du taux de couverture vaccinale des filles de 12 ans par vaccin HPV avant et après la première campagne du programme de vaccination anti-HPV en milieu scolaire, 2016.....	74
Figure 19 : Circuit du vaccin Gardasil® lors de la première campagne du programme de vaccination anti-HPV en milieu scolaire, 2016.....	92
Figure 20 : Pourcentage de personnes en population générale déclarant se souvenir de la campagne de communication en lien avec le programme de vaccination anti-HPV en milieu scolaire, 2015	106
Figure 21 : Pourcentage de personnes en population générale déclarant avoir compris que les parents avaient effectivement le choix de faire vacciner ou non leur fille dans le cadre de la première campagne du programme de vaccination anti-HPV en milieu scolaire, 2015	106
Figure 22 : Pourcentage de personnes en population générale estimant que les parents avaient assez d'information pour choisir de faire vacciner ou non leur fille dans le cadre du programme de vaccination anti-HPV en milieu scolaire, 2015.....	107
Figure 23 : Pourcentage de personnes en population générale se déclarant pour, contre, sans opinion et ne connaissant pas la vaccination anti-HPV, 2015	118
Figure 24 : Pourcentage des raisons exprimées d'être contre le vaccin anti-HPV en population générale, 2015.....	123
Figure 25 : Estimation de répartition des 39 % de non-retour d'autorisations parentales lors de la première campagne du programme de vaccination HPV en milieu scolaire, 2016.....	173

6.2.2. Tableaux

Tableau 1 : Rang mondial d'indicateur de développement humain de différents pays (source CETOM 2007)	20
Tableau 2 : Répartition des médecins généralistes exerçant une activité curative par lieu d'exercice, 2014	29
Tableau 3 : Répartition des médecins spécialistes exerçant une activité curative par lieu d'exercice, 2014.	29
Tableau 4 : Composition des vaccins papillomavirus humains	36
Tableau 5 : Objectifs et critères d'évaluation de l'évaluation de la première campagne du programme de vaccination anti-HPV en milieu scolaire, 2016.....	47
Tableau 6 : Composantes de l'évaluation de la première campagne du programme de vaccination anti-HPV en milieu scolaire, 2016.....	47
Tableau 7 : Critères d'évaluation et questions évaluatives relatives à la première campagne du programme de vaccination anti-HPV en milieu scolaire, 2016.....	48
Tableau 8 : Calendrier de l'évaluation du programme de vaccination anti-HPV en milieu scolaire	60
Tableau 9 : Résultats de couverture vaccinale du public-cible (filles de 12 ans) à l'issue de la première campagne du programme de vaccination anti-HPV en milieu scolaire en Nouvelle-Calédonie, 2016.....	70
Tableau 10 : Résultats complémentaires de couverture vaccinale du public-cible (filles de 12 ans) à l'issue de la première campagne du programme de vaccination anti-HPV en milieu scolaire en Nouvelle-Calédonie, 2016.....	70
Tableau 11 : Évolution des effectifs et pourcentages du public-cible vacciné par vaccin HPV avant et après la première campagne du programme de vaccination anti-HPV en milieu scolaire, 2016.....	73
Tableau 12 : Nombre et répartition des filles nées en 2003 se situant en dehors du public-cible de la première campagne du programme de vaccination organisée en milieu scolaire, 2016.....	75
Tableau 13 : Participation des provinces à la mise en œuvre de la première campagne du programme de vaccination anti-HPV en milieu scolaire, 2016	81
Tableau 14 : Médecins réalisant la vaccination des filles du public-cible lors de la première campagne du programme de vaccination anti-HPV en milieu scolaire, 2016.....	82

Tableau 15 : Évaluation du respect de la chaîne du froid pour chaque étape du circuit du vaccin (2800 doses), 2016	96
Tableau 16 : Évaluation du respect de la chaîne du froid pour chaque étape du circuit du vaccin (442 doses), 2016	97
Tableau 17 : Pourcentage de séances annulées ou reportées lors de l'administration des deux doses de vaccin HPV dans le cadre de la première campagne du programme de vaccination HPV en milieu scolaire, 2016	103
Tableau 18 : Pourcentage de personnes en population générale et dans la tranche ayant au moins une fille de 12 à 20 ans, se déclarant pour, contre, sans opinion et ne connaissant pas la vaccination anti-HPV, 2015	119
Tableau 19 : Répartition par ordre de fréquence des raisons exprimées par les parents/tuteurs légaux de refus de vaccination de leur fille dans le cadre de la première campagne du programme, 2016.....	124
Tableau 20 : Type et nombre d'évènements indésirables post-vaccinaux survenus lors de la première campagne du programme de vaccination, 2016	133
Tableau 21 : Description des coûts récurrents et ponctuels dans le cadre du programme de vaccination anti-HPV en milieu scolaire, 2016.....	139
Tableau 22 : Mesure de l'ensemble des coûts de la première campagne du programme de vaccination anti-HPV en milieu scolaire, 2016.....	140
Tableau 23 : Répartition des postes de dépenses et du coût supporté selon le financeur lors de la première campagne du programme de vaccination HPV en milieu scolaire, 2016.....	141
Tableau 24 : Description des coûts récurrents et ponctuels dans le cadre de la vaccination opportuniste pour une campagne d'un an à taille équivalente du public-cible (n=827).....	142
Tableau 25 : Estimation de l'ensemble des coûts de la vaccination opportuniste pour une campagne d'un an à taille équivalente du public-cible (n=827)	142
Tableau 26 : Répartition des postes de dépenses selon le financeur lors de la vaccination opportuniste pour une campagne d'un an à taille équivalente du public-cible (n=827)	143
Tableau 27 : Différence de coûts entre les deux stratégies de vaccination, 2016.....	144
Tableau 28 : Comparaison des résultats de couverture vaccinale du programme de vaccination HPV en milieu scolaire et de ceux de l'enquête d'opinion sur la vaccination HPV en population générale, 2016....	172
Tableau 29 : Recommandations de mise en œuvre de recherche opérationnelles futures dans le cadre du programme de vaccination anti-HPV en milieu scolaire, 2016	175
Tableau 30 : Tableau récapitulatif de la méthodologie d'évaluation de la première campagne de programme de vaccination anti-HPV en milieu scolaire, 2016	233
Tableau 31 : Estimation du niveau de probabilité de perte vaccinale pour chacune des raisons possibles de perte décrites par l'OMS, dans le cadre de la première campagne du programme de vaccination HPV en milieu scolaire, 2016	237
Tableau 32 : Mesure de l'ensemble des coûts détaillés de la première campagne du programme de vaccination anti-HPV en milieu scolaire, 2016	254
Tableau 33 : Estimation de l'ensemble des coûts détaillés de la vaccination opportuniste pour une campagne d'un an à taille équivalente du public-cible (n=827)	254

6.3. Définitions et synonymes

6.3.1. Définitions

Afin de délimiter notre périmètre, les définitions précises des termes employés sont décrites.

- **Différents niveaux d'organisation en santé publique**

Le programme de vaccination anti-HPV en milieu scolaire en Nouvelle-Calédonie répond à la définition de programme de santé telle qu'établie par Pineault et Daveluy en 1990 (51) :

« Un programme de santé est constitué par un ensemble de ressources réunies et mises en œuvre pour fournir à une population définie des services organisés de façon cohérente dans le temps et dans l'espace, en vue d'atteindre des objectifs déterminés en rapport avec un problème de santé précis. »

Un programme est l'ensemble des moyens physiques, humains et financiers organisés dans un contexte spécifique, à un moment donné, pour produire des biens ou des services dans le but de modifier une situation problématique. La notion de programme de santé s'applique aussi bien à la prévention et la promotion de la santé qu'aux services de soins ou sociaux. Il existe d'autres définitions du terme de programme de santé. Toutes décrivent les mêmes éléments constitutifs à savoir des ressources organisées, des activités ou des services réalisés par des acteurs, destinés à des groupes cibles ou bénéficiaires, des objectifs liés à des situations problématiques, un contexte donné, des résultats et des conséquences ou un impact. Ces éléments sont aussi les principaux points d'entrée de l'évaluation de programme de santé.

La première campagne de ce programme de vaccination correspond à sa première année de mise en œuvre ciblant une génération complète de la population ciblée par le programme, qui correspond aux filles de 12 ans scolarisées en collèges publics et privés sous contrat.

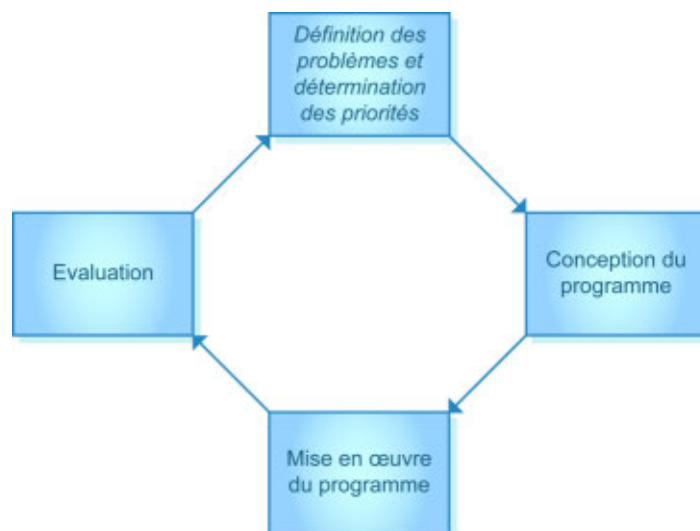
Le terme de vague désigne l'ensemble de l'organisation relative à l'administration d'une dose auprès du public-cible. Le vaccin anti-HPV choisi dans le cadre du programme est le Gardasil® dont le schéma vaccinal prévoit l'administration de deux doses à six mois d'intervalle pour les enfants de 12 ans. Chaque campagne du programme de vaccination est donc constituée de deux vagues, espacées de six mois.

- **Évaluation d'un programme de santé**

L'évaluation d'un programme permet de porter un jugement de valeur sur une intervention en mettant en œuvre un dispositif permettant de fournir des informations scientifiquement valides sur cette intervention ou sur n'importe laquelle de ses composantes, de façon à ce que les différents acteurs concernés soient en mesure de prendre position sur l'intervention et de construire un jugement qui puisse se traduire en actions.

On retrouve dans cette définition les trois éléments de l'évaluation : la collecte d'informations, l'appréciation critique et la prise de décisions. Les trois composantes des interventions qui constituent un programme peuvent être évaluées : les moyens, les processus et les résultats.

L'évaluation se place dans le cycle de la planification. Classiquement, l'évaluation ferme la boucle de la planification. Elle doit être considérée comme une partie intégrante et continue du travail d'ensemble de la planification : elle est un processus d'analyse présent à chaque étape comme en fin d'action.



Place de l'évaluation dans le cycle de planification. D'après Pineault et Daveluy, 1995

6.3.2. Synonymes

Les termes suivants sont employés comme synonymes tout au long de la thèse.

- **Individuel et organisé**

Pour plus de clarté, nous emploierons indifféremment les termes de dépistage individuel, spontané ou opportuniste du cancer du col de l'utérus. Par exemple, en France il existe actuellement un programme national de dépistage opportuniste du cancer du col. Le dépistage individuel s'oppose au dépistage organisé (DO). Par exemple, en Nouvelle-Calédonie il existe actuellement un programme de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus.

De la même manière, nous emploierons indifféremment les termes de vaccination individuelle, spontanée ou opportuniste. Par exemple, en France la vaccination HPV est opportuniste. Celle-ci s'oppose à la vaccination dite organisée. Il existe actuellement en Nouvelle-Calédonie un programme de vaccination HPV organisé en milieu scolaire.

- **Public-cible**

Pour plus de clarté, nous emploierons indifféremment les termes de public-cible, population-cible, « filles de 12 ans » ou « filles », tout au long du document.

6.4. Article 14 de la délibération N°45/CP du 20 avril 2011

Article 14 (20): Après l'article 18 de la délibération n° 21/CP du 4 mai 2006 susvisée, il est inséré un article 18 *bis* ainsi rédigé :

“Article 18 *bis* : Vaccination contre les infections à papillomavirus humains (HPV)

La vaccination contre les infections à papillomavirus humains est recommandée pour toutes les jeunes filles âgées de douze ans.

Ces jeunes filles pourront être vaccinées jusqu'à l'âge de quatorze ans révolus.

Les vaccinations effectuées dans le cadre des deux alinéas précédents sont prises en charge gratuitement, sans avance de frais, par les organismes de protection sociale (consultation, injection et vaccin).

La vaccination contre les infections à papillomavirus ne se substitue pas au dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus par le frottis cervico-utérin. Toutes les femmes vaccinées ou non vaccinées doivent continuer à bénéficier du dépistage selon les recommandations en vigueur. Les modalités de la vaccination sont les suivantes :

- Pour le vaccin quadrivalent, trois injections administrées à zéro, deux et six mois, respectant un intervalle de deux mois entre la première et la deuxième injections et un intervalle de quatre mois entre la deuxième et la troisième injections.

- Pour le vaccin bivalent, trois injections administrées à zéro, un et six mois, respectant un intervalle d'un mois après la première injection et de cinq mois après la deuxième injection.

- Les trois injections devront être réalisées avec le même vaccin.

Un registre central de vaccination tenu par la direction des affaires sanitaires et sociales de la Nouvelle-Calédonie devra obligatoirement être établi afin de s'assurer de la vaccination complète de chaque jeune fille ainsi que du suivi de la pharmacovigilance dont les modalités de fonctionnement sont définies par arrêté du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie.

Selon des modalités prévues par arrêté du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie, les firmes produisant ou amenées à produire un vaccin contre le papillomavirus humain ont l'obligation de promouvoir simultanément dans leur communication l'utilisation de ce vaccin et le dépistage des lésions du col de l'utérus.”



**COMPTE RENDU DE LA REUNION RELATIVE AU BILAN
DE LA CAMPAGNE DE VACCINATION ANTI-HPV AU COLLEGE
Vendredi 4 décembre 2015 à 14 h**

Présents :

Dr Isabelle de FREMICOURT, médecin de prévention de la DACAS
Dr Pascale DOMINGUE MENA, médecin de santé publique de la DASSPS
Dr Anne PFANNSTIEL, médecin de santé publique, DASSNC
Dr Catherine LEHMANN, médecin responsable de la santé scolaire au Vice-Rectorat
Dr Catherine CHARLIER, Chef du service gynécologie-obstétrique du CHT de Nouvelle-Calédonie
Dr Patrick PECHOUX, pharmacien de la DACAS
Mme Rolande TROLUE, collaboratrice de Mme EURISOULKE, présidente du conseil d'administration
Dr Leslie BAILLEUL, représentante de la DFPASS
Mr Jean-France TOUTIKIAN, UGPE
Dr Frédérique DUCROCCQ, pharmacienne de la DASS
Mme Adèle XEWE, représentante de l'ASEE
Mme Carole RAJEWSKI, infirmière scolaire de la DDEC
Mme Alexia VIDAL, Interne DASSNC
Mme Christelle BOURGEOIS, infirmière scolaire de la DDEC
Mme MAIDER EYHERABIDE, ASSNC/DENC
Dr Bernard ROUCHON, directeur de l'ASSNC
Dr Emmanuelle SIBILLE, ASSNC
Mr Loïc BROQUART, ASSNC
Mme Sonia SOREL, ASSNC
Mme Nathalie BOUNIOLS, Interne ASSNC

Ordre du jour

- 1- Présentation des résultats de la première campagne
- 2- Décision technique quant au maintien ou l'arrêt du programme de vaccination anti-HPV au collège.

La présentation des résultats de cette campagne est jointe au compte rendu.

6.5. Exemple de compte-rendu et diaporama de réunion de COPIL

1. Présentation des résultats de la première campagne :

Le cancer du col de l'utérus est un cancer évitable grâce à deux moyens complémentaires :

- Le dépistage par frottis tous les 3 ans de 20 à 65 ans,
- La vaccination des nouvelles générations, par un vaccin anti-HPV.

Or, en Nouvelle-Calédonie, bien que le nombre de cas de cancers du col de l'utérus soit 2 à 3 fois supérieur à celui de la Métropole ou de l'Australie, la participation au dépistage organisé du col de l'utérus atteint 38 %, et, le nombre de doses de vaccins anti-HPV vendues en pharmacie ne cesse de diminuer depuis 2010.

De plus, il s'avère que les femmes qui ne se font pas dépister (frottis de dépistage tous les trois ans), ont tendance à moins faire vacciner leur fille.

La vaccination anti-HPV est inscrite sur le calendrier vaccinal calédonien depuis 2011. Elle y est, actuellement, recommandée à l'âge de 12 ans.

Un comité de pilotage réunissant les institutions calédoniennes a suivi l'avis du Haut Conseil de Santé Publique, et, propose que l'ASSNC se charge de l'organisation d'une campagne de vaccination anti-HPV au collège. Cette proposition a été validée par le conseil d'administration en 2014.

L'organisation de cette campagne vise un double objectif :

- Proposer à toutes les jeunes filles de 12 ans un accès facile à cette vaccination et donc participer à la réduction des inégalités de santé face à ce cancer qui touche principalement à femme océanienne,
- Diminuer les coûts de la vaccination anti-HPV,
- Mieux répertorier les effets indésirables, suivre les cohortes de jeunes filles vaccinées et entraîner une protection de population.

Pour que la vaccination soit complète, deux doses de vaccins sont nécessaires. La 1^{ère} dose a été réalisée entre du 21 septembre au 20 novembre 2015. Une équipe mobile de vaccination composée d'un médecin et d'un infirmier s'est rendue dans tous les établissements publics et privés sous contrat, pour proposer une vaccination aux jeunes filles de 12 ans, sous réserve d'autorisation parentale.

Bien que cette première campagne ait rencontré quelques contestations (EPLP, UGPE, pétition pour l'arrêt de la vaccination/92 signatures), plus de 850 jeunes filles de 12 ans ont reçu une 1^{ère} dose de vaccin anti-HPV.

L'administration de la seconde dose est prévue entre les mois de mars et mai 2016, soit 6 mois après l'injection de la seconde dose.

Pour plus de précision d'information concernant cette première campagne, se référer au document de présentation fourni en pièce jointe.

2. Discussion :

Malgré les écarts rencontrés, les taux de participation notamment en province Nord et îles Loyauté sont encourageants. Il s'agit des territoires les plus fortement touchés par les diverses infections sexuellement transmissibles, notamment les condylomes. L'incidence standardisée du cancer du col de l'utérus par province est également plus importante en province Nord et îles Loyauté.

Dans l'hypothèse d'un prolongement de la campagne de vaccination, la communication devra être renforcée, notamment au sein des établissements scolaires, auprès des équipes éducatives, et afin de faciliter le choix des parents. Cette information doit comporter un volet sur l'impact du cancer du col de l'utérus sur la qualité de vie des femmes.

Le taux de refus de vaccination à 18 % montre bien que la capacité décisionnelle des parents est bien présente et a été exercée.

Il était demandé au collège de récupérer un maximum d'autorisation (accord et refus) malgré ce, 36% des autorisations parentales n'ont pas été récupérées, entraînant une non vaccination des jeunes filles concernées. Il est impossible à ce stade de connaître les sens de ces autorisations non retournées.

Le cas de la vaccination des garçons a été abordé. Selon l'évolution de la campagne, cette stratégie pourrait avoir un intérêt, mais, à ce jour les vaccins anti-HPV n'ont pas l'autorisation de mise sur le marché pour les personnes de sexe masculin en métropole.

La province nord précise que ses sages-femmes ont été sollicitées la première fois depuis la mise en place du vaccin en 2011 par des mamans voulant faire vacciner leurs filles à la suite de la campagne de communication et encourage à la poursuivre.

