

PARLEMENT  
DE LA  
COMMUNAUTÉ FRANÇAISE

Session 2017-2018

12 JUIN 2018

PROPOSITION DE RÉSOLUTION

VISANT À RENFORCER ET ÉLARGIR LA VACCINATION CONTRE LE  
PAPILLOMAVIRUS HUMAIN (HPV)

DÉPOSÉE PAR M. JACQUES BROTCHE, MMES LYSELINE LOUVIGNY,  
VÉRONIQUE DURENNE ET LAETITIA BROGNIEZ ET M. JORDAN  
GODFRIAUX.

RÉSUMÉ

Aujourd'hui, en Fédération Wallonie-Bruxelles, la vaccination contre le HPV repose uniquement sur les filles.

Seules les filles, entre 12 et 18 ans, sont gratuitement vaccinées. La vaccination est organisée en deuxième secondaire, via le schéma scolaire à condition que les parents marquent leur accord.

Deux avis et études, le premier du Conseil Supérieur de la Santé (CSS), la seconde d'un groupe d'experts HPV formulent des recommandations.

La présente proposition, après avoir présenté les enjeux de la vaccination contre le HPV, ainsi que les différents vaccins disponibles sur le marché, fait siennes ces recommandations du CSS et du groupe d'experts.

Les auteurs souhaitent attirer l'attention du Gouvernement sur l'importance de la vaccination contre le HPV et que celui-ci s'engage pour la meilleure protection possible pour les jeunes filles et les jeunes garçons.

## TABLE DES MATIÈRES

DÉVELOPPEMENTS	3
PROPOSITION DE RÉSOLUTION VISANT À RENFORCER ET ÉLARGIR LA VACCINATION CONTRE LE PAPILLOMAVIRUS HUMAIN (HPV)	5

## DÉVELOPPEMENTS

---

Le virus du papillome humain (HPV) se transmet par tout contact sexuel. Un simple contact suffit pour en être infecté ce qui en fait l'Infection Sexuellement Transmissible (IST) la plus répandue au sein de la population sexuellement active : environ 70 à 80 % de la population seront en contact avec ce virus au cours de leur vie sexuelle.

Les maladies liées aux HPV chez les femmes sont, principalement : le cancer de la vulve, le cancer du vagin, le cancer de l'anus, les cancers oro-pharyngés, le cancer du col de l'utérus et les verrues génitales.

En ce qui concerne les hommes, les maladies liées aux HPV sont principalement : le cancer du pénis, le cancer de l'anus, les cancers oro-pharyngés et les verrues génitales.

On estime, en outre, que 30 % des cancers HPV induits le sont chez les hommes.

Pour prévenir les risques de maladies, trois vaccins sont actuellement disponibles :

- Le Cervarix, vaccin bivalent qui protège contre les souches 16 et 18 du HPV ;
- Le Gardasil, vaccin quadrivalent, qui permet quant à lui de lutter contre les souches 6, 11, 16 et 18 ;
- Une nouvelle version du Gardasil (Gardasil 9), qui est remboursée depuis le 1er juin 2017 et couvre neuf souches (vaccin nonavalent).

Ce sont les souches 16 et 18 qui sont responsables des cancers les plus répandus que sont les cancers du col utérin, de la vulve, de l'anus et du pénis. Les souches 6 et 11, engendrent, elles, des condylomes ano-génitaux et laryngés.

En Fédération Wallonie-Bruxelles, depuis 2007, il a été décidé de rembourser la vaccination par le Cervarix aux jeunes filles âgées de 12 à 18 ans.

La politique de vaccination est organisée par l'ONE ainsi que par les services de promotion de la santé à l'école (PSE).

Le vaccin est administré gratuitement, dans les écoles, aux jeunes filles de deuxième secondaire, et ce, après que les parents aient marqué leur accord (opting-in). A l'inverse, en Flandre, le vaccin est administré d'office, sauf si les parents signent un document refusant expressément la vaccination de leur enfant (opting-out).

Cette différence dans la procédure a, sans nul doute, une influence sur le pourcentage de jeunes filles vaccinées au Nord et au Sud du pays. En

effet, si elles étaient près de 83,5 % à être vaccinées en Flandre en 2013, elles n'étaient que 29 % à l'être en Fédération Wallonie-Bruxelles la même année.

Par ailleurs, si le vaccin bi-valent est administré via le schéma classique de vaccination en milieu scolaire, un meilleur vaccin est également disponible et remboursé, en grande partie.

Les jeunes filles doivent, pour bénéficier de celui-ci, se rendre chez leur gynécologue, pédiatre ou médecin et se faire vacciner via un schéma à deux doses. Ces deux doses sont largement remboursées et le vaccin coûte deux fois 12 euros aux patients.

