



AVIS DU CONSEIL SCIENTIFIQUE DU COLLEGE NATIONAL DES GENERALISTES ENSEIGNANTS

A Paris, le 27/06/23,

VACCINER FILLES ET GARÇONS CONTRE LES PAPILOMAVIRUS DANS LES COLLEGES ? AVIS DU CONSEIL SCIENTIFIQUE DU CNGE

En 2019, la Haute Autorité de santé a émis un avis favorable à l'élargissement de la vaccination contre les papillomavirus (HPV) à tous les garçons âgés de 11 à 14 ans révolus avec un rattrapage possible pour les adolescents et jeunes adultes âgés de 15 à 19 ans révolus¹ et jusqu'à 26 ans révolus pour les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes.

En France, les données les plus récentes montrent une couverture vaccinale pour un schéma complet à 41,5% (jeunes filles nées en 2006)². Dans le but d'élargir la couverture vaccinale et d'atteindre l'objectif de 80% en 2030 selon la stratégie décennale de lutte contre les cancers³, la vaccination anti-HPV sera proposée aux élèves volontaires (filles et garçons) des classes de cinquième.

Environ 70% à 80% des personnes sexuellement actives seront infectées au moins une fois dans leur vie par un HPV¹. L'infection asymptomatique régresse le plus souvent mais peut persister chez certains patients et générer des lésions pré-cancéreuses et cancéreuses génitales, anales, et ORL. Le cancer du col de l'utérus (CCU) est le cancer lié aux HPV le plus fréquent avec près de 3 000 nouveaux cas et 1 100 décès par an en France¹.

Efficacité et sécurité d'emploi des vaccins HPV

Une revue systématique de la littérature de la Cochrane[®] sur des essais randomisés publiée en 2018 a conclu qu'il y avait des preuves de haute certitude que les vaccins HPV protégeaient contre les lésions précancéreuses du col de l'utérus chez les adolescentes et les jeunes femmes âgées de 15 à 26 ans⁴ : réduction de 164 cas à 2/10 000 pour les CIN2 (RR = 0,01) et de 70 à 0/10 000 pour les CIN3 (RR = 0,01). Plusieurs études de cohorte suggèrent une efficacité de la vaccination sur les cancers du col de l'utérus (CCU) : réduction de l'incidence du CCU*, en particulier si les femmes sont vaccinées à un jeune âge⁵⁻⁷. D'autres études de cohortes ont montré une réduction relative du diagnostic de verrues anogénitales chez les femmes et les hommes de 13 à 19 ans respectivement de 67% et 48%, 5 à 8 ans après la vaccination. Dans les pays avec une couverture vaccinale supérieure à 50% dans les deux sexes ces chiffres passent à 88% chez les femmes et 86% chez les hommes⁸.

Le Comité consultatif mondial pour la sécurité des vaccins considère les vaccins HPV comme « extrêmement sûrs »¹⁰.

Ce qui reste à montrer

À ce jour, il n'y a pas de données évaluant l'impact de cette vaccination sur la réduction de la mortalité liée aux cancers anogénitaux autres que le cancer du col utérin⁴.

* Concernant l'étude de Lei *et al.*, l'incidence cumulée de cancer invasif du col de l'utérus était de 94/100 000 chez les femmes non vaccinées vs 47/100 000 pour les femmes vaccinées (4/100 000 si vaccinées avant 17 ans et 54/100 000 si vaccinées entre 17 et 30 ans)⁶

Par ailleurs, pour la sphère ORL, si des données ont suggéré une efficacité de la vaccination contre les infections HPV, à ce jour, aucun essai randomisé n'a encore démontré de bénéfice sur les cancers ORL⁹.

Propositions du CS du CNGE : amélioration probable de la couverture vaccinale au détriment de la décision médicale partagée ?

Il est difficile d'évaluer l'impact spécifique d'une action de promotion de la vaccination sur la couverture vaccinale tant les causes d'hésitation vaccinale sont multiples¹¹. Une revue systématique de la littérature¹² a montré que les principaux freins à la vaccination HPV étaient l'insuffisance et l'inadéquation des informations disponibles, les préoccupations sur la sécurité du vaccin, l'inquiétude de ses effets indésirables potentiels ainsi que la méfiance à l'égard des autorités sanitaires, des professionnels de santé et des nouveaux vaccins.