3. Propositions :

a. Améliorer la communication auprès des familles.

Une réunion d'information pourrait être systématiquement proposée dans chaque collège. Cependant, la forme et les modalités d'organisation de cette réunion seront propres à chaque établissement. Ces réunions pourraient être co-animées, selon les disponibilités, par l'ASS-NC ou ses partenaires, provinces et Vice-Rectorat notamment.

b. Améliorer la communication auprès des établissements scolaires.

Divers outils peuvent être utilisés pour majorer l'information au sein des établissements scolaires. Il serait souhaitable que la distribution des autorisations parentales soit effectuée par une personne informée qui serait plus disposée à accompagner cette distribution.

Il existe un outil de communication entre le collège et la famille. Il s'agit du logiciel « Pro-note ». Ce pourrait être un canal de diffusion d'information à destination des parents.

Dans chaque établissement, il existe un comité d'éducation santé et citoyenneté (CESC). Cette organisation, qui n'est cependant pas active partout, pourrait être utilisée pour transmettre de l'information auprès des familles et des enseignants. Ce comité se réunit au moins une fois en début d'année et une fois en fin d'année. La campagne de vaccination anti-HPV pourrait être mise à l'ordre du jour de la première réunion de ce comité. Il est important de noter que, dans les faits, le CESC n'est pas actif dans tous les établissements.

Enfin, une information aux professeurs pourrait être délivrée au moment de la pré-rentrée.

De manière générale, on estime que les opérations de communication menées directement auraient un meilleur impact lorsqu'elles sont animées par des femmes. Le dialogue serait plus facile et les femmes poseraient plus aisément leurs questions.

c. Améliorer la distribution/récupération des autorisations parentales.

Bien que la distribution/récupération des autorisations parentales doive être améliorée, il est à préciser que l'ASS n'a aucune autorité au sein des établissements scolaires. Il s'agit là d'une organisation interne à chaque collège.

d. Améliorer la coordination avec la province des îles Loyauté.

Dans l'hypothèse d'une prolongation de la campagne, la collaboration entre la province des îles Loyauté et l'ASSNC devra être renforcée. Il sera notamment nécessaire de favoriser l'implication des professionnels de santé provinciaux.

4. Conclusion :

Les personnes présentes ont été plutôt satisfaites du bilan de cette première campagne de vaccination anti-HPV avec des résultats hétérogènes mais très encourageants.

L'ensemble des membres de ce comité technique s'est montré favorable à la poursuite de cette campagne de vaccination.

Dans l'hypothèse d'une poursuite de la campagne, l'information devra être améliorée et plus largement diffusée ce que la répétition même de la campagne de vaccination va tendre à faire.

Les données concernant chaque collège du Nord et des îles seront transmises aux médecins de prévention de façon à ce qu'ils dirigent leurs moyens disponibles, vers les établissements ayant eu des difficultés.


Le directeur
de l'agence sanitaire et sociale
de la Nouvelle-Calédonie
Dr Bernard ROUCHON

PJ : Présentation des résultats de la campagne.

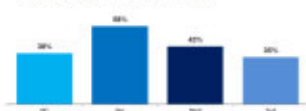
CAMPAGNE DE VACCINATION ANTI-HPV DANS LES COLLEGES

ETAT DES LIEUX

• Dépistage du cancer du col de l'utérus :

Existe depuis 1994, généralisé et organisé par l'ASSNC depuis 2011
 → Une participation qui reste loin des objectifs de participation (70%)

Taux de participation au dépistage organisé
du cancer du col de l'utérus - campagne 1 (2011-2014)



Pour rappel : En Nouvelle-Calédonie, 50% des femmes chez qui un cancer a été diagnostiqué n'avaient jamais fait de frottis (ou hors recommandation +++)

LE CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

- Reconnu comme priorité de santé publique depuis 1994 (Délibération n°92 du 11/08/1994)
- Deux fois plus de cas en Nouvelle-Calédonie qu'en France ou en Australie.
- Un cancer qui touche particulièrement les femmes océariennes
- Un cancer qui apparaît tôt dans la vie des femmes
- Des cancers encore diagnostiqués tardivement
 En Nouvelle-Calédonie, 20% des femmes ayant un cancer invasif décèdent dans les 2 ans après le diagnostic

Pourtant, c'est un cancer évitable :

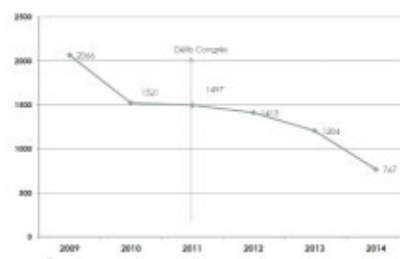
- Dépistage (frottis tous les 3 ans)
- Vaccination des nouvelles générations (Gardasil/Cervarix)

Ces deux actions sont complémentaires

ETAT DES LIEUX

• Vaccination anti-HPV

Nombre de doses de Gardasil délivrées en pharmacie



⚠ Schéma à 3 doses jusqu'au 4 Avril 2014

Création d'un comité de pilotage pour organiser une réflexion autour de la prévention du cancer du col de l'utérus.



Organisation d'une campagne de vaccination anti-HPV au collège (recommandation HCSP - septembre 2014)

L'organisation de cette campagne a été confiée à l'ASSNC.

INTÉRÊT D'UN SYSTÈME ORGANISÉ

Vaccination opportuniste (10 personnes vaccinées (3 doses))	Vaccination organisée (99 personnes vaccinées (3 doses))
Consultations: 10 375 XFP Prix du vaccin: 17 652 XFP Pas d'organisation	Pas de consultation Prix du vaccin: 10143 XFP Coût lié à l'organisation: 14 700 000 XFP
Total = 38 781 471 XFP	Total = 33 923 153 XFP

Différence : 4 858 318 XFP

+ Un accès à cette vaccination plus égalitaire

PRINCIPE DE LA CAMPAGNE DE VACCINATION

• **Cible :**
Les filles de 12 ans scolarisées en collège (DDN : 2003)
(Délibération n° 45/CP du 20/04/2011)

• **Lieu :**
L'ensemble des collèges de NC publics et privés
Financement / aide technique :

- ASSNC
- CAFAT
- Provinces
- Vice-rectorat
- DASS-NC

PRINCIPE DE LA CAMPAGNE DE VACCINATION

- Une vaccination qui est proposée aux parents (**accord parental obligatoire**)
- Une vaccination offerte
- Vaccination par une équipe mobile de vaccination (1 infirmier + 1 médecin)

PRINCIPE DE LA CAMPAGNE DE VACCINATION

- Vaccin proposé : Gardasil®
 - ➔ Cancer du col
 - ➔ Condylomes
- Deux doses à 6 mois d'intervalle

ORGANISATION

Planification



ENQUÊTE PRÉLIMINAIRE AUPRÈS DES JE DE 5ÈME - JUIN 2015 -

- Questionnaire / échantillon : n = 35
 - 8 collèges (Grand Nouméa)
- La majorité n'en avait pas entendu parler (n = 23; 66%)
- La majorité aimerait être vaccinée (n = 22; 63%)
- Pour celles qui ne veulent pas : peur des piqûres en première modalité...
- Verbatim :
 - Risques liés au vaccin (i: Quels sont les risques ? ii: Est-ce dangereux ? iii: Quelles sont les conséquences si ça se passe mal ? iv...)
 - Existence ou non de rappels (i: Est-ce à faire tous les ans ? ii: Combien de fois doit-on le faire ? iii...)

COMMUNICATION

Après des professionnels de santé :

- Au préalable du lancement de la campagne :
 - Présentation du programme aux infirmières scolaires de Nouvelle-Calédonie.
 - Intervention du Pr Graesslin sur le thème de la vaccination anti HPV (disponible en ligne sur www.ugpe.nc), lors d'une soirée médicale.
 - Visite d'un délégué de santé publique auprès des médecins du Grand Nouméa.
 - Rencontre avec les médecins de la province Sud.



COMMUNICATION

Après du grand public :

- Intervention du Pr Graesslin sur divers média (NC première TV/ NC TV/ NC première radio/ RRB / Les nouvelles Calédoniennes).
- Une campagne de communication grand public (TV/Radio/ Affiche/ Facebook).
- Un dépliant d'information distribué avec les autorisations parentales.
- Participation à une réunion de l'UGPE.
- Réunions d'information dans les collèges en fonction des demandes.



QUELQUES CONTESTATIONS COLLECTIVES

Une pétition contre la vaccination anti HPV en Nouvelle-Calédonie (P2 signataires au 02/12/2015 15.474 + Joëlle + sur la page Facebook de la vaccination). Reprenez des arguments du P1 (2014).

Un communiqué de presse EPLP

Un communiqué de presse de l'UGPE + Facebook UGPE



ELEMENTS QUALITATIFS

Dr Emmanuelle SBILLE

- Accueil globalement positif dans les établissements (principal, infirmière, secrétaire, éducateur spécialisé...)

- Engouement des filles vaccinées lors de la présentation du vaccin et de quelques messages de prévention (questions, échanges)

LES QUELQUES APPRÉHENSIONS DES FILLES VENUES SE FAIRE VACCINER

- « est-ce-que je vais être paralysée », « est-ce-que je vais mourir », « est-ce-que je vais être stérile »
- Messages provenant de copines, des parents ou de professeurs parfois
- Climat de stress propice à des plaintes psychosomatiques et des maux
- Les filles exprimant leur refus d'être vaccinées dans ce contexte, malgré l'accord des parents, n'ont pas été vaccinées



POUR LES FILLES TROP ANGOISSÉES, MALADES, ABSENTES OU N'AYANT PAS RENDU À TEMPS LEURS AUTORISATIONS PARENTALES

- 2nd passage dans les établissements du Grand Nouméa si besoin
- Vaccins laissés à disposition au dispensaire dans les Provinces Nord, Iles et Sud hors Grand Nouméa



LES EFFETS INDÉSIRABLES CHEZ LES FILLES VACCINÉES

- 9 maux
- 9 céphalées
- 1 nausée
- 1 gonflement au site d'injection
- 7 douleurs du site d'injection avec recours au paracétamol
- => tous ces effets indésirables sont connus, et décrits comme fréquents à très fréquents pour ce vaccin



LES CRAINTES DES PARENTS

- Certains parents d'élèves ont participé à des réunions d'informations organisées au sein des collèges (Canala)
- ...d'autres sont venus avec leurs filles pour poser des questions le jour de la vaccination dans le collège
- Deux pétitions contre la vaccination anti-HPV ont circulé (« effets secondaires ne sont pas maîtrisés », « efficacité non démontrée »)



LES MOTIFS DE REFUS DE LA VACCINATION:

- Globalement un manque d'informations sur ce vaccin et la demande d'informations supplémentaires
- « pas assez de recul », « je ne veux pas que ma fille serve de cobaye », « effets secondaires trop graves et invalidants », « nous n'avons pas confiance »
- « je préfère le dépistage par frottis »
- « le vaccin contient de l'aluminium »
- « trop jeune », « la vie sexuelle commence beaucoup plus tard »



LES REMARQUES DU PERSONNEL DES ÉTABLISSEMENTS SCOLAIRES

- Manque d'informations aux parents d'élèves, aux professeurs
- Un établissement a fait la demande d'une réunion d'information aux parents d'élèves avant notre passage (éducatrice sanitaire et sage femme de Ponérihouen sont intervenues dans le collège)



LES FREINS RENCONTRÉS DANS LES ÉTABLISSEMENTS:

- Certaines infirmières scolaires n'ont pas participé activement à la récupération des autorisations et refus parentaux, souvent par convictions personnelles
- D'autres ne souhaitent pas participer à la campagne, en évoquant une charge de travail trop importante



RÉSULTATS

- 849 jeunes filles vaccinées
- 18 % de refus
- 36 % de non retour des autorisations parentales
- 5,5 % de vaccinations non réalisées (autorisation non obtenue ou pas de fait vacciné)



Nouvelle-Calédonie : 41,4%



6.6. Outils de communication

6.6.1. Affiche (A4)



En partenariat avec :



Pour tous renseignements :
Dépistage des cancers féminins
Vaccination anti HPV
Tél : 25 07 65
depistage.col@ass.nc
Vaccination Anti HPV



6.6.2. Spot TV (39'')

Texte du spot TV:

Voix Femme :

La vie de votre enfant est précieuse. Vous ne pourrez pas la protéger de tous les dangers qui nous entourent. Mais contre le virus, responsable du cancer du col de l'utérus,

Il existe une solution : le vaccin anti-HPV.

Alors en 2015 l'Agence Sanitaire et Sociale de la Nouvelle-Calédonie organise une grande campagne de vaccination gratuite, proposée au collège, pour toutes les filles de 12 ans.

Protégez votre fille, signez l'autorisation parentale.

Pour plus d'informations, parlez-en avec votre médecin.

Voix Homme :

Ceci est un message de l'Agence Sanitaire et Sociale de la Nouvelle-Calédonie.

Extrait du spot TV (01')



6.6.3. Spot radio (29'')

Texte du spot radio :

Voix Femme :

La vie de votre enfant est précieuse. Vous ne pourrez pas la protéger de tous les dangers.

En revanche, contre le virus, responsable du cancer du col de l'utérus,

Il existe une solution : le vaccin anti-HPV.

C'est pourquoi, en 2015, l'Agence Sanitaire et Sociale de la Nouvelle-Calédonie organise une grande campagne de vaccination gratuite, proposée au collège, pour toutes les filles de 12 ans.

Protégez votre fille, signez l'autorisation parentale.

Pour plus d'informations, parlez-en avec votre médecin.

Voix Homme :

Ceci est un message de l'Agence Sanitaire et Sociale de la Nouvelle-Calédonie.

6.6.4. Dépliant à destination des parents (A5, 4p)



En partenariat avec :



Pour tous renseignements :
Dépistage des cancers féminins
Vaccination anti HPV
Tél : 25 07 65
deplstage.col@ass.nc
Vaccination Anti HPV



CAMPAGNE DE VACCINATION POUR AMÉLIORER LA PRÉVENTION DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS PROPOSÉE DANS LES COLLÈGES



Le cancer du col de l'utérus est une maladie qui touche particulièrement les calédoniennes. Il y a près de deux fois plus de cas en Nouvelle-Calédonie qu'en Métropole ou en Australie.

Aujourd'hui, le cancer du col de l'utérus peut être évité grâce à deux moyens complémentaires :

- Le dépistage par frottis pour diagnostiquer et ensuite traiter la maladie le plus rapidement possible.
- La vaccination contre les virus pouvant entraîner l'apparition d'un cancer du col de l'utérus.



POURQUOI PROPOSER CETTE VACCINATION AU COLLÈGE ?

Pour permettre à tous les parents qui le souhaitent de faire vacciner gratuitement leur enfant en toute simplicité.

UNE VACCINATION POUR QUI ?

Pour les jeunes filles qui ont 12 ans dans l'année.

Où ?

Des séances de vaccinations sont proposées dans tous les collèges publics et privés. Ces séances se dérouleront dans l'infirmerie ou dans une pièce prévue à cet effet par le chef d'établissement.



QUI VACCINERA MA FILLE ?

Les deux doses du vaccin seront administrées par un médecin de l'ASSNC. Il sera accompagné par une infirmière.

QUAND ?

La date de la séance de vaccination sera affichée dans chaque collège et sera consultable sur le site de l'ASS-NC : www.ass.nc

Quel vaccin ?

Le vaccin utilisé dans le cadre de la campagne de vaccination au collège est le Gardasil®. Ce vaccin a en effet l'avantage de protéger à la fois contre les virus responsables de la majorité des cancers du col de l'utérus mais aussi contre ceux entraînant d'autres maladies (verrues génitales/cancer de l'anus...)

Le Gardasil® sera utilisé sur la base des recommandations officielles, soit, deux doses réalisées à 6 mois d'intervalle.

Toutes les informations concernant ce vaccin sont disponibles sur le site de la Haute Autorité de Santé (HAS) : www.has.fr et sur le site de l'ASS-NC : www.ass.nc

EFFICACITÉ DU VACCIN

Ce vaccin est efficace à près de 95 % dans la prévention du cancer du col et à près de 100 % dans la prévention des verrues génitales.

SÉCURITÉ DU VACCIN

Avant qu'un vaccin ou un médicament ne soit utilisé sur l'ensemble du territoire français, il doit être autorisé par l'agence nationale de sécurité du médicament (ANSM). Chaque vaccin est évalué et l'efficacité repose sur des preuves scientifiques (essais cliniques) avant qu'ils ne soient mis sur le marché.

Les bénéfices de cette vaccination en termes de santé publique sont plus importants que les risques éventuels.



EFFETS SECONDAIRES

La plupart des vaccins peuvent provoquer des réactions de courte durée qui sont sans gravité (rougeur, douleur, démangeaisons, fièvre, maux de tête...) et qui ne nécessitent pas de traitement spécial. Dans de très rares cas, d'autres effets secondaires sont possibles, comme des malaises bénins transitoires et des réactions allergiques.

Et bien sûr comme pour tout médicament, un individu peut déclencher une réaction allergique allant jusqu'au choc anaphylactique.

SÉCURITÉ DE LA VACCINATION

Dans le cadre de la campagne de vaccination au collège, les élèves sont gardés en surveillance 15 minutes après l'injection.

Pour plus d'informations concernant la vaccination, n'hésitez pas à en parler à votre médecin.

QUE FAIRE SI JE SOUHAITE QUE MA FILLE SOIT VACCINÉE ?

Je remplis l'autorisation parentale, je la signe dans la partie « **JE DONNE MON ACCORD.** » et la remets au collège le plus rapidement possible.

QUE FAIRE SI JE REFUSE QUE MA FILLE SOIT VACCINÉE ?

Je remplis l'autorisation parentale, je la signe dans la partie « **JE NE DONNE PAS MON ACCORD.** » et la remets au collège le plus rapidement possible.

INFOS

- Sans votre accord, votre enfant ne sera pas vacciné.
- Au collège, votre fille sera vaccinée par un médecin.

Agence sanitaire et sociale de la Nouvelle-Calédonie

Tel : 25 07 65

16 rue du Général Gallieni, Nouméa

e-mail : depistage.col@ass.nc

6.6.5. Fiche d'autorisation parentale

www.ass.nc

PRÉVENTION DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

PROGRAMME DE VACCINATION EN MILIEU SCOLAIRE

Vaccin recommandé pour les jeunes filles âgées de 12 ans.

AUTORISATION PARENTALE

Comment remplir cette autorisation parentale ?

1. Je lis les informations sur la vaccination anti-HPV (dépliant ci-joint).
2. Je complète et signe cette autorisation parentale au stylo.
3. Si j'accepte que ma fille soit vaccinée, je complète le questionnaire médical.
4. Je la retourne au collège dès qu'elle est signée.



Informations concernant l'élève :

Nom : Prénom :

Date de naissance :/...../200.....

Adresse :

BP : Code postal : Commune :

Nom du collège : Classe :

Informations concernant les parents ou tuteurs légaux :

Nom : Prénom :

Tél. domicile : Tél. portable :

Parents/tuteurs légaux, merci de dater et signer l'une des 2 options ci-dessous :

OUI, JE DONNE MON ACCORD pour que l'enfant mentionné ci-dessus, reçoive deux doses du vaccin anti-HPV. J'ai lu et compris les informations qui m'ont été données au sujet de la vaccination, y compris les risques associés et effets secondaires. Je comprends que les détails au sujet de la vaccination de mon enfant seront transmis à la Direction des Affaires Sanitaires et Sociales de Nouvelle-Calédonie pour la tenue du registre vaccinal calédonien.