Les jeunes filles, informées de l'existence de ce meilleur vaccin, peuvent donc décider de sortir du schéma vaccinal classique, payer 24 euros et deux visites chez le médecin pour bénéficier de la meilleure protection possible.

On imagine que toutes les jeunes filles ou leurs parents ne sont cependant pas capables de débours ces sommes, et que tous ne sont pas non plus informés de l'existence du vaccin nonavalent (Gardasil 9). Le risque de médecine à deux vitesses est donc bien réel.

Ce risque pourrait encore se concrétiser davantage avec le choix qui pourrait être porté, à brève échéance, par la Flandre. En effet, la procédure de choix pour le prochain vaccin qui sera administré via le schéma scolaire est en cours d'analyse. Interrogée récemment au Parlement flamand, la Ministre flamande de l'enseignement répondait que la possibilité d'un vaccin avec une protection plus large serait prise en considération et que la vaccination des garçons le serait également. A cet effet, la procédure ne devrait pas être un marché public traditionnel car la différence de prix entre les vaccins écarterait d'office le vaccin nonavalent. D'autres procédures devraient donc être mises sur la table.

Si la Flandre opte pour le vaccin nonavalent, tandis que la Fédération Wallonie-Bruxelles opte pour le statut quo, des amies ou voisines fréquentant, l'une l'enseignement néerlandophone et, l'autre, l'enseignement francophone, ne bénéficieraient pas de la même protection.

A l'heure actuelle, en Belgique, seules les jeunes filles sont donc vaccinées gratuitement.

Ce choix de ne vacciner que les jeunes filles repose sur le concept d'immunité collective qui consiste à dire qu'en vaccinant uniquement les femmes, les hommes seront indirectement protégés eux-aussi.

Ce choix est pourtant doublement biaisé.

D'une part parce que pour que ce système d'immunité collective soit efficace, environ 75 % des femmes doivent être vaccinées ce qui est, comme nous l'avons vu, le cas en Flandre mais pas en Fédération Wallonie-Bruxelles.

D'autre part, parce que cela exclut de la couverture les hommes qui n'auront jamais que des rapports avec d'autres hommes.

Notons enfin que la vaccination exclusivement féminine leur fait porter toute la responsabilité de la prévention qui ne repose que sur elles.

En juillet 2017, le Conseil Supérieur de la Santé (CSS) publiait un avis dans lequel il recommandait :

- d'élargir la prévention vaccinale contre les infections à papillomavirus humain au-delà de la prévention du cancer du col de l'utérus à tous les autres cancers pour lesquels le HPV est impliqué ainsi qu'à la prévention des verrues anogénitales en raison de leur morbidité ;
- de généraliser la vaccination aux adolescents (filles et garçons) de 9 à 14 ans inclus ;
- de prévoir une vaccination de rattrapage pour les jeunes femmes et hommes de 15 à 26 ans inclus ;
- de travailler sur la vaccination des personnes immuno-déprimées.

Cet avis a été confirmé par les recommandations formulées par un groupe d'experts HPV constitué de partenaires associatifs et de médecins. Celui-ci s'est réuni pour échanger sur plusieurs études scientifiques, recommandations internationales et différents constats de terrain quant aux politiques de vaccination HPV, et ce, dans le but d'émettre des recommandations.

Pour le groupe d'experts, la politique de vaccination de la Fédération Wallonie-Bruxelles doit rapidement être revue et doit avoir pour objectifs :

- une couverture la plus étendue possible par le recours au vaccin nonavalent ;
- une couverture de tous, filles et garçons par :
  - une extension de la vaccination aux garçons ;
  - une politique « d'opting-out » plutôt que « d'opting-in ». Il faut revoir la méthode de proposition de la vaccination à l'école et se calquer sur la méthode appliquée en Flandre ;
  - une implication et responsabilisation des jeunes eux-mêmes dans le choix de se faire vacciner ;
  - une extension de la période de remboursement du vaccin de 9 à 26 ans de manière à

inciter ceux qui n'ont pas encore été vaccinés à le faire, même plus tardivement ;

Par ailleurs rappelons que l'efficacité du vaccin HPV s'est avérée plus élevée lorsque le vaccin est administré à une personne qui n'a pas encore eu de rapport sexuel. L'OMS recommande dès lors de vacciner contre les papillomavirus humains les filles entre 9 et 13 ans afin de prévenir les cancers du col utérin.