Dans ce contexte, le CS du CNGE s'interroge sur le bien-fondé des interventions visant à augmenter la couverture vaccinale sans prise en compte de la décision médicale partagée avec un professionnel de santé alors que :

- l'objectif d'une couverture vaccinale de 80% n'est pas basée sur un indicateur médical ou médico-économique, mais sur le niveau de couverture vaccinale d'autres pays européens aux cultures et système de santé différents ;
- le choix de se faire vacciner mérite d'être discuté avec les adolescents et leurs parents, ainsi que leurs éventuelles réserves vis à vis des vaccins HPV.

En conclusion, la vaccination contre les HPV a une balance bénéfices/risques favorable sur les lésions précancéreuses du col de l'utérus. Elle nécessite une information claire, loyale, complète et adaptée des adolescents et de leurs parents sur l'infection à HPV, les bénéfices et risque de la vaccination actuellement connus selon les données de la science ainsi que les données manquantes. Dans le respect d'une approche centrée patient, un temps entre l'information (initiée éventuellement en milieu scolaire) et la vaccination doit être respecté. L'utilisation d'outils d'aide à la décision partagée accompagnée par un professionnel de santé, comme celui créé dans le cadre de l'étude PrevHPV[†], est souhaitable.

Références

1. Haute Autorité de santé. Recommandation sur l'élargissement de la vaccination contre les papillomavirus aux garçons. HAS, 2019. https://www.has-sante.fr/plug-ins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=p_3135791
2. Santé publique France. Données de couverture vaccinale papillomavirus humains (HPV) par groupe d'âge. SPF, 2023. <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/vaccination/articles/donnees-de-couverture-vaccinale-papillomavirus-humains-hpv-par-groupe-d-age>
3. Institut national du cancer. Stratégie de lutte contre les cancers en France. INCa, 2023. Disponible sur : <https://www.e-cancer.fr/Institut-national-du-cancer/Strategie-de-lutte-contre-les-cancers-en-France/La-strategie-decennale-de-lutte-contre-les-cancers-2021-2030>
4. Arbyn M, Xu L, Simoens C, Martin-Hirsch PP. Prophylactic vaccination against human papillomaviruses to prevent cervical cancer and its precursors. Cochrane Database Syst Rev 2018;5:CD009069.
5. Lei J, Ploner A, Elfström KM, et al. HPV Vaccination and the Risk of Invasive Cervical Cancer. N Eng J Med 2020;383:1340-8. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1917338>.
6. Kjaer SK, Dehlendorff C, Belmonte F, Baandrup L. Real-World Effectiveness of Human Papillomavirus Vaccination Against Cervical Cancer. J Natl Cancer Inst 2021;113:1329–35. <https://doi.org/10.1093/jnci/djab080>.

[†] Disponible à l'adresse : www.soshpv.fr

7. Falcaro M, Castañon A, Ndlela B, et al. The effects of the national HPV vaccination program in England, UK, on cervical cancer and grade 3 cervical intraepithelial neoplasia incidence: a register-based observational study. *Lancet* 2021;398:2084-92.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02178-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02178-4).
8. Drolet M, Bénard É, Pérez N, Brisson M. HPV Vaccination Impact Study Group. Population-level impact and herd effects following the introduction of human papillomavirus vaccination programs: updated systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2019;394:497-509.
[www.doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30298-3](http://www.doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30298-3)
9. Wierzbicka M, Berkhof JH, Dikkers FG. Prophylactic human papilloma virus vaccination in head and neck: indications and future perspectives. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg* 2019;27:85-90.
10. Organisation Mondiale de la Santé. Relevé épidémiologique hebdomadaire. 2017;92:393-404.
11. Nguyen-Huu N-H, Thilly N, Derrough T, et al. Human papillomavirus vaccination coverage, policies, and practical implementation across Europe. *Vaccine* 2020;38:1315-31.
12. Karafillakis E, Simas C, Jarrett C, et al. HPV vaccination in a context of public mistrust and uncertainty: a systematic literature review of determinants of HPV vaccine hesitancy in Europe. *Hum Vaccines Immunother* 2019;15:1615-27.