Date :
Signature du parent/tuteur :

NON, JE NE DONNE PAS MON ACCORD pour que l'enfant mentionné ci-dessus reçoive le vaccin anti-HPV. J'ai lu et compris les informations qui m'ont été données au sujet de la vaccination, y compris les risques associés et effets secondaires.

Date :
Signature du parent/tuteur :

Par avance, merci de bien vouloir répondre aux questions ci-dessous :

- J'ai prévu une vaccination avec notre médecin de famille
- Mon enfant a déjà été vacciné ou sa vaccination est en cours
- Autre :

Les informations enregistrées sont réservées. L'usage de l'ASS-NC et ne peuvent être communiqués qu'à la direction des affaires sanitaires et sociales de la Nouvelle-Calédonie, pour la tenue du registre de vaccination. Conformément aux articles 39 et suivants de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée en 2004 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, toute personne peut obtenir communication et, le cas échéant, rectification ou suppression des informations la concernant, en s'adressant à l'ASS-NC.

Pour tous renseignements :
Dépistage des cancers féminins
Vaccination anti HPV
depistage.col@ass.nc
Tél : 25 07 65
 Vaccination Anti HPV



QUESTIONNAIRE MÉDICAL

Merci de répondre à un maximum de questions ; en cas de difficulté, vous pouvez vous adresser à un professionnel de santé.

Cochez la bonne case svp :		Oui	Non	Ne sait pas
1.	A-t-elle déjà reçu une ou plusieurs doses de vaccin anti-HPV (Cervarix® ou Gardasil®) ?			
2.	A-t-elle eu une réaction grave lors d'une vaccination ou fait l'objet d'une contre-indication à une vaccination ?			
3.	A-t-elle une allergie aux protéines de l'œuf ou de poulet, à l'ovalbumine ou à certains médicaments ? (Ne pas signaler les intolérances digestives à la consommation d'œufs ou de viande de poulet)			
4.	Est-elle actuellement malade ou a-t-elle récemment été malade ? (Ne pas signaler les affections courantes : rhume, eczéma...)			
5.	A-t-elle fait ou fait-elle l'objet d'un suivi médical particulier ?			
6.	A-t-elle pris un traitement pendant plus de 30 jours ces derniers mois ?			
7.	A-t-elle une maladie induisant une baisse de l'immunité (leucémie, cancer, HIV/SIDA...)?			
8.	A-t-elle reçue un traitement induisant une baisse de l'immunité (cortisone, chimiothérapie, radiothérapie...)?			
9.	A-t-elle reçu une injection d'immunoglobuline ou une transfusion au cours des 3 derniers mois ?			

Si vous avez répondu Oui à l'une des questions ci-dessus, merci de bien vouloir nous donner plus de détails :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



6.6.6. Carnet de vaccination anti-HPV

Rappel

Comme pour tout médicament, il est important de faire part à votre médecin de tout effet indésirable que vous pourriez constater sur votre fille durant les 4 semaines suivant la vaccination.

Agence sanitaire et sociale de la Nouvelle-Calédonie
 16, rue du Général Gallieni, Nouméa
 Dépistage des cancers féminins
 Vaccination anti HPV
 Tél : 25 07 65
 Courriel : depistage.col@ass.nc
 Site : www.ass.nc
 Vaccination Anti HPV


www.ass.nc

Carnet de vaccination anti-HPV


Nom _____

Prénom _____

Date de naissance _____



Pour tous renseignements :
 Dépistage des cancers féminins
 Vaccination anti HPV
depistage.col@ass.nc
 Tél : 25 07 65
 Vaccination Anti HPV



1ère dose

Numéro de lot (coller l'étiquette) :

Identification du bras piqué : droit gauche

Signature du médecin (cachet) : _____

En cas de non vaccination, motif :

Absence
 Refus
 Contre-indication temporaire
 Autre :

.....

Date :

2ème dose

Numéro de lot (coller l'étiquette) :

Identification du bras piqué : droit gauche

Signature du médecin (cachet) : _____

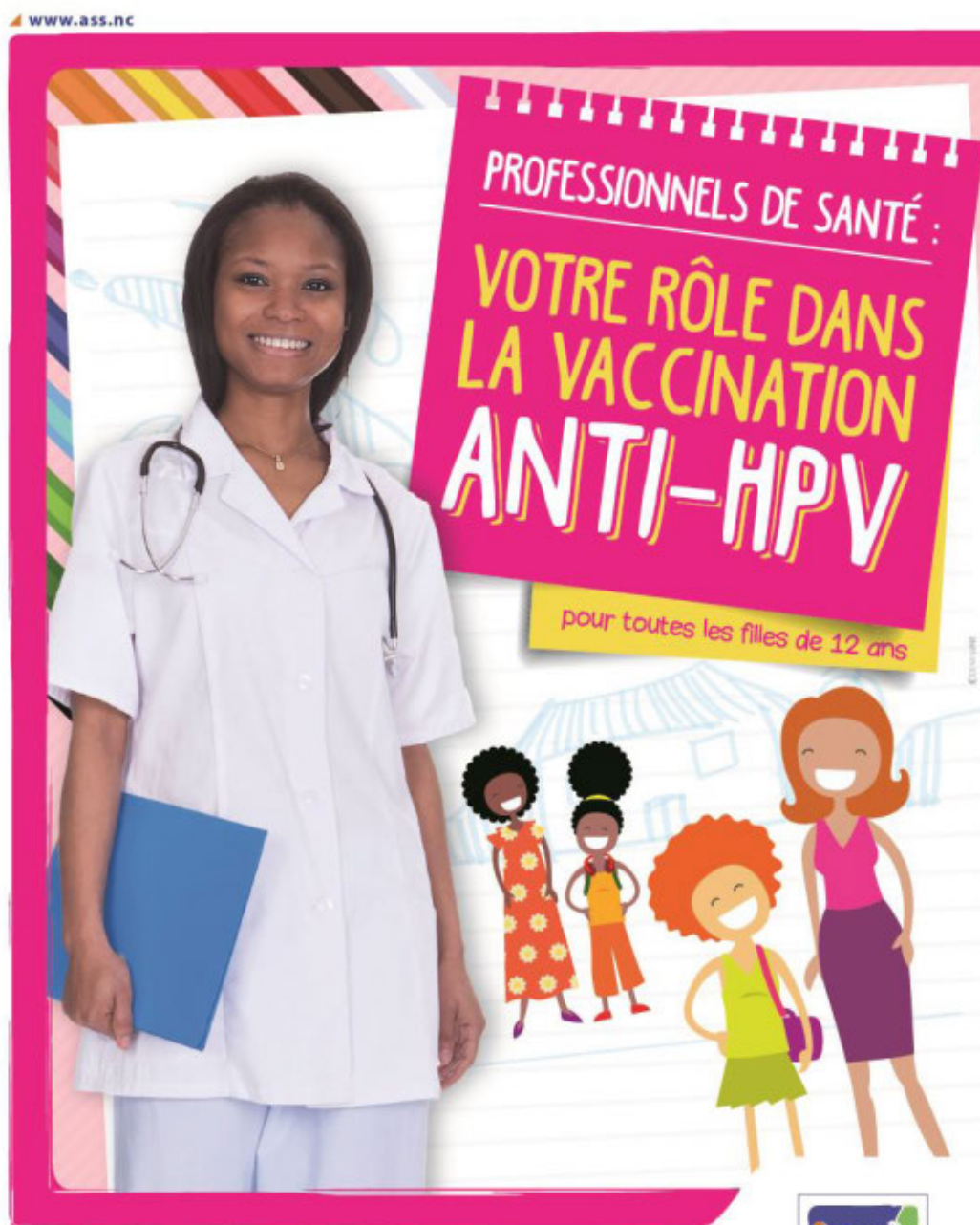
En cas de non vaccination, motif :

Absence
 Refus
 Contre-indication temporaire
 Autre :

.....

Date :

6.6.7. Dépliant à destination des professionnels de santé (A5, 4p)



En partenariat avec :



Pour tous renseignements :
Dépistage des cancers féminins
Vaccination anti HPV
Tél : 25 07 65
depistage.col@ass.nc
Vaccination Anti HPV



PROGRAMME DE VACCINATION ANTI-HPV EN MILIEU SCOLAIRE

La lutte contre le cancer du col de l'utérus en Nouvelle-Calédonie est une priorité de santé publique depuis 1994. En 2011, l'organisation du dépistage du cancer du col sur l'ensemble du territoire calédonien, a permis d'améliorer le recours au dépistage. Cependant, la participation reste très inégale et aujourd'hui, **la Nouvelle-Calédonie renforce la lutte contre cette maladie**

en organisant une campagne de vaccination anti-HPV à destination des filles âgées de 12 ans. Le vaccin sera administré par un médecin, au sein des collèges et complétera l'offre vaccinale existante. Cette vaccination, inscrite au calendrier vaccinal calédonien et métropolitain n'est pas obligatoire. Seules les filles dont les parents auront donné leur autorisation pourront bénéficier de la vaccination.

RECOMMANDATION :

Les conclusions du Haut Comité de Santé Publique mandaté par la Direction Générale de la Santé pour faire le point sur la polémique médiatique entourant les vaccins anti-HPV, ont conforté les institutions calédoniennes à poursuivre la mise en œuvre de tous les moyens existants pour agir contre cette maladie. En effet, le Haut Comité de Santé Publique a conclu qu'on peut agir efficacement sur la prévention du cancer du col en couplant deux stratégies, d'une part le dépistage organisé du cancer du col, d'autre part la mise en place d'un programme de vaccination de masse. Par ailleurs afin d'offrir un accès égal à la vaccination, il propose la mise en place de la vaccination en milieu scolaire.

Concernant la sécurité des vaccins, le Haut Comité de Santé Publique affirme que la balance bénéfices/risques est favorable.



LE VACCIN ANTI-HPV

A ce jour, le choix du Gardasil® vaccin quadrivalent pour la campagne de vaccination de masse s'est imposé du fait de son efficacité sur près de 100 % sur les condylomes acuminés, en sus de son efficacité à près de 95 % sur les lésions génitales pré-malignes.

LES EFFETS SECONDAIRES

Les données de pharmacovigilance, avec un recul de plus de 7 ans, au niveau national et international, ne permettent pas de retenir l'existence d'un lien de causalité entre la vaccination et les événements indésirables graves médiatisés en France (notamment sclérose en plaque et autres maladies auto-immunes qui se révèlent à l'adolescence). La durée de la protection est d'au moins 8 ans, bien que les anticorps deviennent non détectables 5 ans après la vaccination.

Le comité consultatif mondial de la sécurité vaccinale de l'OMS considère que les deux vaccins (Gardasil®/Cervarix®) présentent un excellent profil d'innocuité. Des réactions locales, notamment de la douleur au point d'injection (moindre pour le quadrivalent) sont fréquemment observées et restent spontanément résolutive et de courte durée.

SURVEILLANCE DU VACCIN ANTI-HPV

L'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé poursuit la surveillance renforcée sur ce vaccin, ainsi que les instances européennes et internationales. En Nouvelle-Calédonie, un registre de pharmacovigilance comportant entre autre, l'ensemble des jeunes filles vaccinées est tenue par la Direction des Affaires Sanitaires et Sociales.

LA VACCINATION ANTI-HPV À TRAVERS LE MONDE

En Août 2014, 58 pays avaient introduit le vaccin anti-HPV dans leur calendrier vaccinal. Certains pays comme l'Australie et les Etats-Unis le recommandent également chez les garçons.



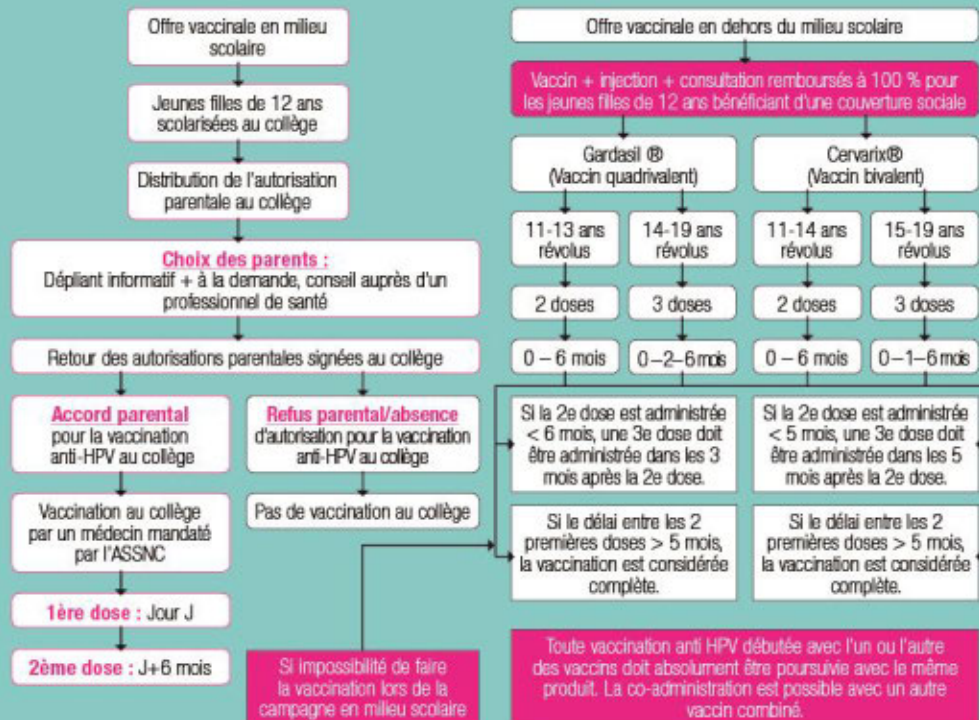
VOTRE RÔLE

La relation de confiance que vous entretenez avec vos patientes vous place au cœur de ce programme de santé publique. Les parents de jeunes filles en âge d'être vaccinées s'adresseront préférentiellement à vous pour un conseil.

Vous êtes en mesure de compléter l'offre vaccinale proposée par l'ASSNC et ainsi contribuer à l'atteinte d'un taux de couverture vaccinal élevé permettant une immunité à l'échelle de la population calédonienne.

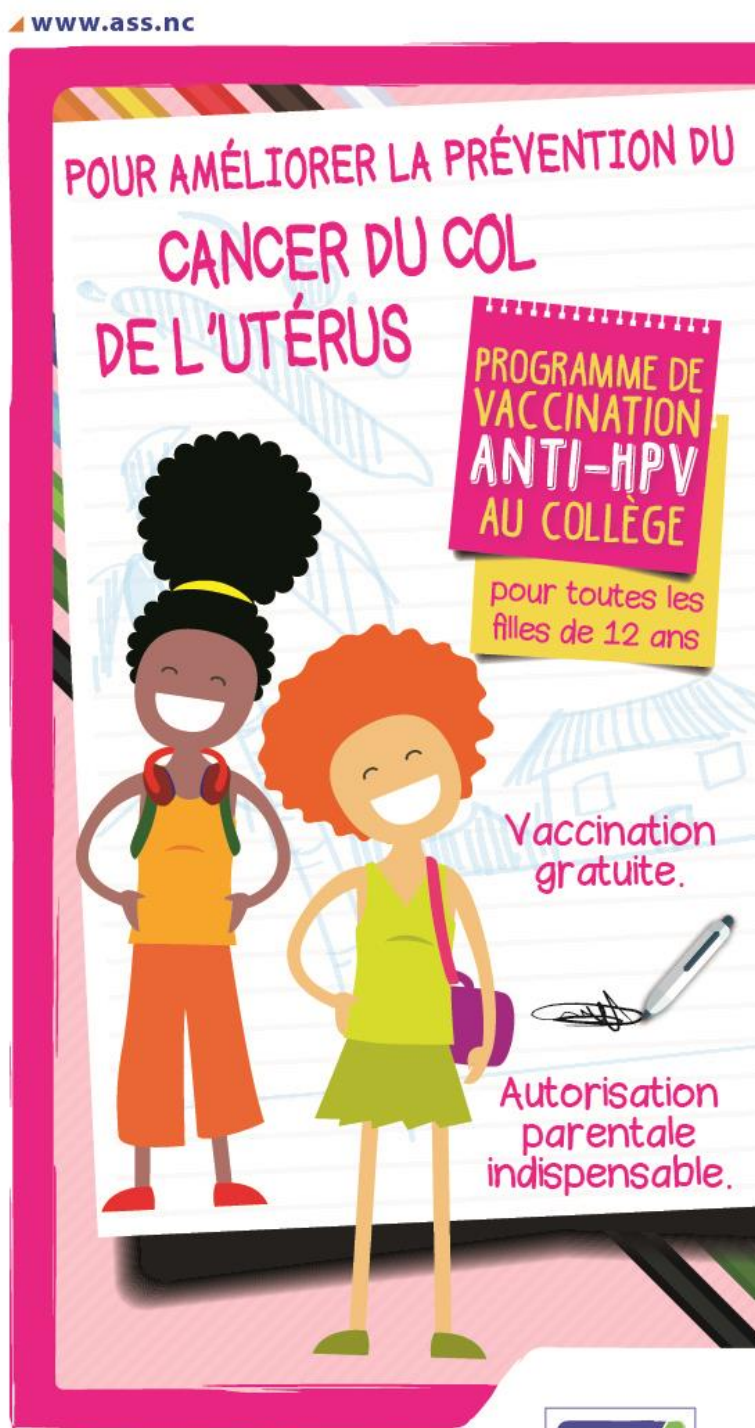
Votre rôle est essentiel dans la déclaration d'éventuels effets indésirables dans les 15 jours-1 mois suivant l'injection.

LA VACCINATION ANTI-HPV EN NOUVELLE-CALÉDONIE



Agence sanitaire et sociale de la Nouvelle-Calédonie
 Tel : 25 07 65
 16 rue du Général Gallieni, Nouméa
 e-mail : depistage.col@ass.nc

6.6.8. Flyer à destination des professionnels des collèges (2^{ème} dose)



Pour tous renseignements :
Dépistage des cancers féminins
Vaccination anti-HPV
Tél : 25 07 65
depistage.col@ass.nc
Vaccination Anti HPV



VACCINATION ANTI-HPV PRÉVENTION DU CANCER DU COL

En Nouvelle-Calédonie, les femmes sont deux fois plus touchées par le cancer du col de l'utérus qu'en Métropole ou en Australie.

Aujourd'hui, on peut éviter le cancer du col, grâce à deux moyens complémentaires :

- Le dépistage par frottis pour diagnostiquer et ensuite traiter la maladie rapidement,
- La vaccination contre les virus retrouvés dans plus de 7 cancers du col sur 10.

C'est pourquoi, pour améliorer la prévention du cancer du col de l'utérus, l'Agence sanitaire et sociale de la Nouvelle-Calédonie (ASS-NC) organise au sein des collèges, une campagne de vaccination.

Une vaccination gratuite pour qui ?

Pour toutes les jeunes filles ayant atteint l'âge de 12 ans dans l'année.

Pourquoi proposer cette vaccination au collège ?

Pour permettre à toutes les jeunes filles qui le souhaitent de se faire vacciner gratuitement en toute simplicité.

Comment ?

Les jeunes filles seront vaccinées par un médecin de l'ASS-NC. Il sera assisté d'une infirmière.

Seules les jeunes filles dont les parents auront donné leur accord pourront être vaccinées.

Un vaccin : deux doses

Pour être vaccinée, la jeune fille doit recevoir deux doses du vaccin à six mois d'intervalle.

6.6.9. Courrier de rattrapage des absentes/contre-indication temporaire



PRÉVENTION DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS PROGRAMME DE VACCINATION EN MILIEU SCOLAIRE

Vaccin recommandé pour les jeunes filles âgées de 12 ans.