Abaisser l'âge de la vaccination permettrait également d'éloigner, autant que faire se peut, le « rapport naturel » qui est fait entre la vaccination des jeunes filles et le début de leur vie sexuelle. Le débat étant encore difficile, voire tabou, dans certaines familles. Vacciner plus tôt, lorsque les jeunes filles sont encore des enfants, permettrait de ne plus lier vaccination et vie sexuelle et ainsi augmenter l'acceptation sociale de ce vaccin.

- une extension de la vaccination aux patients immuno-déprimés.

La présente proposition de résolution a pour objet de rencontrer ces objectifs et de sensibiliser le Gouvernement à ces propositions à l'aube du lancement de la procédure pour le futur marché des vaccins en Fédération Wallonie-Bruxelles.

## PROPOSITION DE RÉSOLUTION

### VISANT À RENFORCER ET ÉLARGIR LA VACCINATION CONTRE LE PAPILLOMAVIRUS HUMAIN (HPV)

- Le Parlement de la Communauté française,
- Considérant le décret du 20 décembre 2001 Décret relatif à la promotion de la santé à l'école ;
  - Considérant l'arrêté du Gouvernement de la Communauté française portant approbation de l'avenant n°3 au contrat de gestion de l'Office de la Naissance et de l'Enfance 2013-2018 ;
  - Considérant cet avenant n°3 au contrat de gestion de l'ONE qui insère un chapitre 5bis « Vaccination » et un chapitre 5ter « santé à l'école » ;
  - Considérant que l'article 35bis §1er ainsi ajouté indique que « l'Office est responsable de la politique en matière de vaccination au sein de la Fédération Wallonie-Bruxelles, en s'inspirant directement des recommandations formulées par la section « vaccinations » du Conseil supérieur de la Santé mis en place auprès de l'Administration fédérale de la Santé publique » ;
  - Considérant l'article 35bis §3 qui stipule que « l'Office, ayant déjà été mandaté en 2014 par le Gouvernement pour lancer un marché public de fournitures portant sur l'acquisition et la livraison de vaccins, en poursuivra la procédure jusqu'à son attribution finale, laquelle doit être réalisée pour le 1er septembre 2015 au plus tard, date d'échéance du marché en cours. L'Office procédera ensuite au renouvellement du marché à chaque échéance suivante » ;
  - Considérant l'article 35ter §1er qui précise que « l'Office est responsable de la politique de la promotion de la santé à l'école et dans l'enseignement supérieur hors universités, excepté la tutelle exercée par l'Administration générale de l'Enseignement (AGE) sur les CPMS dans ce domaine » ;
  - Considérant l'avis de marché publié le 25 novembre 2014, dont le pouvoir adjudicateur est la Communauté française (ONE) et dont l'intitulé de l'avis de marché est « Marché public de fournitures portant sur l'acquisition et la livraison de vaccins destinés à protéger les enfants, les adolescents contre la poliomyélite, la diphtérie, la coqueluche, le tétanos, la rougeole, la rubéole, les oreillons, l'hépatite B, les infections par le virus du papillome humain ainsi que les maladies invasives à *Haemophilus influenzae* de type B, le pneumocoque et le méningocoque C ainsi que les femmes enceintes contre la coqueluche ;
  - Considérant que ce marché a débuté le 1er septembre 2015 et se terminera le 31 août 2019 ;
  - Considérant que la vaccination contre les papillomavirus humains est recommandée, depuis 2007 par le CSS pour les jeunes filles de 10 à 13 ans, à titre de vaccination de base pour prévenir principalement le développement du cancer du col de l'utérus et également d'autres cancers provoqués par les HPV et que cette vaccination est remboursée pour toutes les jeunes filles de 12 à 18 ans révolus ;
  - Considérant que, comme le rappelle le CSS dans son avis de 2017, trois vaccins sont actuellement enregistrés par l'European Medicines Agency (EMA) : le vaccin quadrivalent (Gardasil), le vaccin bi-valent (Cervarix) et le vaccin nonavalent (Gardasil 9) ;
  - Considérant que le CSS rappelle que les vaccins bivalent et quadrivalent ont, chez les jeunes filles et les jeunes femmes « naïves », une efficacité de 90 % pour les deux types HPV qui représenteront environ 74 % des cas de cancers du col de l'utérus en Europe ;
  - Considérant que, dans cette même population « naïve », le vaccin nonavalent a une efficacité de 96 % sur 5 types supplémentaires de HPV ;
  - Considérant qu'il pourrait ainsi offrir, aux sujets « naïfs », une protection contre les types de HPV responsables d'environ 90 % des cancers du col de l'utérus ;
  - Considérant que la prévention efficace des verrues génitales n'est réalisée qu'avec les vaccins quadrivalent et nonavalent ;
  - Considérant que les deux premiers vaccins sont disponibles et remboursés en Belgique depuis 2007, que le troisième est enregistré et disponible en pharmacie depuis juillet 2016 et qu'il fait l'objet d'un remboursement depuis le 1er juin 2017 ;
  - Considérant que, s'il existe, selon des experts, une grosse différence de prix entre les vaccins (68,93 euros/injection pour le vaccin bi-valent ; 118,25 euros/injection pour le vaccin quadrivalent et 134,52 euros/injection pour le