Nouméa, le

Madame, Monsieur,


Vous avez consenti à la vaccination de votre fille, dans son collège par le médecin de l'agence sanitaire et sociale de la Nouvelle-Calédonie. Hélas, votre fille n'a pas pu être vaccinée lors de la séance de vaccination organisée dans son collège.

Votre fille peut encore bénéficier de cette vaccination anti-HPV gratuite au dispensaire, pendant deux semaines. Elle devra s'y présenter munie de cette lettre.

Pour que sa vaccination soit complète, il est indispensable que votre fille reçoive les deux doses du vaccin, à six mois d'intervalle.

Nous nous tenons à votre disposition pour toute information complémentaire, au 25 07 65.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, mes sincères salutations.


Docteur Bernard ROUCHON
Agence sanitaire et sociale
de la Nouvelle-Calédonie

Agence sanitaire et sociale de la NC - Dépistage des cancers féminins et vaccination anti HPV - Tél : 25 07 65 - depistage.col@ass.nc -  Vaccination Anti HPV

Partie destiné aux personnels des centres médicaux sociaux.
A retourner à l'ASS-NC par mail : depistage.col@ass.nc ou par fax : 25 07 73

Collège :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Date du vaccin :

Numéro du lot :

Identification du bras piqué :

Nom du médecin vaccinateur :

POUR AMÉLIORER LA PRÉVENTION DU
CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

GRANDE CAMPAGNE
DE VACCINATION
2015
GRATUITE AU COLLÈGE
POUR toutes les filles de 12 ans



Signature :

6.7. Tableau récapitulatif de la méthodologie d'évaluation

Ce tableau présente une photographie de la méthodologie d'évaluation, avec la correspondance entre les objectifs de l'évaluation, les critères, les questions évaluatives, les données recueillies, ainsi que les outils de recueil utilisés à cette fin.

Objectif	Critère d'évaluation	Question évaluative <i>Sous-questions évaluatives</i>	Indicateur (données recueillies)	Outil de recueil
O1 O3	Couverture vaccinale	Quel est le niveau de couverture vaccinale du public-cible atteint par le programme de vaccination organisé en milieu scolaire ?		Couverture vaccinale : <u>Réalisation d'enquête</u> : - entretiens auprès de l'équipe-projet ASS-NC - entretien individuel auprès des partenaires (assistante-sociale du Vice-Rectorat) - entretien avec d'autres partenaires professionnels (assistante-sociale du Vice-Rectorat, IDE de la maison Gabriel Poedi, accueil de l'Institut Spécialisé Autisme Les Lucioles) <u>Analyse de documents</u> : - registre central de vaccination - données de vente de Gardasil/Cervarix en NC (source : Pharmagence) - document du Vice-Rectorat : Population scolaire 2015. Les élèves de Nouvelle-Calédonie en quelques chiffres. Vice-Rectorat de la Nouvelle-Calédonie, Service des statistiques. 2015 - document du Vice-Rectorat : Établissements du second degré de Nouvelle-Calédonie. Effectifs d'élèves et structures divisionnaires (situation de rentrée). Enseignements public et privé par commune. Année scolaire 2015. Vice-Rectorat de la Nouvelle-Calédonie. 2015
		<i>Quel est le niveau de couverture vaccinale du public-cible atteint par le programme de vaccination organisé en milieu scolaire ?</i>	- Taux de couverture vaccinale - Effectif du public-cible - Prise - Taux de vaccination complète - Pourcentage de refus de vaccination - Pourcentage de non-retour d'autorisations parentales - Pourcentage de vaccinations réalisées en dehors du programme - Pourcentage d'élèves non vaccinés pour d'autres raisons	
		<i>Dans quelle mesure le taux de CV du public-cible a-t-il augmenté depuis l'introduction du programme ?</i>	Coefficient de multiplication du taux de couverture vaccinale des filles de 12 ans par vaccin anti-HPV en NC avant et après le programme	
		<i>Le public-cible choisi par le programme de vaccination couvre-t-il bien la totalité de la classe d'âge des filles de 12 ans en NC ?</i>	Nombre et taux de filles de 12 ans n'appartenant pas au public-cible en 2015 et type de structure les encadrant.	

<p>O2 O3</p>	<p>Faisabilité</p>	<p>Quels ont été les facteurs favorables et les obstacles à la mise en œuvre du programme de vaccination organisé en milieu scolaire ?</p>		<p>Faisabilité :</p> <p><u>Réalisation d'enquête</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - entretiens individuels semi-directifs auprès des partenaires du comité de pilotage - entretiens individuels auprès des médecins et infirmier de l'équipe mobile de vaccination - entretiens auprès de l'équipe-projet ASS-NC (chef de projet et coordinatrice du programme de vaccination) - étude d'opinion sur la vaccination en population générale en Nouvelle-Calédonie (n=905, échantillon représentatif, prestataire externe I-Scope) - questionnaire à destination des référents intra-établissement scolaire relatif au programme de vaccination anti-HPV. <p><u>Analyse de documents</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - données de vente de Gardasil/Cervarix en NC (source : Pharmagence) - fiches-bilan des séances de vaccination ou fiche de traçabilité (une fiche/séance ; suivi de température, nombre de filles vaccinées et non vaccinées, nombre de retour d'autorisations parentales) - fiche de suivi de température chambre froide de DPASS (ou fiche de gestion du stock de Gardasil®) - compte-rendu des réunions de comité de pilotage - cahier des charges du programme - rapports annuels du Registre du cancer de NC (de 2008 à 2013) - rapport d'activité 2014 de l'ASS-NC - données fournies par Ressources Humaines et service comptable ASS-NC - notes à Madame le membre du Gouvernement chargé d'animer et de contrôler le secteur de la santé, de la jeunesse et des sports - compte-rendu de la réunion portant sur le bilan d'activité du Registre du cancer (25/03/2016)
------------------	---------------------------	--	--	--

		<i>Collaboration/coopération</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Pourcentage de référents intra-établissement satisfait du déroulement de la séance de vaccination au sein de l'établissement - Pourcentage de référents intra-établissement satisfait des contacts avec l'équipe de l'ASSNC - Délai médian d'information aux référents intra-établissement avant passage de l'équipe mobile de vaccination dans l'établissement - Délai jugé optimal par les référents entre la réception des autorisations parentales par le collège et la vaccination - Pourcentage de référents ayant réalisé des relances pour récupérer les autorisations parentales non rendues avant l'arrivée de l'équipe de vaccination. - Pourcentage de référents ayant éprouvé des difficultés à la réalisation de la tâche - de distribution et récupération des autorisations parentale - Pourcentage de référents pour lesquels d'autres personnes se sont occupées de la distribution et de la récupération des autorisations parentales - Données qualitatives de collaboration et coopération interprofessionnelle dans le cadre du programme 	
		<i>Système de la chaîne du froid</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'évènements de température inférieure à 0°C tout au long du programme - Données qualitatives relatives à la description des facteurs favorables et obstacles au respect de la chaîne du froid lors du programme 	
		<i>Identification de la population-cible</i>	<ul style="list-style-type: none"> -Données qualitatives relatives au processus d'identification de la population-cible du programme et - Pourcentage de référents ayant réalisé des relances pour récupérer les autorisations parentales non rendues avant l'arrivée de l'équipe de vaccination. - Pourcentage de référents ayant éprouvé des difficultés à la réalisation de la tâche - de distribution et récupération des autorisations parentale - Pourcentage de référents pour lesquels d'autres personnes se sont occupées de la distribution et de la récupération des autorisations parentales 	
		<i>Perte vaccinale</i>	<ul style="list-style-type: none"> -Taux de perte vaccinale -Données qualitatives relatives à la description de la perte vaccinale 	
		<i>Logistique</i>	Pourcentage de séances annulées ou reportées	

<p>O2 O3</p>	<p>Communication</p>	<p>Dans la stratégie de communication employée par l'ASS-NC, quels ont été les facteurs favorables et les freins à la mise en œuvre du programme de vaccination ?</p>		<p>Communication :</p> <p><u>Réalisation d'enquête :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - entretiens individuels semi-directifs auprès des partenaires du comité de pilotage - entretiens individuels auprès des médecins et infirmier de l'équipe mobile de vaccination - entretiens auprès de l'équipe-projet ASS-NC (chef de projet et coordinatrice du programme de vaccination) - étude d'opinion sur la vaccination en population générale en Nouvelle-Calédonie (n=905, échantillon représentatif, prestataire externe I-Scope) - questionnaire à destination des référents intra-établissement scolaire relatif au programme de vaccination anti-HPV. <p><u>Analyse de documents :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - outils de communication du programme - compte-rendu des réunions de comité de pilotage - cahier des charges du programme - rapports annuels du Registre du cancer de NC (de 2008 à 2013) - rapport d'activité 2014 de l'ASS-NC - notes à Madame le membre du Gouvernement chargé d'animer et de contrôler le secteur de la santé, de la jeunesse et des sports - compte-rendu de la réunion portant sur le bilan d'activité du Registre du cancer (25/03/2016)
------------------	-----------------------------	---	--	--

		<p><i>Communication auprès du public</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Description des outils de communications diffusés (type) - Données qualitatives relatives à la mise en œuvre effective de la stratégie de communication auprès du grand public - Pourcentage de la population générale déclarant se souvenir de la campagne de communication du programme 2,5 mois après son lancement - Niveau de mémorisation de la population générale de la campagne de communication 2,5 mois après son lancement, selon le niveau d'adhésion à la vaccination anti-HPV, l'âge, le sexe, l'origine ethnique, la CSP et la présence de fille de 12-20 ans dans le foyer - Pourcentage de la population générale ayant compris que les parents avaient le choix de faire vacciner ou non leur fille (parmi ceux se souvenant de la campagne de communication du programme 2,5 mois après son lancement) - Pourcentage de la population générale ayant compris que les parents avaient le choix de faire vacciner ou non leur fille (parmi ceux se souvenant de la campagne de communication du programme 2,5 mois après son lancement) en fonction du niveau d'adhésion à la vaccination anti-HPV - Pourcentage de la population générale estimant que les parents avaient suffisamment d'information avec cette communication pour choisir de faire vacciner ou non leur fille (parmi ceux ayant compris que les parents avaient le choix ou qui ne savaient pas) - Pourcentage de la population générale estimant que les parents avaient suffisamment d'information avec cette communication pour choisir de faire vacciner ou non leur fille (parmi ceux ayant compris que les parents avaient le choix ou qui ne savaient pas) en fonction du niveau d'adhésion à la vaccination anti-HPV et la présence de fille de 12-20 ans dans le foyer -Données qualitatives relatives au regard des partenaires sur les supports de communication 	
		<p><i>Communication auprès des professionnels</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Description des outils de communications diffusés (type) - Données qualitatives relatives à la communication auprès des professionnels 	
		<p><i>Une demande d'information à destination des parents</i></p>	<p>--</p>	

O2 O3	Acceptabilité	Le programme de vaccination organisé en milieu scolaire s'est-il avéré acceptable pour l'ensemble des acteurs impliqués ?		<p>Acceptabilité :</p> <p><u>Réalisation d'enquête :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - entretiens individuels semi-directifs auprès des partenaires du comité de pilotage - entretiens individuels auprès des médecins et infirmier de l'équipe mobile de vaccination - entretiens auprès de l'équipe-projet ASS-NC (chef de projet et coordinatrice du programme de vaccination) - étude d'opinion sur la vaccination en population générale en Nouvelle-Calédonie (n=905, échantillon représentatif, prestataire externe I-Scope) <p><u>Analyse de documents :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - autorisations parentales retournées à l'ASS-NC - pétition, communiqué de presse, blog anti-programme - compte-rendu des réunions de comité de pilotage- notes à Madame le membre du Gouvernement chargé d'animer et de contrôler le secteur de la santé, de la jeunesse et des sports
		<i>Niveau d'adhésion</i>	<ul style="list-style-type: none"> -Pourcentage de la population générale se déclarant favorable à la vaccination anti-HPV (favorable/défavorable/sans opinion/ ne connaît pas) -Niveau d'adhésion de la population générale à la vaccination anti-HPV selon l'âge, le sexe, l'origine ethnique, la province de résidence, la forme du foyer et la CSP -Niveau d'adhésion de la population générale à la vaccination anti-HPV selon l'évocation de la sexualité par les parents avec leur fille (parmi ceux ayant une fille de 12 à 20 ans) -Données qualitatives relatives à l'adhésion des professionnels au programme -Identification/ description de l'ensemble de acteurs anti-programme et anti-vaccin HPV 	
		<i>Raisons de refuser la vaccination HPV</i>	<ul style="list-style-type: none"> -Distribution des pourcentages des raisons exprimées d'être contre le vaccin HPV en population générale (parmi la population générale se déclarant contre le vaccin anti-HPV) -Description qualitative des raisons exprimées d'être contre la vaccination HPV de sa fille parmi les parents ciblés par le programme -Description qualitative des raisons exprimées d'être contre la vaccination HPV parmi les médecins généralistes du Grand Nouméa -Description qualitative du contenu du discours des mouvements antivaccinaux 	
		<i>Sources d'influence</i>	Données qualitatives relatives au niveau d'influence qu'ont eu les acteurs antivaccinaux sur la décision des parents/tuteurs légaux de faire vacciner leur fille dans le cadre du programme	

O1 O3	Suivi	Le programme de vaccination organisé en milieu scolaire a-t-il permis d'améliorer le suivi des filles vaccinées par vaccin HPV en NC en termes de schéma vaccinal complet, de sécurité et d'efficacité vaccinale ?		<p>Suivi :</p> <p><u>Réalisation d'enquête :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - entretiens individuels semi-directifs auprès des partenaires du comité de pilotage - entretiens individuels auprès des médecins et infirmier de l'équipe mobile de vaccination - entretiens auprès de l'équipe-projet ASS-NC (chef de projet et coordinatrice du programme de vaccination) <p><u>Analyse de documents :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Registre central de vaccination - fiches-bilan des séances de vaccination - compte-rendu des réunions de comité de pilotage - rapports annuels du Registre du cancer de NC (de 2008 à 2013) - compte-rendu de la réunion portant sur le bilan d'activité du Registre du cancer (25/03/2016).
		<i>Schéma vaccinal complet</i>	Taux de vaccination complète	
		<i>Suivi des évènements indésirables post-vaccinaux</i>	<ul style="list-style-type: none"> -Nombre et type d'évènements indésirables post-vaccinaux -Nombre d'évènements indésirables graves -Nombre d'évènements indésirables post-vaccinaux déclarés à l'autorité compétente (DASS-NC) -Pourcentage d'injections pour lesquelles un évènement indésirable est survenu -Pourcentage de patientes ayant eu un évènement indésirable 	
		<i>Suivi de l'efficacité vaccinale</i>	<ul style="list-style-type: none"> -Données qualitatives relatives à la mise en place du suivi de l'incidence du condylome acuminé chez la femme en âge de procréer (CHT Magenta) -Données qualitatives relatives à la mise en place du suivi de l'incidence du cancer anal chez la femme ayant un ATCD de cancer du col de l'utérus (registre du cancer de NC) -Données qualitatives relatives à la mise en place du suivi du statut HPV chez tous les patients présentant un cancer de la sphère ORL (registre du cancer de NC) 	
O1 O3	Coût	Le programme de vaccination organisé en milieu scolaire a-t-il permis de réduire les coûts de la vaccination HPV pour le financeur public, par rapport à la stratégie de vaccination opportuniste antérieure ?	<ul style="list-style-type: none"> -Coût total de la première campagne du programme de vaccination -Coût total de la première campagne du programme de vaccination par jeune fille vaccinée -Coût estimé de la vaccination opportuniste à taux de couverture vaccinal égal à celui obtenu par le programme de vaccination organisé en milieu scolaire -Coût estimé de la vaccination opportuniste à taux de couverture vaccinal égal à celui obtenu par le programme, par fille vaccinée -Différence de coût total entre vaccination opportuniste et programme de vaccination organisée (première campagne) (FCFP) -Différence de coût par fille vaccinée entre vaccination opportuniste et programme de vaccination organisée (première campagne) (FCFP) 	<p>Coût :</p> <p><u>Réalisation d'enquête :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - entretiens auprès de l'équipe-projet ASS-NC (chef de projet et coordinatrice du programme de vaccination) <p><u>Analyse de documents :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - données fournies par Ressources Humaines et service comptable ASS-NC (factures, fiches de paie etc.) : mesure des coûts de la première campagne du programme et estimation des coûts de la vaccination opportuniste

Tableau 30 : Tableau récapitulatif de la méthodologie d'évaluation de la première campagne de programme de vaccination anti-HPV en milieu scolaire, 2016

6.8. Outils de recueil

6.8.1. Étude d'opinion sur la vaccination en population générale en Nouvelle-Calédonie

<p><u>1. Etes-vous pour ou contre la vaccination en général ?</u> Pour Contre Sans opinion</p>
<p><u>2. Etes-vous pour ou contre la vaccination anti-papillomavirus (le vaccin contre le cancer du col de l'utérus, Gardasil® ou Cervarix®)?</u> Pour Contre Sans opinion Ne connaît pas</p>
<p><u>3. Si contre : Pour quelles raisons êtes-vous contre ? (spontané : laissez répondre ; plusieurs réponses possible)</u> Peur des effets secondaires Manque d'information Fille trop jeune</p>
<p><u>4. Vous souvenez-vous de la campagne de communication pour la vaccination contre le cancer du col de l'utérus, organisée dans les collèges pour les jeunes filles de 12 ans, en septembre et octobre dernier ?</u> Oui Non</p>
<p><u>Si oui à Q4 :</u> <u>5. Pensez-vous que les parents avaient le choix de faire vacciner ou non leur fille ?</u> N'avaient pas le choix Avaient le choix Ne sait pas</p>
<p><u>Si Q45 différent de « N'avaient pas le choix »</u> <u>6. Pensez-vous que les parents avaient assez d'information avec cette communication pour choisir de faire vacciner ou non leur fille ?</u> Oui Non Ne sait pas</p>
<p><u>FILTRE : Si foyer avec enfant(s) : Avez-vous une fille de 12 à 20 ans ? De quel âge ?</u></p>
<p><u>7. Si vous avez une fille de 12 à moins de 20 ans : Avez-vous déjà parlé de sexualité avec elle ?</u> Oui Non</p>

6.8.2. Questionnaire à destination des référents intra-établissement scolaire relatif au programme de vaccination anti-HPV

<p><u>1. Profession de la personne référente</u> Infirmier(e) scolaire CPE Directeur Professeur de Autre :</p>
<p><u>2. Une réunion d'information aux parents concernant la vaccination anti HPV a-t-elle été effectuée dans votre établissement, avant la journée de vaccination des jeunes filles de 12 ans ?</u> Oui Non <u>Si oui, qui l'a organisée?</u></p>
<p><u>3. Si une réunion d'information pour les parents est organisée l'année prochaine dans votre établissement, y participerez-vous ? (en supposant que vous serez toujours dans cet établissement)</u> Oui Non <u>Si oui, selon vous, qui doit organiser cette réunion doit être organisée?</u></p>
<p><u>4. Avant le passage de l'équipe de vaccination, avez-vous rencontré les jeunes filles pour répondre à leurs questions d'ordre affectives et sexuelles ?</u> Oui</p>

Non

5. Combien de temps avant le passage de l'équipe mobile de vaccination dans votre établissement avez-vous été informé ?
 Semaines
 Mois

6. Selon vous, quel est le délai optimum entre la réception des autorisations envoyées par l'ASS-NC, et la vaccination ?
 1 semaine
 2 semaines
 3 semaines
 1 mois
 2 mois

7. Hormis vous, d'autres personnes se sont-elles occupées de la distribution et de la récupération des autorisations parentales ?
 Oui
 Non
 Si oui, lesquelles ?

8. Avez-vous éprouvé des difficultés à la réalisation de cette tâche (distribution et récupération des autorisations parentales) ?
 Oui
 Non

9. Avez-vous réalisé des relances pour récupérer les autorisations parentales non rendues avant l'arrivée de l'équipe de vaccination ?
 Oui
 Non

10. Etes-vous satisfait(e) du déroulement de la séance de vaccination au sein de votre établissement ?
 Oui
 Non

11. Les contacts que vous avez eu tout au long de la campagne avec l'équipe de l'ASS-NC en charge de la vaccination anti-HPV, ont-ils été satisfaisants ?
 Oui
 Non

12. Après la séance de vaccination dans votre établissement, des élèves/parents sont-ils venus vous questionner sur la campagne de vaccination (vaccin, effets secondaires ...)?
 Oui
 Non
 Si oui, quelles questions vous ont été posées ?

13. Après la séance de vaccination dans votre établissement, avez-vous eu connaissance d'effets indésirables de la vaccination anti-HPV survenus a posteriori ?
 Oui
 Non
 Si oui, lesquels ?

14. Remarques (campagne de vaccination, organisation, problèmes rencontrés, pistes d'amélioration)

6.8.3. Grille d'entretien des entretiens individuels semi-directifs auprès des partenaires du comité de pilotage, des médecins et IDE de l'équipe mobile de vaccination et de l'équipe-projet ASS-NC

Nom Prénom de l'interviewé:

Fonction :

Date / heure / lieu d'entretien / durée d'entretien :

-Quel était votre rôle lors de cette première campagne du programme de vaccination ?
 -Que pensez-vous du programme de vaccination anti-HPV jusqu'à présent ?
 -Quels ont été les écueils, difficultés, pièges, erreurs, freins rencontrés ?
 -Quelles ont été les performances, réussites ?
 -Et si on recommence, que peut-on améliorer ? (communication ? [Accusé d'une mauvaise communication] / Organisation / Acceptabilité)
 -Quel est votre positionnement par rapport à ce programme (d'accord ou pas...)?

6.9. Mesures spécifiques mises en place pour assurer le respect de la chaîne du froid (2800 doses)

Gestion de la chambre froide de la DPASS sud

Seul un agent de l'ASS-NC est habilité à gérer le stock de doses stockées dans de la chambre froide de la DPASS sud. A chaque retrait de vaccin dans la chambre froide, l'agent de l'ASS-NC relèvera la température de la chambre froide. La température sera inscrite sur le registre dédié et le nombre de doses retirées sur la fiche de traçabilité.

Transport des vaccins entre la chambre froide de la DPASS sud et l'ASS-NC :

Le transport sera assuré dans une glacière équipée de plaque eutectique. En aucun cas, l'emballage des vaccins Gardasil® ne devra être en contact direct avec les plaques eutectiques.

Les agents doivent se rendre directement à l'ASS-NC afin de placer les vaccins dans le réfrigérateur dédié de l'ASS-NC.

Gestion du réfrigérateur de l'ASS-NC :

Il s'agit d'un réfrigérateur dédié au vaccin HPV, située dans le couloir du 4^{ème} étage de l'ASS-NC, à Nouméa. La température sera relevée dans le registre dédié au minimum deux fois par jours ouvrés non chômés (matin et après-midi), en l'absence de thermomètre enregistreur.

Transport - séances de vaccination en collège et gestion de la glacière COLDWAY :

La pharmacienne de la DASS-NC a choisi et commandé la glacière.

Avant chaque utilisation, la glacière aura dû être rechargée afin de pouvoir fonctionner pendant la durée de la séance de vaccination.

Les plaques eutectiques devront être réfrigérées au plus tard la veille de la séance de vaccination, à plus de – 20 °C, dans le congélateur prévu à cet effet.

Séances de vaccination en collège et gestion des glacières non classiques

La température des glacières doivent être inférieure à 8° afin de pouvoir être utilisées.

Utilisation des réfrigérateurs dans les établissements scolaires :

Au préalable du transfert des vaccins dans le réfrigérateur du collège, la température devra être contrôlée et relevé sur la fiche « bilan d'une séance de vaccination » (annexe 4). Le transfert pourra être effectué uniquement si la température est comprise entre 2° et 8°.

La température sera au minimum relevée dans le registre dédié :

- Lorsque les vaccins sont transférés du réfrigérateur de l'ASS-NC à la glacière
- Lorsque l'équipe mobile de vaccination arrive dans l'établissement et ouvre la glacière
- Au minimum deux fois par demi-journée, sauf si les vaccins sont transférés dans un réfrigérateur,
- Lorsque l'équipe mobile de vaccination referme la glacière en fin de vacation.

6.10. Estimation du niveau de probabilité de perte vaccinale pour chacune des raisons de perte décrites par l'OMS

Raisons de perte	Observation	Niveau de probabilité de perte vaccinale estimée
Flacon fermé		
Indication VVM +	Non applicable. Absence d'étiquette VVM sur le flacon du vaccin.	Nul
Dépassement de la date de péremption	- 2800 doses commandées auprès de Sanofi-Pasteur tous de date de péremption au...	Très faible

	- 442 doses fournies par la pharmacie de la province Nord de date de péremption inconnue	
Exposition à la chaleur	Cf. section Système de la chaîne du froid	→??
Exposition au gel	Pays de climat subtropical	Très faible
Flacon brisé	Les résultats des entretiens avec un médecin de l'équipe mobile de vaccination ont indiqué que ce n'était pas le cas.	Très faible
Manquant à l'inventaire	Au cours d'une séance de vaccination de la première vague, la médecin de l'équipe mobile de vaccination s'est aperçue que deux doses sur trente manquaient lorsqu'elle a récupéré des doses provenant de la pharmacie de la province Nord.	Moyen
Vol	Les résultats des entretiens avec un médecin de l'équipe mobile de vaccination ont indiqué que ce n'était pas le cas.	Très faible
Jeter flacons inutilisés retournés à partir d'une sensibilisation	Non applicable. Aucune sensibilisation au public faite en montrant la dose de vaccin.	Nul
Flacon ouvert		
Doses restantes jetées en fin de session	Non applicable. Un contenant contient une seule dose.	Nul
Ne pas être en mesure de tirer le nombre de doses indiquées sur l'étiquette d'un flacon	Non applicable. Un contenant contient une seule dose.	Nul
Flacons ouverts submergés dans l'eau	Les résultats des entretiens avec un médecin de l'équipe mobile de vaccination ont indiqué que ce n'était pas le cas.	Très faible
Mauvaises pratiques de reconstitution	Non applicable. L'ensemble du produit était contenu dans la dose, celle-ci n'exigeait aucune pratique de reconstitution.	Nul
Contamination suspectée	Les résultats des entretiens avec un médecin de l'équipe mobile de vaccination ont indiqué que ce n'était pas le cas.	Très faible
Réaction du patient nécessitant plus d'une dose	Les résultats des entretiens avec un médecin de l'équipe mobile de vaccination ont indiqué que ce n'était pas le cas.	Très faible

Tableau 31 : Estimation du niveau de probabilité de perte vaccinale pour chacune des raisons possibles de perte décrites par l'OMS, dans le cadre de la première campagne du programme de vaccination HPV en milieu scolaire, 2016

6.11. Étude d'opinion en population générale sur la vaccination en Nouvelle-Calédonie (décembre 2015)

ETUDE D'OPINION SUR LA VACCINATION EN NOUVELLE-CALÉDONIE



I-Scope : 79 35 31 / 24 13 00 – 118 rue Benebig – BP32055 – 98897 NOUMEA – direction@iscope-nc.com – i-scope@canl.nc

Sommaire

1 – Contexte, Objectifs et Méthodologie	Page 3
2 – La population interrogée	Page 4
3 – Les résultats détaillés	Page 5
3.1 – La vaccination en général	Page 6
3.2 – La vaccination anti-papillomavirus	Page 10
3.2.1. La vaccination anti-papillomavirus - Adhésion	Page 11
3.2.2. La vaccination anti-papillomavirus – Raisons d'être « contre »	Page 15
3.3 – La campagne de communication sur la vaccination anti-HPV	Page 16
3.2.1. Mémorisation de la campagne	Page 17
3.2.2. Le choix de vacciner ou non	Page 20
3.2.2. L'information contenue dans la communication	Page 21
3.3 – L'évocation de la sexualité par les parents	Page 23
4 – Synthèse	Page 26
5 – ANNEXE – Le questionnaire	Page 29

1 – Contexte, objectifs, méthodologie

1.1 – Le contexte :

L'Agence Sanitaire et Sociale de la Nouvelle-Calédonie a demandé à I-Scope de réaliser une mesure de l'opinion de la population au sujet de la vaccination en général et de la vaccination anti-HPV en particulier.

L'information à obtenir est la suivante :

- L'opinion concernant la vaccination en général et la vaccination anti-HPV, les raisons évoquées par ceux qui sont contre cette dernière ;
- Le souvenir de la campagne de communication pour la vaccination contre le cancer du col de l'utérus, organisée dans les collèges pour les jeunes filles de 12 ans, en septembre et octobre dernier ; sa compréhension,
- Pour ceux qui ont une fille de 12 à 20 ans savoir s'ils ont déjà parlé de sexualité avec elle.

1.2 – L'échantillonnage :

Les questions ont été intégrées à une étude Omnibus Grand Public, menée auprès d'un échantillon de **903 personnes**, représentatif de la **population âgée de plus de 15 ans, sur l'ensemble du territoire**.

L'échantillon est stratifié par zone, proportionnel. La précision des résultats est de +/-5%.

Les critères de représentativité sont l'âge, le sexe, la catégorie socio-professionnelle, la zone de résidence.

1.3 – Le mode d'intervention :

Les questionnaires ont été administrés par téléphone, par une équipe de 7 enquêteurs encadrés en permanence par un superviseur, auprès de numéros de téléphones fixes et portables (75% Liberté et Abonnement).

Les interviews ont été réalisées entre le **3 au 14 décembre 2015** (le matin entre 10h et 13h30, et l'après-midi entre 15h30 et 19h).

2 – La population interrogée

Zone	A réaliser (base RGP)		Réalisé		Ecart en %
	Nombre	%	Nombre	%	
Province Iles Loyauté	58	6%	59	7%	0%
Nord-Ouest	77	9%	80	9%	0%
Nord-Est	95	11%	96	11%	0%
Province Nord	172	18%	176	19%	2%
Grand Nouméa	603	67%	596	66%	-1%
Sud rural	68	8%	72	8%	0%
Province Sud	671	76%	668	74%	-2%
TERRITOIRE	900	100%	903	100%	

Age	A réaliser (base RGP)		Réalisé		Ecart en %
	Nombre	%	Nombre	%	
16-20	107	12%	123	14%	2%
21-29	181	20%	205	23%	3%
30-39	193	21%	175	19%	-2%
40-49	168	19%	154	17%	-2%
50-59	116	13%	127	14%	1%
60 et plus	135	15%	119	13%	-2%
TOTAL	900	100%	903	100%	

Sexe	A réaliser (base RGP)		Réalisé		Ecart en %
	Nombre	%	Nombre	%	
homme	451	50%	433	48%	-2%
femme	449	50%	470	52%	2%
TOTAL	900	100%	903	100%	0%

CSP	A réaliser (base RGP)		Réalisé		Ecart en %
	Nombre	%	Nombre	%	
Agriculteurs, Pêcheurs, Eleveurs	9	1%	20	2%	1%
Artisans, commerc., chefs d'entr.	45	5%	48	5%	0%
Cadres, prof. sup.	81	9%	50	6%	-3%
Professions intermédiaires	108	12%	86	10%	-2%
Employés	144	16%	147	16%	0%
Ouvriers	135	15%	133	15%	0%
Retraités	99	11%	112	12%	1%
Autres inactifs	198	22%	206	23%	1%
Etudiants	81	9%	101	11%	2%
TOTAL	900	100%	903	100%	

Communauté	A réaliser (base RGP)		Réalisé		Ecart en %
	Nombre	%	Nombre	%	
Wallisienne Futunienne	108	12%	124	14%	2%
Tahitienne	387	43%	381	42%	-1%
Mélanésienne	144	16%	121	13%	-3%
Euro né en NC	144	16%	154	17%	1%
Asiatiques, Indonésiens	54	6%	38	4%	-2%
Autres	63	7%	85	9%	2%
TOTAL	900	100%	903	100%	

L'échantillon des personnes interrogées est conforme à celui de la population de référence (les écarts par rapport aux données du recensement général de la population de l'ISEE sont inférieurs ou égaux à 5%, un redressement n'est pas nécessaire).

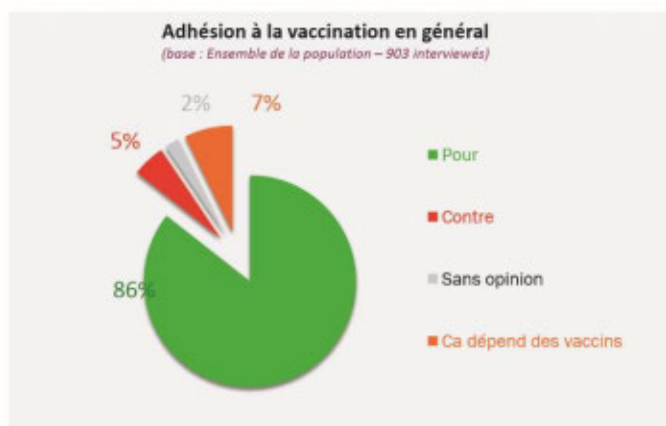
3. RÉSULTATS

Note de lecture : l'ensemble des résultats a été croisé avec les variables sociodémographiques afin de rechercher les explications des écarts d'opinion ou de comportement de certaines catégories de population par rapport à la moyenne générale ; seules les corrélations ou écarts significatifs sont mentionnés dans ce rapport.

3.1. La vaccination en général

3.1 – La vaccination en général – Adhésion

Etes-vous pour ou contre la vaccination en général ?



➔ 9 calédoniens sur 10 sont favorables à la vaccination en général

On observe une variation de l'opinion selon :

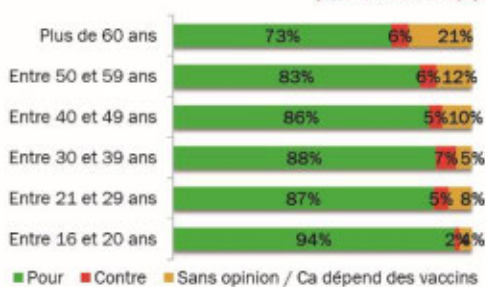
- l'âge
- l'origine ethnique
- la catégorie socio-professionnelle (CSP)
- la province de résidence

(cf. détail pages suivantes)



3.1 – La vaccination en général – Adhésion

Variation de l'adhésion selon l'âge
(base : Ensemble de la population – 903 interviewés)



➔ L'adhésion à la vaccination diminue avec l'âge

- Les 'jeunes' sont globalement plus favorables à la vaccination d'une manière générale que les 'plus âgés'.
- On note par ailleurs que la baisse d'adhésion se fait non pas au profit des 'Contre' mais au profit des 'Sans opinion, ça dépend des vaccins'.

Variation de l'adhésion selon l'ethnie
(base : Ensemble de la population – 903 interviewés)

	Pour	Contre	Dépend des vaccins	Effectifs
Wallisien, Futunien	89%	2%	8%	84
Tahitien	75%	15%	10%	40
Mélanésien	92%	2%	6%	381
Européen né en NC	85%	6%	9%	121
Euro. non né en NC	73%	11%	16%	154
Asiatique, Indonésien	84%	3%	13%	38
Autre	85%	4%	12%	85
Ensemble	86%	5%	14%	903

- Les 'Tahitiens' sont un peu moins favorables que la moyenne à la vaccination en général (15% d'entre eux sont Contre), de même que les 'Européens non nés en NC' (11% contre, et 16% selon le vaccin)
- C'est la population mélanésienne qui est la plus favorable : 92% sont Pour



3.1 – La vaccination en général – Adhésion

Etes-vous pour ou contre la vaccination en général ?

Variation de l'adhésion selon la CSP

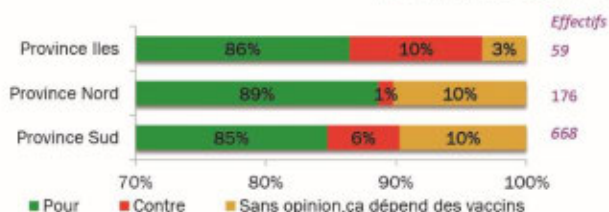
(base : Ensemble de la population – 903 interviewés)

	Pour	Contre	Sans opinion, Dépend des vaccins	Effectifs
Agriculteurs, pêcheurs, éleveurs	95%	0%	5%	20
Artisans, commerçants, chefs d'ent.	83%	4%	13%	48
Cadres, professions supérieures	76%	14%	10%	50
Professions intermédiaires	83%	7%	10%	86
Employés	86%	8%	6%	147
Ouvriers	86%	4%	11%	133
Retraités	71%	5%	23%	112
Autres inactifs	92%	2%	5%	206
Étudiants	94%	2%	4%	101
Ensemble	86%	5%	9%	903

- La catégorie 'Cadres et professions supérieures' est moins favorable à la vaccination en général : 14% sont Contre.
- Les 'Retraités' également y sont moins favorables que la moyenne, en raison du taux d'indéterminés, 'ça dépend du vaccin', plus important dans cette population : 23% contre 9% pour l'ensemble de la population.
- Les CSP les plus favorables sont les plus modestes : 'chômeurs' (92%) et 'étudiants' (94%).

Variation de l'adhésion selon la province de résidence

(base : Ensemble de la population – 903 interviewés)

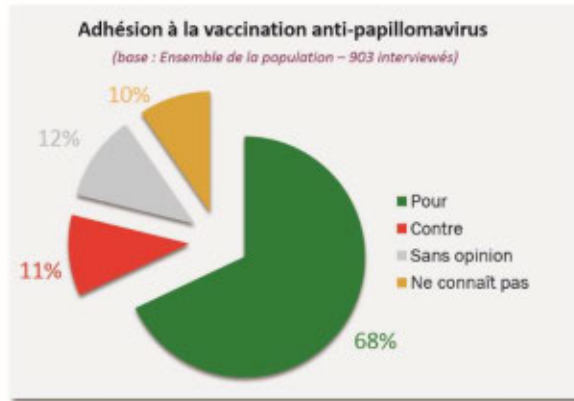


- Le taux d'opposants est plus fort en province Iles qu'en province Nord

3.2. La vaccination anti-papillomavirus

3.2.1 – La vaccination anti-papillomavirus - adhésion

Etes-vous pour ou contre la vaccination anti-papillomavirus (le vaccin contre le cancer du col de l'utérus, Gardasil ® ou Cervarix ®) ?



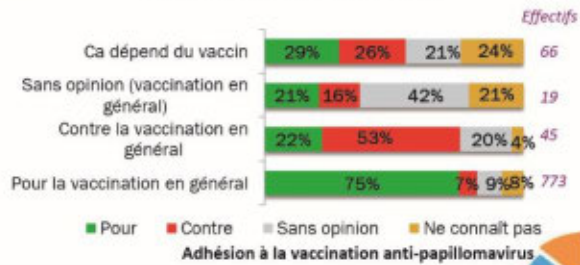
7 personnes sur 10 sont favorables à la vaccination anti-papillomavirus

- L'adhésion est moindre que pour la vaccination en général (-20 points).
- Les avis **défavorables représentent le double** de ceux pour la vaccination en général.
- **10% des personnes interrogées déclarent ne pas connaître ce vaccin**

L'opinion n'est pas homogène :

On observe des écarts selon l'âge, le sexe, l'origine ethnique, la province de résidence, la forme du foyer et la CSP (ces écarts sont analysés dans les pages suivantes)

- Parmi ceux qui sont opposés à la vaccination en général, 22% sont favorables au vaccin anti-HPV
- Ils sont 29% parmi ceux qui se déterminent selon le vaccin
- A noter : la connaissance de ce vaccin est plus forte parmi ceux qui s'expriment en faveur de la vaccination en général. ¼ de ceux qui sont contre en général ne s'expriment pas sur le vaccin anti-HPV.