- vaccin nonavalent), celle-ci pourrait être diminuée en cas d'achat de plusieurs milliers de doses par lots, notamment dans le cas de la FWB ;
- Considérant qu'en Fédération Wallonie-Bruxelles, c'est le vaccin bivalent qui est administré gratuitement aux jeunes filles via le programme de vaccination en milieu scolaire et que la situation est la même en Flandre ;
  - Considérant qu'en Fédération Wallonie-Bruxelles, les jeunes filles sont vaccinées en 2ème secondaire si leurs parents marquent leur accord (opting-in) alors qu'en Flandre, l'accord des parents est implicite et que ceux-ci doivent, au contraire, marquer leur désaccord (opting-out) ;
  - Considérant que tout gynécologue, pédiatre ou médecin traitant peut administrer un des trois vaccins, à condition que la jeune fille réponde aux critères, et ce pour le prix de 11,9 euros/injection quel que soit le vaccin choisi ;
  - Considérant que le vaccin est administré en deux injections, et qu'il faut donc compter 24 euros, plus les deux visites chez le médecin, pour être vacciné hors du schéma scolaire classique ;
  - Considérant que ces éléments pourraient conduire à une médecine à deux vitesses puisque des jeunes filles informées, et capables de payer les sommes demandées, pourraient opter pour la meilleure protection, alors que les jeunes filles avec davantage de difficultés financières, ou moins bien informées, n'en seraient pas capables ;
  - Considérant que 19 pays ont instauré un programme d'immunisation nationale contre le HPV pour les filles et les garçons dans le monde (dont 7 en Europe) et 4 vont l'introduire à partir de 2019 et que, dans ces 23 pays, 16 (dont l'Allemagne, les États-Unis, le Canada et l'Australie) ont déjà décidé d'utiliser le vaccin nonavalent ;
  - Considérant que, de son côté, l'ONE, dans un communiqué de presse publié le 8 mars dernier, lors de la semaine européenne de la vaccination, indiquait déjà que « suite aux nouvelles recommandations du Conseil Supérieur de la Santé de septembre 2017 sur le HPV (en particulier l'élargissement de la vaccination aux garçons), le programme de vaccination s'adaptera à celle-ci dans un futur proche » ;
  - Considérant que les médecins vaccinateurs peuvent être sensibilisés, par l'ONE et par la direction générale santé de la FWB, quant aux avantages du vaccin nonavalent par rapport aux deux autres vaccins ;
  - Considérant l'avis « *Vaccination contre les infections causées par le papillomavirus humain* » publié, en juillet 2017 par le Conseil Supérieur de la Santé (CSS) ;
  - Considérant que, sur base de l'évolution des connaissances concernant le rôle des HPV dans d'autres types de cancers anogénitaux et oropharyngés, de l'efficacité démontrée de la vaccination et du développement d'un nouveau vaccin nonavalent, le CSS propose de revoir les recommandations vaccinales et d'étendre la vaccination généralisée aux jeunes hommes ;
  - Considérant que, dans cet avis, le CSS préconise :
    - d'élargir la prévention vaccinale contre les infections à papillomavirus humain au-delà de la prévention du cancer du col de l'utérus à tous les autres cancers pour lesquels le HPV est impliqué ainsi qu'à la prévention des verrues anogénitales en raison de leur morbidité ;
    - de généraliser la vaccination aux adolescents (filles et garçons) de 9 à 14 ans inclus ;
    - de prévoir une vaccination de rattrapage pour les jeunes femmes et hommes de 15 à 26 ans inclus ;
    - de travailler sur la vaccination des personnes immuno-déprimées ;
  - Considérant les conclusions des travaux du Groupe d'experts HPV constitué de partenaires associatifs et de médecins et qui s'est réuni pour échanger sur plusieurs études scientifiques, recommandations internationales et différents constats de terrain quant aux politiques de vaccination HPV, et ce, dans le but d'émettre des recommandations ;
  - Considérant que ce groupe d'experts rappelle que 80% de la population belge est susceptible d'être en contact avec le HPV au cours de sa vie ;
  - Considérant que des souches non cancéreuses de ce même virus provoquent l'apparition de verrues génitales ;
  - Considérant que, dans le cas des cancers, comme des verrues génitales, le suivi et le traitement sont extrêmement pénibles pour les patients, tant physiquement que psychologiquement, et qu'ils représentent un coût financier très élevé ;