I-Scope – ASSNC / Etude d'opinion de la population sur la vaccination - Rapport d'analyse / Décembre 2015

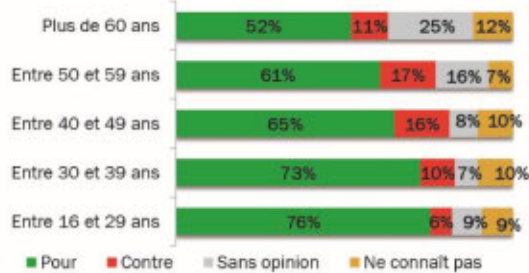
11

3.2.1 – La vaccination anti-papillomavirus - adhésion

Etes-vous pour ou contre la vaccination anti-papillomavirus (le vaccin contre le cancer du col de l'utérus, Gardasil ® ou Cervarix ®) ?

Variation de l'adhésion selon l'âge

(base : Ensemble de la population – 903 interviewés)



Plus la population est âgée, moins elle est favorable

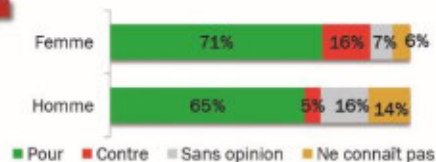
- C'est parmi les **'40 à 59 ans'** que l'on trouve le taux d'opposants le plus important : précisément ceux en âge d'avoir une fille concernée par ce vaccin.
- La **connaissance du vaccin est stable** quelle que soit la **catégorie d'âge** (écarts non significatifs)
- Le taux d'indécis augmente aussi avec l'âge, notamment chez les **'plus de 60 ans'**.

Les femmes connaissent davantage l'existence du vaccin anti-HPV (94%) et elles émettent proportionnellement plus d'avis défavorables (16%)

- **7 femmes sur 10 sont tout de même favorables**
- L'écart entre le taux d'hommes favorables et celui des femmes est faiblement significatif : la proportion d'avis favorables est quasi identique
- En revanche, le **taux d'avis défavorables chez les femmes est plus élevé** que chez les hommes,
- Les hommes le connaissent moins (86% et se prononcent moins.

Variation de l'adhésion selon le sexe

(base : Ensemble de la population – 903 interviewés)



I-Scope – ASSNC / Etude d'opinion de la population sur la vaccination - Rapport d'analyse / Décembre 2015

12

3.2.1 – La vaccination anti-papillomavirus - adhésion

Etes-vous pour ou contre la vaccination anti-papillomavirus (le vaccin contre le cancer du col de l'utérus, Gardasil® ou Cervarix®) ?

Variation de l'adhésion selon l'ethnie

(base : Ensemble de la population – 903 interviewés)

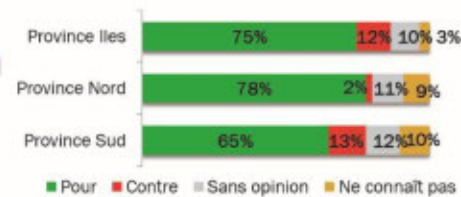
	Pour	Contre	Sans opinion	Ne connaît pas	Effectif
Wallisien, Futunien	74%	4%	7%	15%	84
Tahitien	45%	20%	13%	23%	40
Mélanésien	78%	4%	9%	8%	381
Européen né en NC	67%	19%	7%	7%	121
Européen pas né en NC	47%	21%	25%	8%	154
Asiatique, Indonésien	71%	13%	5%	11%	38
Autre	66%	13%	11%	11%	85
Ensemble	68%	11%	12%	10%	903

- Seulement la moitié des 'Tahitiens' et des 'Européens non nés en NC' expriment une opinion favorable.
- Les 'Mélanésiens' sont les plus favorables au vaccin.
- La notoriété de ce vaccin est plus réduite chez les polynésiens

Variation de l'adhésion selon la province

(base : Ensemble de la population – 903 interviewés)

- L'opinion vis à vis du vaccin est différente en province Nord, avec à la fois un taux de favorables (78%) supérieur à la moyenne de la population (68%), et un taux d'opposants (2%) inférieur à la moyenne (11%)



3.2.1 – La vaccination anti-papillomavirus - adhésion

Etes-vous pour ou contre la vaccination anti-papillomavirus (le vaccin contre le cancer du col de l'utérus, Gardasil® ou Cervarix®) ?

Variation de l'adhésion selon la CSP

(base : Ensemble de la population – 903 interviewés)

	Pour	Contre	Sans opinion	Ne connaît pas	Effectifs
Agriculteurs, pêcheurs, éleveurs	80%	0%	5%	15%	20
Artisans, commerçants, chefs d'ent.	63%	8%	15%	15%	48
Cadres, professions supérieures	58%	24%	12%	6%	50
Professions Intermédiaires	62%	15%	15%	8%	86
Employés	63%	16%	12%	10%	147
Ouvriers	72%	6%	9%	13%	133
Retraités	48%	12%	27%	13%	112
Autres inactifs	82%	8%	4%	6%	206
Etudiants	74%	9%	9%	8%	101
Ensemble	68%	11%	12%	10%	903

- On retrouve les plus favorables parmi les CSP modestes,
- Et les moins favorables parmi les CSP les plus élevées.

Variation de l'adhésion selon la forme du foyer

(base : Ensemble de la population – 903 interviewés)

	Pour	Contre	Sans opinion	Ne connaît pas	Effectifs
Seul	60%	8%	16%	16%	107
Couple avec enfant(s)	71%	11%	10%	7%	491
Couple sans enfant	60%	14%	16%	10%	140
Famille monoparentale	71%	13%	6%	10%	68
Colocation, Foyer	31%	0%	31%	38%	13
Famille élargie	76%	5%	8%	11%	84
Ensemble	68%	11%	12%	10%	903

- On trouve logiquement plus d'indécis ou de 'ne connaît pas' dans les foyers où il n'y a pas d'enfant : ils sont moins concernés et ont été moins interpellés par la campagne.

- En revanche il y a proportionnellement plus d'opposants dans les foyers concernés avec fille(s) de 12 à 20 ans :

	Pour	Contre	Sans opinion	Ne connaît pas	Effectifs
Fille de 12-20 ans dans le foyer	58%	23%	8%	10%	132
Pas de fille de 12-20 ans dans le foyer	70%	9%	12%	10%	771
Ensemble	68%	11%	12%	10%	903

3.2.2 – La vaccination anti-papillomavirus – les freins

Si CONTRE : Pour quelles raisons êtes-vous contre la vaccination anti-papillomavirus (spontané - plusieurs réponses possibles) ?

Raisons d'être contre le vaccin anti-papillomavirus
(base : 98 interviewés – somme des % > 100% - plusieurs réponses possibles)



➡ La peur des effets secondaires et le manque de recul sont les deux premiers motifs de rejet cités spontanément

- Les deux premiers motifs concernent **58 % des personnes interrogées**
- Les réponses sont homogènes, quelle que soit la cible



3.3. La campagne de communication (pour la vaccination contre le cancer du col de l'utérus)

3.3.1 – La campagne de communication – Souvenir

Vous souvenez-vous de la campagne de communication pour la vaccination contre le cancer du col de l'utérus, organisée dans les collèges pour les jeunes filles de 12 ans, en septembre et octobre dernier ?

Souvenir de la campagne de communication (base : Ensemble de la population – 903 interviewés)



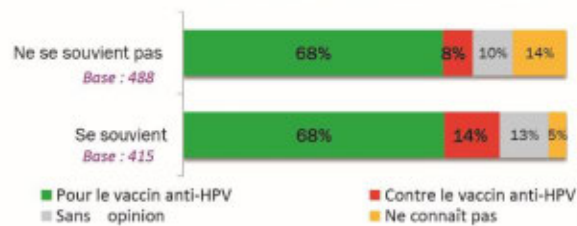
➔ **Moins de la moitié de la population se souvient de la campagne**

Ce résultat connaît des variations selon :

- L'opinion vis à vis du vaccin anti-HPV
- L'âge, le sexe, l'origine ethnique et la CSP

La campagne a eu un effet sur la notoriété du vaccin anti-HPV, mais pas sur les avis en sa faveur.

L'opinion vis à vis du vaccin anti-HPV selon le souvenir de la campagne de communication (base : Ensemble de la population – 903 interviewés)



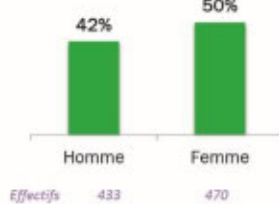
3.3.1 – La campagne de communication – Souvenir

Vous souvenez-vous de la campagne de communication pour la vaccination contre le cancer du col de l'utérus, organisée dans les collèges pour les jeunes filles de 12 ans, en septembre et octobre dernier ?

La campagne a davantage touché les personnes les plus concernées :

Souvenir de la campagne de communication selon le sexe

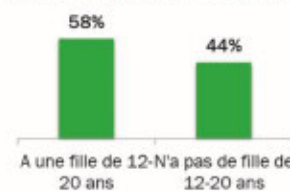
(base : Ensemble de la population – 903 interviewés)



➔ Les femmes sont plus nombreuses à se souvenir de la campagne que les hommes

Souvenir de la campagne de communication selon la présence de fille de 12-20 ans dans le foyer

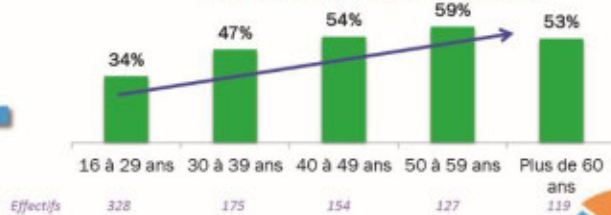
(base : Ensemble de la population – 903 interviewés)



➔ Ceux qui ont une ou des filles âgées de 12 à 20 ans ont été plus touchés par la communication

Souvenir de la campagne de communication selon l'âge

(base : Ensemble de la population – 903 interviewés)



➔ Le souvenir de la campagne augmente avec l'âge : il est plus important chez les plus de 40 ans :

3.3.1 – La campagne de communication - Souvenir

Vous souvenez-vous de la campagne de communication pour la vaccination contre le cancer du col de l'utérus, organisée dans les collèges pour les jeunes filles de 12 ans, en septembre et octobre dernier ?

Souvenir de la campagne de communication selon l'origine ethnique

(base : Ensemble de la population – 903 interviewés)



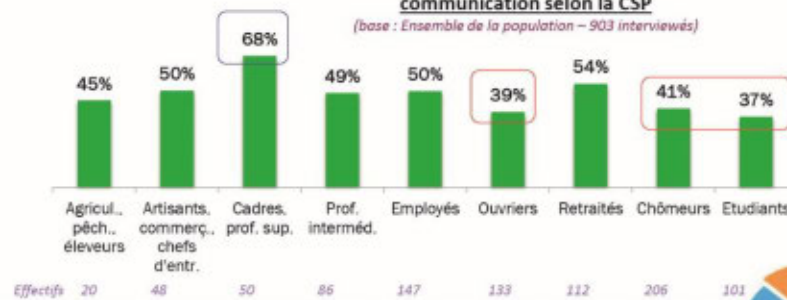
Le souvenir de la campagne est moins élevé chez les polynésiens

Souvenir de la campagne de communication selon la CSP

(base : Ensemble de la population – 903 interviewés)

Les 'cadres et professions supérieures' se souviennent mieux de la campagne que les autres CSP

Les CSP 'Ouvriers' s'en souviennent moins.



I-Scope – ASSNC / Etude d'opinion de la population sur la vaccination - Rapport d'analyse / Décembre 2015

19

3.3.2 – La campagne de communication – Choix de faire vacciner ?

Si Souvenir de la campagne / Pensez-vous que les parents avaient le choix de faire vacciner ou non leur fille ?

Les parents avaient-ils le choix ?

(base : 415 interviewés)



Sur 10 personnes se souvenant de la campagne, 8 ont compris que les parents avaient le choix de faire vacciner leur fille

Pour quasiment 1 personne sur 10, les parents n'avaient pas le choix (soit 4% de la population des plus de 15 ans)



A noter : la proportion de ceux qui pensent que les parents n'avaient pas le choix est légèrement supérieure parmi les opposants au vaccin

I-Scope – ASSNC / Etude d'opinion de la population sur la vaccination - Rapport d'analyse / Décembre 2015

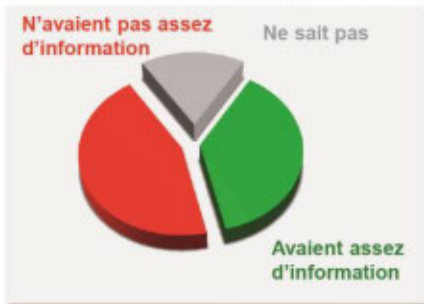
20

3.3.3 – La campagne de communication – L'information

SI AVAIENT LE CHOIX ou NSP / Pensez-vous que les parents avaient assez d'information avec cette communication pour choisir de faire vacciner ou non leur fille ?

Les parents avaient-ils assez d'information ?

(base : 382 interviewés)

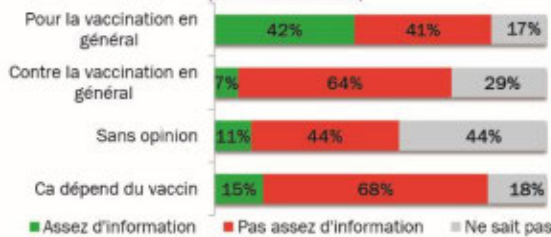


Parmi les personnes qui estiment que les parents avaient le choix ou qui ne savaient pas, une majorité (45%) pense que l'information était insuffisante (soit 19% des plus de 15 ans)

- On observe des écarts de jugement selon :
 - L'opinion sur la vaccination en général et l'opinion sur la vaccination anti-papillomavirus (cf. ci-dessous et page suivante)
 - Les écarts selon l'âge et la CSP sont liés aux écarts concernant l'opinion concernant la vaccination

Variation selon l'opinion sur la vaccination en général

(base : 382 interviewés)



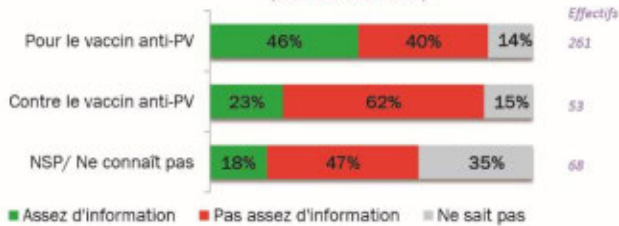
- Ceux qui sont **contre ou réservés** sur la vaccination pensent que **l'information était insuffisante**
- Les avis sont **partagés** parmi les **favorables** à la vaccination en général.

3.3.3 – La campagne de communication – L'information

SI AVAIENT LE CHOIX ou NSP / Pensez-vous que les parents avaient assez d'information avec cette communication pour choisir de faire vacciner ou non leur fille ?

Variation de l'opinion sur l'information selon l'opinion sur la vaccination selon anti-HPV

(base : 382 interviewés)



Les opposants au vaccin anti-HPV estiment que l'information était **insuffisante**

- Le fait d'avoir une fille de 12-20 ans n'influe pas sur ce point

3.4. Evocation de la sexualité par les parents

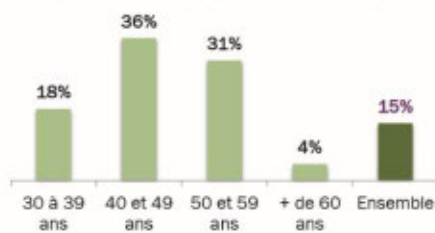
23

3.4 – Evocation de la sexualité par les parents avec leur fille

FILTRE : Si foyer avec enfant(s) : Avez-vous une fille de 12 à 20 ans ? De quel âge ?
Si OUI : Avez-vous déjà parlé de sexualité avec elle ?

A une fille de 12 à 20 ans

(base : Ensemble de la population – 902 interviewés)

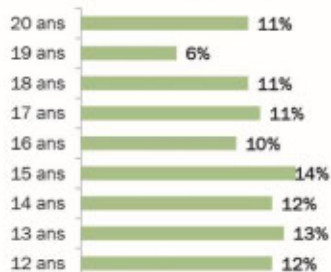


➔ 15% des interviewés déclarent avoir une fille de 12 à 20 ans

- Principalement les 40-59 ans (les ¾ de ceux qui ont une fille de cet âge ont entre 40 et 59 ans)

Age des filles de 12 à 20 ans

(base : 132 interviewés ayant une fille de 12 à 20 ans)



➔ 12% étaient directement concernés par la campagne sur le vaccin anti-HPV, soit 2% de la population des plus de 15 ans

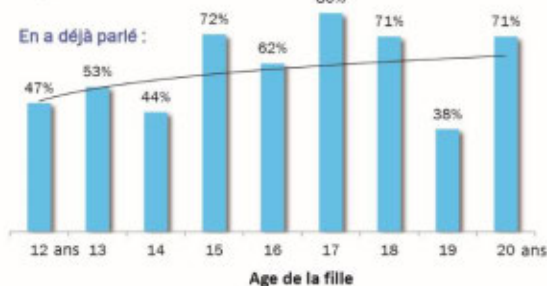
3.4 – Evocation de la sexualité par les parents avec leur fille

FILTRE : Si foyer avec enfant(s) : Avez-vous une fille de 12 à 20 ans ? De quel âge ?
 Si OUI : Avez-vous déjà parlé de sexualité avec elle ?



➔ **60% des interviewés ayant une fille de 12 à 20 ans déclarent avoir déjà parlé de sexualité avec elle :**
 Il y a des écarts selon l'âge, le sexe et la CSP de l'interviewé :

➔ Ils en parlent davantage avec les filles âgées de 15 ans et plus



➔ Les 'Femmes' sont plus nombreuses (78% d'entre elles) à aborder le sujet que les 'Hommes' (38% d'entre eux).

➔ Les parents qui ne parlent pas de sexualité avec leur enfant sont plus favorable au vaccin 'Anti-papillomavirus' (70% d'entre eux sont favorables) que ceux qui évoquent ce sujet (50% d'entre eux sont favorables).

➔ Variation du comportement selon la CSP :

CSP	OUI en %	Effectif
Agriculteurs, pêcheurs, éleveurs	57%	7
Artisans, commerçants, chefs d'ent.	60%	10
Cadres, professions supérieures	80%	10
Professions intermédiaires	67%	18
Employés	60%	20
Ouvriers	41%	17
Retraités	33%	9
Chômeurs	66%	41
Total	60%	132

Les CSP+ (Cadres, prof. Sup.) sont plus nombreux à aborder le sujet (80% d'entre eux) que les 'Ouvriers' ou les 'Retraités'.

4. SYNTHÈSE

4 – Synthèse

- **86% de la population est favorable à la vaccination en général, 5% est défavorable, et 7% réserve son avis en fonction du vaccin (2% ne se prononce pas)**
- **68% de la population est favorable à la vaccination anti-HPV (12 points de moins que pour la vaccination en général) et 11% est défavorable (2 fois plus que pour la vaccination en général)**
 - Parmi ceux dont l'opinion vis à vis de la vaccination en général dépend du vaccin, 29% sont favorables au vaccin anti-HPV
 - **Les populations les moins favorables / les plus sceptiques sont** : les plus 'âgés', les femmes (qui connaissent plus l'existence du vaccin que les hommes mais qui émettent également plus d'avis défavorables) ; les 'Européens non nés en NC' ; ceux qui ont des filles de 12 à 20 ans (58% sont favorables seulement)
 - **Les populations les plus favorables sont** : les plus jeunes ; les personnes d'origine mélanésienne (ce qui explique que l'on trouve plus d'avis favorables en province Iles et Nord)

→ La vaccination est largement acceptée en Nouvelle Calédonie

4 – Synthèse

- **La peur des effets secondaires (32% des interviewés) et le manque de recul (29%) sont les deux principales raisons citées par les personnes défavorables au vaccin anti-HPV**
 - Les autres motifs importants sont liés à des mauvais échos sur le vaccin et sa dangerosité (26%) ; à son manque d'efficacité (12%) ; au manque d'information sur le sujet (13%)
- **46% de la population se souvient de la campagne de communication pour la vaccination contre le cancer du col de l'utérus**
 - Le souvenir de la campagne est fortement corrélé à l'opinion sur le vaccin anti-HPV : on trouve plus de personnes se souvenant de la campagne parmi les 'défavorables au vaccin' que chez les 'favorables au vaccin'.
 - 8 personnes sur 10 se souvenant de la campagne savaient que les parents avaient le choix de faire vacciner ou non leur fille
 - Parmi eux **la majorité estime que les parents n'avaient pas assez d'information (45%)**

→ **Les plus informés sur l'existence du vaccin sont proportionnellement moins favorables au vaccin** : ils ont entendu parler des risques, des effets secondaires ...

→ **L'information est jugée insuffisante** et cela est évoqué :

- en spontané, quand on demande à l'interviewé de se prononcer (pour ou contre) : 10% ne connaissent pas ce vaccin ; le manque d'information ou la manipulation sont aussi évoqués par les opposants (respectivement 13% et 12%);
- en assisté, au sujet de l'information contenue dans la communication, par 45% de ceux qui se souviennent de la communication et qui pensaient que les parents avaient le choix, ou qui sont sans opinion, soit 19% des plus de 15 ans.

ANNEXE – LE QUESTIONNAIRE

Bonjour, de la société I-Scope, nous réalisons une étude pour connaître l'opinion de la population calédonienne sur différents sujets.

Avez-vous 10 minutes à m'accorder pour répondre à mes questions s'il vous plait ?

1. Etes-vous pour ou contre la vaccination en général ?

- a. Pour
- b. Contre
- c. Sans opinion

2. Etes-vous pour ou contre la vaccination anti-papillomavirus (le vaccin contre le cancer du col de l'utérus, Gardasil * ou Cervarix*)?

- a. Pour
- b. Contre
- c. Sans opinion
- d. Ne connaît pas

3. Si contre : Pour quelles raisons êtes-vous contre ? (spontané : laissez répondre ; plusieurs réponses possible)

- a. Peur des effets secondaires
- b. Manque d'information
- c. Fille trop jeune

4. Vous souvenez-vous de la campagne de communication pour la vaccination contre le cancer du col de l'utérus, organisée dans les collèges pour les jeunes filles de 12 ans, en septembre et octobre dernier ?

- a. Oui
- b. Non

Si oui à Q4 :

5. Pensez-vous que les parents avaient le choix de faire vacciner ou non leur fille ?

- a. N'avaient pas le choix
- b. Avaient le choix
- c. Ne sait pas

Si Q45 différent de « N'avaient pas le choix »

6. Pensez-vous que les parents avaient assez d'information avec cette communication pour choisir de faire vacciner ou non leur fille ?

- a. Oui
- b. Non
- c. Ne sait pas

FILTRE : Si foyer avec enfant(s) : Avez-vous une fille de 12 à 20 ans ? De quel âge ?

7. Si vous avez une fille de 12 à moins de 20 ans : Avez-vous déjà parlé de sexualité avec elle ?

- a. Oui
- b. Non

6.12. Détails de l'analyse de coûts

Stratégie n°1 : Total des coûts du programme de vaccination organisé anti-HPV (première campagne 2015/2016)				
Poste de dépense	Coût unitaire (FCFP)	Coefficient multiplicateur	Mesure coût première campagne (1 an)	Financier
Coûts récurrents (durée de validité 1 an)				
Doses de vaccin (827 JF et 2 doses; 1654 doses)	14 200 468	1	16 776 839	CAFAT / Province Nord
Conception et coordination du programme				ASS-NC
Chef de projet (4 mois ETP)	2 394 992	1	2 394 992	
Coordinatrice de projet (3 mois ETP)	1 531 566	1	1 531 566	
Équipe mobile de vaccination (salaires, charges)				ASS-NC
Dose 1				
Médecin 1	970 365	1	970 365	
Médecin 2	652 580	1	652 580	
IDE 1	333 718	1	333 718	
IDE 2	1 149 796	1	1 149 796	
IDE 3	276 685	1	276 685	
Dose 2				
Médecin 3	620 321	1	620 321	
Médecin 2	1 649 990	1	1 649 990	
IDE 4	1 077 428	1	1 077 428	
Équipe mobile de vaccination (indemnités de déplacement)				ASS-NC
Dose 1				
Frais de déplacement Médecin 1	132 600	1	132 600	
Frais de déplacement IDE 1	50 500	1	50 500	
Iles : Loyalty Tours (avion, location véhicule)	161 750	1	161 750	
Dose 2				
Médecin 3	43 200	1	43 200	
Médecin 2	107 450	1	107 450	
IDE 4	150 650	1	150 650	
Médecins et IDE des dispensaires (salaires, charges)	334 885	1	334 885	DPASS Sud ; DACAS Iles
Achat de matériel				ASS-NC
Dose 1 et 2 - Handicap Conseil (consommables, DASRI, pansement, compresses imprégnées)	201 735	1	201 735	
Coûts ponctuels (durée de validité 4 ans)				
Campagne de communication (Demi-Lune ; création, diffusion)	7 670 384	0,25	1 917 596	
Sensibilisation des MG (IDE santé publique, 1 mois ETP)	574 898	0,25	143 725	
Évaluation du programme				
Interne (salaire, charges, 8 mois ETP)	3 557 240	0,25	889 310	
Étude d'opinion (I-Scope)	624 750	0,25	156 188	
Achat de matériel				
Achat glacière Coldway	173 628	0,25	43 407	
Achat réfrigérateur, congélateur	91 000	0,25	22 750	
TOTAL coûts de la première campagne (FCFP)			31 790 024	
Coût par JF vaccinée (mesure ; un an) (FCFP) (827 JF vaccinées)			38 440	

Tableau 32 : Mesure de l'ensemble des coûts détaillés de la première campagne du programme de vaccination anti-HPV en milieu scolaire, 2016

Stratégie n°2 : Total des coûts de la vaccination opportuniste anti-HPV pour 827 filles (estimation)				
Poste de dépense	Coût unitaire (FCFP)	Coefficient multiplicateur	Estimation coût d'une campagne (1 an)	Financier
Coûts récurrents (durée de validité 1 an)				
Doses de vaccin (827 JF et 2 doses; 1654 doses)	29 196 408	1	29 196 408	CAFAT / AMG
2,5 consultations par MG ou gynéco (827 JF)	8 869 575	1	8 869 575	
Organisation	0		0	
Coûts ponctuels (durée de validité 4 ans)				
Campagne de communication (création, diffusion)	7 670 384	0,25	1 917 596	
Sensibilisation des MG (IDE santé publique, 1 mois ETP)	574 898	0,25	143 725	
Évaluation du programme				
Interne (salaire, charges, 8 mois ETP)	3 557 240	0,25	889 310	
Étude d'opinion (I-Scope)	624 750	0,25	156 188	
TOTAL coûts d'une campagne (FCFP) (estimation pour 827 JF vaccinées)			41 172 801	
Coût par JF vaccinée (estimation ; 827 JF ; un an) (FCFP) (827 JF vaccinées)			49 786	

Tableau 33 : Estimation de l'ensemble des coûts détaillés de la vaccination opportuniste pour une campagne d'un an à taille équivalente du public-cible (n=827)

6.13. Mouvements antivaccinaux

6.13.1. Communiqué de presse de l'association EPLP

Date : 04/07/2015



Ensemble Pour La Planète
Initiative citoyenne pour la Nature et l'Homme

COMMUNIQUE DE PRESSE DU 4 JUILLET 2015

Objet : information médicale des femmes / campagne vaccination cancer col de l'utérus et dépistage de masse cancer sein

A l'initiative de l'Agence sanitaire et sociale de Nouvelle-Calédonie (ASSNC), **une coûteuse (1) campagne de sensibilisation et de vaccination contre (certains) cancers du col de l'utérus est lancée dans notre pays** à grand renfort d'expert venu d'ailleurs...

Le **pilonnage de la « bonne parole » pro-vaccin** a donc commencé par la bouche du Pr Graesslin dont **on ne sait trop ce qu'il vient faire ici** (n'avons-nous pas de médecin compétent en la matière ? Ne servirait-il que de **parapluie-parasol-paravent-paratonnerre** au directeur de l'ASSNC, le **Dr Rouchon ?**) ni à **quel prix** (à combien s'élève la prise en charge sur nos deniers de ce déplacement ?) et dont on ignore tout de **potentiels conflits d'intérêt** avec l'industrie pharmaceutique...

Ce vaccin étant **très controversé**, ne vous laissez pas culpabiliser, informez-vous avant d'envisager de faire vacciner **VOS** enfants en vous rendant à :

http://www.infovaccin.fr/gardasil_201311.html

Le fait que cette vaccination ne dispense pas de frottis nous incite à penser qu'elle constitue une prise de risque complètement inutile.

Nous sommes au regret de rappeler que le directeur de l'ASSNC, le Dr Rouchon, est « **responsable de la prévention des cancers féminins, sein et utérus** » et que c'est donc à lui qu'EPLP demande depuis 4 ans maintenant de **mettre fin à la désinformation des femmes qu'il organise** en leur taisant les **inconvenients potentiels** du dépistage systématique du cancer du sein par mammographie et ce, en **violation du code de la santé publique** (cf article R.4127-35 (2) + PJ information donnée dans l'hexagone) **et de la déontologie médicale.**

A l'initiative d'EPLP, cela lui vaudra prochainement de devoir **rendre personnellement des comptes devant le juge**, sauf à ce que les messages diffusés sous sa responsabilité sur tous supports soient très rapidement modifiés dans le sens adéquat (nous venons d'alerter le président du gouvernement à ce sujet afin qu'il use de son autorité).

Cette « mesure de prévention » du cancer du sein étant elle aussi très controversée, nous proposons aux femmes concernées de se documenter avant de décider ce qu'elles souhaitent pour leurs seins **en toute connaissance de cause** (3) (voir par exemple à :

<http://www.cochrane.org/fr/CD001877/dépistage-du-cancer-du-sein-par-mammographie>).

Extrait : « Si l'on considère que le dépistage réduit la mortalité par cancer du sein de 15 % au bout de 13 ans de suivi et que le surdiagnostic et le surtraitement s'élèvent à 30 %, cela signifie que, **pour 2 000 femmes** invitées à participer à un dépistage au cours d'une période de

EPLP, N'Géa - BP 32008 - 98 897 NOUMEA Cedex - NOUVELLE-CALEDONIE
Site internet : <http://www.eplp.asso.nc> - Courriel : eplp.asso@gmail.com

10 ans, un décès par cancer du sein sera évité et **10 femmes en bonne santé** qui n'auraient pas été diagnostiquées si elles n'avaient pas participé au dépistage seront **traitées (voire mutilées) inutilement**. En outre, **plus de 200 femmes se trouveront dans une situation de détresse psychologique, d'anxiété et d'incertitude importantes pendant des années en raison de résultats faussement positifs.** ».

Nous lisons dans le « **Rapport d'activité 2014 de l'ASSNC** » qui vient tout juste d'être publié, que l'objectif de ce dépistage de masse est de « **réduire la mortalité par cancer du sein chez la femme de 50 à 74 ans** ». Mais alors que ce dépistage est engagé depuis 7 ans (2009), nous restons dans l'attente de connaître sa réelle efficacité. **Nulle évaluation nulle part... Alors, enregistre-t-on ou pas une diminution de la mortalité des femmes par cancer du sein (4) ?**

Et si l'efficacité du dépistage n'est pas prouvée en NC, est-il bien utile de persévérer à **grands frais** ? **Nous demandons au gouvernement d'exiger une évaluation avant d'envisager de poursuivre ce programme** (en prenant en compte d'éventuelles spécificités géographiques).

NB : un diagramme (p 50) « montre » une variation du stade de diagnostic MAIS PAS DE LA MORTALITE... De même on ne voit pas de chiffres absolus, seulement des proportions, ce qui empêche d'évaluer l'importance du surdiagnostic...

En l'absence d'information pleine et entière sur les possibles inconvénients de ces pratiques, les appels au dépistage systématique du cancer du sein par mammographie et à la prévention du cancer du col de l'utérus par la vaccination, constituent une **manipulation collective des Calédoniennes**. Il est pourtant indispensable que **chaque femme puisse choisir, en toute connaissance de cause, de s'inscrire ou non dans ces mesures.**

Où l'on voit que M. Rouchon est un expert dans l'art de la manipulation individuelle et collective destinée à fabriquer de faux consentements...

Et circonstance aggravante : son « travers » ne s'exerce qu'à l'égard des filles et des femmes (5) !

Pour EPLP, la Présidente,

Martine Cornaille

(1) en argent et sans doute aussi en désastreux effets secondaires indésirables pour nos enfants

(2) « **Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il propose...** »

(3) sur l'instrumentalisation du corps des femmes par le pouvoir médical, lire : <http://www.eplp.asso.nc/?p=4863> et <http://www.eplp.asso.nc/?p=4859>

(4) Prescrire : « **Cancer du sein : il vaut mieux le détecter tôt, on guérit mieux d'une petite tumeur que d'une grosse, le dépistage par mammographie sauve des vies, ... ces slogans répétés à l'envie par les agences de santé, les associations de lutte contre le cancer sont FAUX** ». Consultable à : http://www.prescrire.org/Docu/Archive/docus/PrixPrescrire2012_DiaporamaGotzsche.pdf

(5) ex. jamais de dépistage organisé du cancer de la prostate en NC ! Prostate et testicules des messieurs sont à l'abri des mauvais traitements de l'ASNNC mais pas les seins ni l'utérus des dames et demoiselles !

EPLP, N'Géa - BP 32008 - 98 897 NOUMEA Cedex - NOUVELLE-CALÉDONIE
Site internet : <http://www.eplp.asso.nc> - Courriel : eplp.asso@gmail.com

Page 2/2

6.13.2. Pétition

Date : 28/09/2015

Le plus grand mouvement citoyen mondial en ligne pour le changement

CRÉER UNE PÉTITION

Président du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie, Ministre de la santé: Arrêter la campagne anti-HPV dans les écoles

Créée par
ounou m.
Nouvelle
Calédonie

Destinataire:
**Président du
gouvernement de la
Nouvelle-Calédonie, Ministre
de la santé**



94

250

94 signatures. Atteignons 250

SIGNEZ LA PÉTITION

“ Arrêter la campagne anti-HPV dans les écoles

Entrez votre adresse email:

E-mail

Pourquoi c'est important pour moi (facultatif)

Avaaz protège vos informations
personnelles et vous tiendra au courant de
campagnes similaires.

Partager cette campagne sur Facebook

Cette pétition a été lancée par ounou m. et ne représente peut-être pas
un positionnement d'Avaaz.

SIGNER

Pourquoi c'est important

POUR LA PROTECTION DE
LA SANTE NATURELLE

Le droit de se
soigner autrement

NON à la vaccination massive des enfants

Contre le papillomavirus

Pétition

A l'attention

Du Président du Gouvernement de la Nouvelle Calédonie

des Ministres de la santé, de la protection sociale et de
l'enseignement

du président de la commission santé au Congrès

Mesdames les
ministres, Messieurs les présidents,

L'Agence Sanitaire et Sociale de la Nouvelle Calédonie, préconise par
une large campagne médiatique relayée par une communication aux parents, la
vaccination gratuite des élèves à partir
de 12 ans dans tous les collèges en prévention du cancer du col de l'utérus.

L'information donnée aux parents et les précautions (vérification de l'absence de contamination par le papillomavirus avant l'administration du vaccin) sont insuffisantes et orientées.

Cette décision suscite une très

vive émotion des citoyens. Nous sommes très nombreux à ne pas comprendre qu'une telle décision puisse être prise en Nouvelle Calédonie alors que l'analyse des données de pharmacovigilance a fait état de 26 675 effets indésirables graves dont 113 cas de sclérose en plaque en lien avec ces vaccinations

De plus, le vaccin, lui, ne protège pas à 100%, loin de là. Toutes les sources médicales s'accordent sur ce point. Pour prévenir le cancer du col de l'utérus, rappelons qu'en plus de l'information donnée à notre jeunesse, (éducation pour la santé), le seul moyen démontré de prévenir le cancer du col de l'utérus est de faire des frottis (dépistage). Si des lésions précancéreuses sont trouvées, elles peuvent alors être soignées simplement.

Par la présente pétition, nous vous demandons donc de stopper la campagne de vaccinations de masse déjà en cours dans certains collèges contre le papillomavirus :

Tant qu'une efficacité raisonnable du vaccin n'aura pas été démontrée ;

Tant que les effets secondaires du vaccin ne seront pas connus et maîtrisés

Tant que la garantie ne sera pas donnée que ces vaccinations massives ne réduisent pas la vigilance préventive par le frottis

Et de donner une information éclairée aux parents à partir des différentes études sur le vaccin gardasil depuis sa mise sur le marché.

Cela permettra d'éviter d'inutiles accidents et des souffrances considérables à de nombreux enfants. Vous contribueriez ainsi à maintenir la confiance des parents et la nécessaire sérénité dans les écoles.

Malgré la gratuité pour les usagers de cette vaccination dans les écoles, on peut s'interroger sur le coût supporté par l'Agence Sanitaire et Sociale de la Nouvelle Calédonie quand on sait que le budget santé est insuffisant

Veuillez agréer Mesdames et Messieurs l'expression de mes salutations respectueuses

Les sources :

<https://fr.wikipedia.org/wiki/gardasil>

http://pétition.ipn.eu/papillomavirus/utm_sourc

<http://www.gardasil.fr>

Bonjour, A propos de notre pétition, Beaucoup de personnes demandent : qui est le Pr Joyeux ? C'est un oncologue, spécialiste de la nutrition, professeur de médecine et chirurgien des hôpitaux. Il rédige sur internet le message intitulé "la lettre du professeur Joyeux". Voici son e-mail henri.joyeux@sante-nature-innovation.fr. Il travaille avec une équipe qui donne naissance au dossier "santé nature innovation" afin que les populations deviennent mieux informées et puissent choisir comment se soigner etc.... Autres médecins connus : Jean Marc Dupuis, Jean Paul Curtay Pourquoi en Nouvelle Calédonie, cette vaccination massive a-t-elle été prise aussi rapidement ? On attend des réponses !!... alors que l'efficacité de ce vaccin n'est pas démontrée actuellement. Ce vaccin va donner une fausse protection du cancer du col de l'utérus en risquant de faire reculer la pratique du frottis, pratique encore trop insuffisante, (ce dépistage par le frottis restera pourtant indispensable pour les jeunes vaccinées). Les risques de développer certaines maladies liés au vaccin n'est pas nulle ...Je vous invite à aller sur le site www.eurekasante.fr/actualit/actualite/sante . On y trouve le résultat d'une étude menée par le SNIIRAM (système national d'information inter-régime de l'assurance maladie)

Continuer de soutenir la pétition pour obtenir la suspension de cette vaccination massive auprès de tous nos jeunes de 12 ans dans les collèges et qu'une discussion soit déclenchée afin d'établir les priorités en matière d'information de notre jeunesse pour préserver leur santé
Mado – Iris – Olga

6.13.3. Page Facebook de l'association UGPE

Date : première publication le 29/09/15, 4 publications

facebook

Afficher l'historique des modifications

Union Groupement Parents d'Elèves de NC

L'UGPE a déjà donné sa position au gouvernement. nous sommes contre les vaccinations systématiques. Nous voulons que les familles soient mieux éclairées sur le choix qu'elles doivent faire. Les familles ne disposent pas d'assez de temps pour pouvoir se renseigner sur les avantages et inconvénients du vaccin pour pouvoir prendre leur décision en connaissance de cause. Pourquoi tant de précipitations? Nous pensons que c'est encore un cadeau que le gouvernement offre aux amis importateurs de ces types de vaccins. Quand on pense qu'une dose coûte la bagatelle de 400 euros, alors 5000 doses en deux fois cela 10 000 doses coûtent 4 000 000 euros soient 480 000 000 de francs CFP. Cadeau pour je ne sais qui.