- Considérant que, pour que le système d'immunité collective induit par la vaccination soit efficace, environ 75 % des femmes doivent être vaccinées ;
- Considérant que, si ce concept pourrait fonctionner en Flandre puisque 83,5 % des jeunes filles étaient vaccinées en 2013, il n'est pas adapté en FWB où seulement 29 % des jeunes filles étaient vaccinées la même année ;
- Considérant que l'augmentation du pourcentage de femmes vaccinées en FWB semblerait donc être la solution indiquée ;
- Considérant que ce groupe d'experts souligne qu'actuellement, la politique de vaccination contre les HPV en FWB n'inclut que les filles, alors que de nombreux travaux de recherche recommandent la vaccination également des garçons ;  
Considérant que 30 % des cancers HPV induits le sont d'ailleurs chez les hommes et que la vaccination des garçons contribuerait indirectement à l'immunité de l'ensemble de la population en évitant un nombre substantiel de contaminations ;
- Considérant qu'aujourd'hui, la prévention est inégalitaire puisqu'elle ne repose que sur les filles (qui en assument donc toute la responsabilité) et exclut du spectre les hommes qui n'auront jamais que des rapports avec d'autres hommes ;
- Considérant que cette responsabilité à sens unique va à l'encontre des politiques menées actuellement et visant à davantage d'égalité entre les femmes et les hommes (pensons notamment à la campagne *he for she*) ;
- Considérant que, pour le groupe d'experts HPV, la politique de vaccination de la Fédération Wallonie-Bruxelles doit rapidement être revue et doit avoir pour objectifs :
  - une couverture la plus étendue possible par le recours au vaccin nonavalent ;
  - une couverture de tous, filles et garçons par :
  - une extension de la vaccination aux garçons ;
  - une politique « d'opting-out » plutôt que « d'opting-in ». Il faut revoir la méthode de proposition de la vaccination à l'école et se calquer sur la méthode appliquée en Flandre. Pour rappel, en FWB, un document doit être signé par les parents s'ils acceptent la vaccination de leur enfant (opting-in) alors qu'en Flandre, le vaccin est administré d'office sauf si les parents signent un document refusant expressément la vaccination de leur enfant (opting-out) ;
- une implication et responsabilisation des jeunes eux-mêmes dans le choix de se faire vacciner ;
- une extension de la période de remboursement du vaccin de 9 à 26 ans de manière à inciter ceux qui n'ont pas encore été vaccinés à le faire, même plus tardivement ;
- une extension de la vaccination aux patients immuno-déprimés.
- Considérant que l'efficacité du vaccin HPV s'est avérée plus élevée lorsque le vaccin est administré à une personne qui n'a pas encore eu de rapport sexuel ;
- Considérant la recommandation de l'OMS de vacciner les filles entre 9 et 13 ans contre les papillomavirus humains afin de prévenir les cancers du col utérin ;
- Considérant qu'abaisser l'âge de la vaccination permettrait également d'éloigner, autant que faire se peut, le « rapport naturel » qui est fait entre la vaccination des jeunes filles et le début de leur vie sexuelle.
- Considérant que ces objectifs rejoignent donc ceux déjà émis par le CSS ;
 

Par ces motifs,

Le Parlement de la Communauté française demande au Gouvernement :

  - d'élargir la vaccination contre les infections à papillomavirus humain au-delà de la prévention du cancer du col de l'utérus à tous les autres cancers pour lesquels le HPV est impliqué ainsi qu'à la prévention des verrues anogénitales et donc d'opter pour le vaccin nonavalent ;
  - de généraliser la vaccination aux adolescents (filles et garçons) de 9 à 14 ans inclus ;
  - de prévoir une vaccination de rattrapage pour les jeunes femmes et hommes de 15 à 26 ans inclus ;
  - d'opter, dans le cadre de la vaccination en milieu scolaire, pour une politique d'« opting-out » plutôt que d'« opting-in » ;
  - de travailler à l'implication et à la responsabilisation des jeunes eux-mêmes dans le choix de se faire vacciner ;
  - d'étendre la vaccination aux patients immuno-déprimés ;

— de sensibiliser les médecins vaccinateurs aux avantages du vaccin nonavalent.

**J. BROTCHE**

**L. LOUVIGNY**

**V. DURENNE**

**L. BROGNIEZ**

**J. GODFRIAUX**