Président du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie, Ministre de la santé: Arrêtez la campagne...
secure.avaz.org

29 septembre, 09:23 · Public
J'aime cette Page · Plus

J'aime Commenter Partager

Votre commentaire...

Commenter

Joindre une photo · Mentionner des amis

facebook



Préc. Suiv.

J'aime Commenter Partager

Union Groupement Parents d'Elèves de NC

COMMUNIQUE DE L'UGPE :
 Suite au Lancement par l'agence sanitaire et sociale de la Nouvelle Calédonie de la campagne de vaccination contre le papillomavirus qui concerne l'ensemble des jeunes filles âgées de 12 ans de Nouvelle Calédonie, l'UGPE tient à mettre en garde les parents contre cette campagne qui ne nous semble ni opportune, ni justifiée.
 En effet, le bureau de l'UGPE a rencontré les membres agents de l'agence sanitaire et du Vice Rectorat et a émis de fortes réserves concernant ce programme.
 Nous n'avons pas eu de réponses satisfaisantes sur beaucoup de points que nous avons évoqués et nous pensons que sur des sujets aussi graves, des informations ciblées et personnalisées sont nécessaires.
 Par conséquent, l'UGPE informe les autorités et les parents d'élèves que notre fédération s'oppose à ce programme de vaccination en l'état et que nous appelons les parents à être vigilants avant de signer l'autorisation pour cette vaccination et demander l'avis d'un professionnel de la santé indépendant.
 Par ailleurs, il nous semble que l'argent dédié à ce programme serait mieux employé pour augmenter le nombre d'infirmières dans les établissements, pour renforcer la sensibilisation sur les méfaits : des rapports sexuels non protégés, de l'alcool, du tabac, et du cannabis.

Le président
 Richard SIO

2 octobre · Public · dans Photos du journal
 Voir en taille réelle · Envoyer sous forme de message · Signaler

5 personnes aiment ça.

Votre commentaire...

Commenter

Joindre une photo · Mentionner des amis

facebook

Afficher l'historique des modifications

Union Groupement Parents d'Elèves de NC

ATTENTION ! LES PARENTS NE SONT PAS OBLIGE DE SIGNER POUR FAIRE VACCINER LEURS ENFANTS. L'UGPE informe les autorités et les parents d'élèves que notre fédération s'oppose à ce programme de vaccination en l'état et que nous appelons les parents à être vigilants avant de signer l'autorisation pour cette vaccination et demander l'avis d'un professionnel de la santé indépendant.



video vaccination anti HPV
 youtube.com

14 octobre, 11:22 · Public
 J'aime cette Page · Plus

J'aime Commenter Partager

Votre commentaire...

Commenter

Joindre une photo · Mentionner des amis

facebook



Préc. Suiv.

J'aime Commenter Partager

Union Groupement Parents d'Elèves de NC

Voici un rapide compte rendu de la réunion du vendredi 4 décembre sur la campagne de vaccination HPV en Calédonie.

L'UGPE était la seule organisation présente à émettre un avis défavorable à la poursuite de la campagne de vaccination et à demander la réorientation des budgets afférents à cette campagne vers d'autres actions de prévention comme la lutte contre les MST, les dégâts causés par l'alcool, le cannabis, le tabac, etc. auprès de nos jeunes.

Au niveau des chiffres : l'Agence s'était fixé un objectif de 70 % des jeunes filles de 12 ans (nées en 2003) vaccinées.

Cet objectif n'a pas été atteint, cependant dans certaines régions du pays, il s'en approche :

Ainsi, aux Iles Loyauté ce sont 61 % des jeunes filles de 12 ans des collèges publics et privés qui ont été vaccinées

En Province Nord : 58 %
En Province Sud : 37, 2 % Ce faible taux les inquiète pour la Province Sud.

Au niveau du pays ce sont 43, 4% des jeunes filles nées en 2003 qui ont été vaccinées soit un total de 849.

Les autorités sanitaires reconnaissent que le bilan est mitigé, mais reconnaissent que quelque part leur objectif est atteint : toucher au maximum les populations kanak et océaniques qui sont exclues des dépistages classiques par le Frottis ou par la vaccination.

Nous avons cru comprendre en fin de réunion qu'il se posait un problème de budget pour la poursuite de l'opération en 2016, mais que l'Agence sanitaire demanderait aux politiques de voter quand même le budget pour poursuivre la vaccination en 2016 avec cette fois ci deux vagues de vaccination : Une pour la 2^e dose des jeunes filles nées en 2003 et une pour la première dose des jeunes filles dont les parents auront donné leur autorisation et née en 2004....

Dossier à suivre, donc....
Ils ont promis qu'ils enverraient leur diaporama avec tous les résultats....

7 décembre, à 10:05 · Public · dans Photos du journal
Voir en taille réelle · Envoyer sous forme de message · Signaler

Annly Bwmr aime ça.

Votre commentaire...

6.13.4. Blog « Dur à avaler »

Date : 02/05/2016

Il s'agit d'un site internet tenu par un blogueur néo-calédonien qui aborde divers sujets, notamment la vaccination en général et anti-HPV en particulier.

DUR à AVALER

Des articles de santé pour s'informer et agir.

VU SUR  france 

GÉNÉRAL

Cancer du col de l'utérus : Pour protéger votre fille, REFUSEZ LE VACCIN

Un article de Jérémie Anso — 21 commentaires



...Surtout si vous ne connaissez rien au cancer du col de l'utérus, ni à la vaccination recommandée avec le Gardasil, ni sur son efficacité, encore moins sur les risques et les conditions douteuses de sa mise sur le marché.

Si vous n'avez pas lu cet article, ni consciencieusement questionné votre médecin traitant **AVEC votre fille**, qui est la première concernée, afin d'obtenir, réellement, des informations « loyales, claires et appropriées » sur cet important acte médical [1], **alors je vous recommande de NE PAS faire vacciner votre fille.**

Toutes les raisons sont expliquées dans cet article. L'avis éclairé de votre médecin sera primordial pour cette question de vaccination de masse.

La campagne de vaccination...

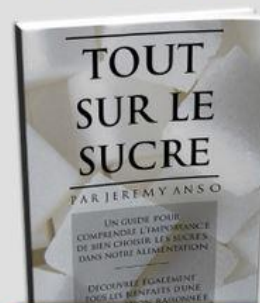
Débutée en septembre de l'année dernière, vous avez très probablement vue passer la campagne de vaccination assurée par l'Agence sanitaire et sociale de Nouvelle-Calédonie

Mai
2
2016

rechercher

RECHERCHE

REJOIGNEZ LES 8715 ABONNÉS !



2 GUIDES GRATUITS

Inscrips ton adresse mail ici !

Télécharger !

TOP ARTICLES !

L'Homme n'a JAMAIS été Végétarien

558 commentaires | 82 200 views

Pro Plan promet plus de transparence sur ses croquettes : Laissez-moi vous aider !

393 commentaires | 82 167 views

10 minutes pour convaincre sur les dangers des produits laitiers

326 commentaires | 107 053 views

Mon chat crève du Diabète par ma faute

275 commentaires | 45 496 views

7. Références

1. Institut de la statistique et des études économiques Nouvelle-Calédonie [Internet]. [cité 3 oct 2016]. Disponible sur: <http://www.isee.nc/>
2. Maison de la Nouvelle Calédonie [Internet]. [cité 14 oct 2016]. Disponible sur: <http://www.mncparis.fr/>
3. Gouvernement de la Nouvelle-Calédonie [Internet]. [cité 14 oct 2016]. Disponible sur: <https://gouv.nc/gouvernement-et-institutions>
4. International monetary fund. Report for Selected Countries and Subjects [Internet]. [cité 13 oct 2016]. Disponible sur: <http://bit.ly/1PkWIHa>
5. Direction des affaires sanitaires et sociales de la Nouvelle-Calédonie. Situation sanitaire en Nouvelle-Calédonie. 2014.
6. Institut national de la statistique et des études économiques [Internet]. [cité 7 oct 2016]. Disponible sur: <http://www.insee.fr/fr/>
7. Agence Sanitaire et Sociale de la Nouvelle-Calédonie [Internet]. [cité 14 oct 2016]. Disponible sur: <http://www.ass.nc/>
8. De Villiers E-M, Fauquet C, Broker TR, Bernard H-U, zur Hausen H. Classification of papillomaviruses. *Virology*. 20 juin 2004;324(1):17-27.
9. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, Comité technique des vaccinations, Direction générale de la santé, Institut de veille sanitaire, Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Guide des vaccinations. 2012.
10. Haute Autorité de Santé. Dépistage et prévention du cancer du col de l'utérus. Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé. [Internet]. 2013 [cité 9 févr 2016].
11. Direction des affaires sanitaires et sociales de la Nouvelle-Calédonie. Le registre du cancer [Internet]. [cité 11 oct 2016]. Disponible sur: http://www.dass.gouv.nc/portal/page/portal/dass/observatoire_sante/Le%20registre%20du%20cancer
12. Girault. Cancer du col en Nouvelle Calédonie, à propos de 108 cas. 2014.
13. Institut national du cancer. www.e-cancer.fr [Internet]. [cité 16 oct 2016]. Disponible sur: www.e-cancer.fr
14. Haut Conseil de la santé publique. Vaccination contre les infections à papillomavirus humains. Données actualisées [Internet]. 2014 sept [cité 10 déc 2015] p. 33. Disponible sur: <http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=454>
15. Institut de veille sanitaire. Modélisation médico-économique de l'impact de l'organisation du dépistage du cancer du col utérin et de l'introduction de la vaccination contre les HPV dans le calendrier vaccinal [Internet]. 2007 mars [cité 9 oct 2016] p. 28.

16. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, Caisse nationale de l'assurance maladie. Vaccins anti-HPV et risque de maladies autoimmunes : étude pharmacoépidémiologique. Rapport final [Internet]. 2015 sept [cité 20 déc 2015] p. 92.
17. Haut conseil de la santé publique. Avis relatif à la révision de l'âge de vaccination contre les infections à papillomavirus humains des jeunes filles [Internet]. 2012 [cité 14 mars 2016]. Disponible sur: <http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=302>
18. République Française. Délibération n° 490 du 11 août 1994. août 11, 1994.
19. Magnat É. Évaluation de la campagne de dépistage du cancer du col de l'utérus en Nouvelle-Calédonie et population à haut risque. 2009 p. 48.
20. République Française. Délibération n° 45/CP du 20 avril 2011 modifiant la délibération n° 168 du 5 août 1969 portant règlement d'hygiène et de médecine scolaires et la délibération n° 21/CP du 4 mai 2006 relative aux vaccinations et revaccinations contre certaines maladies transmissibles. avr 20, 2011 p. 7.
21. HPV vaccine [Internet]. [cité 13 oct 2016]. Disponible sur: <http://www.hpvvaccine.org.au/>
22. HPV immunisation programme [Internet]. Ministry of Health New-Zealand. [cité 13 oct 2016]. Disponible sur: <http://www.health.govt.nz/our-work/preventative-health-wellness/immunisation/hpv-immunisation-programme>
23. Duport N, Salines E, Grémy I. Premiers résultats de l'évaluation du programme expérimental de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus, France, 2010-2012. Bull Epidemiol Hebd [Internet]. 2014 [cité 16 oct 2016]
24. Concertation citoyenne sur la vaccination [Internet]. Concertation citoyenne sur la vaccination. [cité 13 oct 2016]. Disponible sur: <http://concertation-vaccination.fr/>
25. Elfström KM, Dillner J, Arnheim-Dahlström L. Organization and quality of HPV vaccination programs in Europe. Vaccine. 30 mars 2015;33(14):1673-81.
26. Program for Appropriate Technology in Health. Évaluation des programmes pilotes de vaccination anti-HPV. Expérience pratique de PATH. 2012.
27. Organisation panaméricaine de la santé B régional de l'OMS. Méthodologie pour l'évaluation internationale du programme élargi de vaccination. 2011.
28. Vice-Rectorat de la Nouvelle-Calédonie, Service des statistiques. Population scolaire 2015. Les élèves de Nouvelle-Calédonie en quelques chiffres [Internet]. Nouvelle-Calédonie; 2015. Disponible sur: http://www.ac-noumea.nc/IMG/pdf/brochure_nb-8.pdf
29. Vice-Rectorat de la Nouvelle-Calédonie. Établissements du second degré de Nouvelle-Calédonie. Effectifs d'élèves et structures divisionnaires (situation de rentrée). Enseignements public et privé par commune. Année scolaire 2015. [Internet]. Nouvelle-Calédonie; 2015 p. 20. Disponible sur: http://www.ac-noumea.nc/IMG/pdf/brochure_effectifs_second_degre_2015_commune.pdf
30. World health organization. Monitoring vaccine wastage at country level. Guidelines for programme managers [Internet]. 2005. Disponible sur: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/68463/1/WHO_VB_03.18.Rev.1_eng.pdf
31. Vice-Rectorat de la Nouvelle-Calédonie. Vice-Rectorat de la Nouvelle-Calédonie [Internet]. Disponible sur: <http://www.ac-noumea.nc/>

32. Vice-rectorat de la Nouvelle-Calédonie. Dispositif du second degré de l'école du CHT [Internet]. [cité 19 juill 2016]. Disponible sur: <https://www.ac-noumea.nc/spip.php?article159>
33. Vice-rectorat de la Nouvelle-Calédonie. CSD-ASH : Orientation d'un élève vers une structure adaptée (SEGPA) ou spécialisée (ULIS) de l'enseignement du second degré [Internet]. [cité 19 juill 2016]. Disponible sur: <https://www.ac-noumea.nc/spip.php?article156>
34. European medicine agency. Résumé des caractéristiques du produit Gardasil.
35. Merck Canada Inc. Monographie du produit. Gardasil suspension injectable, agent pour une immunisation active. 2016.
36. Organisation mondiale de la santé. Causality assessment of an adverse event following immunization (AEFI). User manual for revised WHO classification. 2013.
37. Santé publique France - InVS [Internet]. [cité 14 oct 2016]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/>
38. CAFAT. Tarifs de responsabilité des médecins au 1er janvier 2013 [Internet]. 2013. Disponible sur: <https://www.cafat.nc/documents/11609/2502766/Tarifs+M%C3%A9decins.pdf/29ca908d-0ae0-4c1c-8048-aa813a5136fe>
39. London School of Hygiene & Tropical Medicine, PATH. HPV Vaccine Lessons Learnt [Internet]. [cité 3 oct 2016]. Disponible sur: <http://www.rho.org/HPVlessons/>
40. National centre for immunisation research and surveillance. Evaluation of the National Human Papillomavirus Vaccination Program. Final report [Internet]. Australie; 2014 août p. 202.
41. Kim JJ, Goldie SJ. Cost effectiveness analysis of including boys in a human papillomavirus vaccination programme in the United States. *BMJ*. 8 oct 2009;339:b3884.
42. Jit M, Choi YH, Edmunds WJ. Economic evaluation of human papillomavirus vaccination in the United Kingdom. *BMJ*. 17 juill 2008;337:a769.
43. Postel-Vinay N. Les résistances à la vaccination entre réalité et irrationnel. 2013 déc.
44. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé [Internet]. 2002-303 mars 4, 2002. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015&categorieLien=id>
45. Larson HJ, Figueiredo A de, Xiahong Z, Schulz WS, Verger P, Johnston IG, et al. The State of Vaccine Confidence 2016: Global Insights Through a 67-Country Survey. *EBioMedicine* [Internet]. 13 sept 2016 [cité 3 oct 2016];0(0).
46. Rougier Y, Institut Pasteur de la Nouvelle-Calédonie. Prévalence des infections à Papillomavirus à haut risque oncogène dans les lésions du col de l'utérus en Nouvelle-Calédonie. 2008.
47. Parkin DM, Louie KS, Clifford G. Burden and Trends of Type-specific Human Papillomavirus Infections and Related diseases in the Asia Pacific Region. *Vaccine*. août 2008;26:M1-16.
48. Law I, Fong JJ, Buadromo EM, Samuela J, Patel MS, Garland SM, et al. The high burden of cervical cancer in Fiji, 2004-07. *Sex Health*. 2013;10(2):171.
49. PATH, London School of Hygiene & Tropical Medicine. Enseignements tirés du vaccin anti-VPH : tour d'horizon du projet [Internet]. 2015. Disponible sur: http://www.rho.org/files/PATH-LSHTM_HPVueLL_overview_Fr_2015.pdf

50. Haute Autorité de Santé. Évaluation Médico-économique [Internet]. [cité 14 oct 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/fc_1250026/fr/evaluation-medico-economique
51. Pineault R, Daveluy C. La planification de la santé: concepts, méthodes, stratégies. 5. impression. Montréal u.a: Édition Agence d'ARC; 1990. 480 p.

Vu, le Président du Jury,

(tampon et signature)

Vu, le Directeur de Thèse,

(tampon et signature)

Vu, le Doyen de la Faculté,

(tampon et signature)

Titre de Thèse :

ÉVALUATION DE L'IMPLANTATION DU PROGRAMME DE VACCINATION CONTRE
LES PAPILLOMAVIRUS HUMAINS ORGANISE EN MILIEU SCOLAIRE
EN NOUVELLE-CALEDONIE

RÉSUMÉ

Un programme de vaccination anti-HPV en milieu scolaire a été mis en place en Nouvelle-Calédonie en 2015. L'objectif du travail était d'évaluer la première campagne (schéma vaccinal complet de deux doses) afin d'en identifier les freins et les leviers potentiels et d'apporter des recommandations d'amélioration. En 2016, une méthodologie mixte a été employée, avec entretiens, étude d'opinion, questionnaire aux professionnels et analyse des documents du programme. Six critères d'évaluation ont été analysés : couverture vaccinale, faisabilité, communication, acceptabilité, suivi, coût. Sur un public-cible de 1955 filles, 42 % ont été vaccinées, après accord parental indispensable. Le programme a permis une économie de 95 euros par fille vaccinée. Malgré l'intervention des lobbies antivaccinaux, cette première campagne a permis de multiplier par presque 10 le taux global de couverture vaccinale du public-cible, avec une efficacité supérieure à celle de la vaccination opportuniste, tout en la proposant de manière plus égalitaire.

MOTS-CLES

PROGRAMME DE VACCINATION, EVALUATION DE PROGRAMME, VACCINS ANTIPAPILLOMAVIRUS,
CANCER DU COL DE L'UTERUS, POLITIQUE VACCINALE,
MILIEU SCOLAIRE, NOUVELLE-CALEDONIE