

VACCINATION CONTRE LE VPH POUR PRÉVENIR LE CANCER DU COL DE L'UTÉRUS



MARS 2021

Vaccination contre le VPH pour prévenir le cancer du col de l'utérus

TABLE DES MATIÈRES

- 3 Virus du papillome humain (VPH) et cancer
- 4 Contexte et statistiques clés
- 10 Analyse des politiques de vaccination contre le VPH
- 19 Occasions d'augmenter la participation à la vaccination
- 20 Politiques et programmes pour les populations mal desservies
- 23 Perceptions du public à l'égard de la vaccination contre le VPH
- 26 Annexe 1 – Aperçu de la législation relative à la vaccination contre le VPH
- 30 Annexe 2 – Communications des conseils scolaires sur la vaccination contre le VPH à l'échelle du Canada
- 32 Références

Virus du papillome humain (VPH) et cancer



Chaque année, le VPH est à l'origine de 3 800 nouveaux cas de cancer au Canada et ce nombre passera à 6 600 d'ici 2042¹. L'infection par le VPH augmente le risque de contracter six différents types de cancer. Le cancer du col de l'utérus est presque toujours causé par le VPH, et l'infection par le VPH est également la cause d'autres cancers anogénitaux et oropharyngés².

En 2020, on estime que 1 350 Canadiennes recevront un diagnostic de cancer du col de l'utérus, et 410 d'entre elles décéderont de la maladie³. Cette tragédie est aggravée par le fait que le cancer du col de l'utérus est presque entièrement évitable, et qu'il est facilement guérissable lorsqu'il est détecté et traité à un stade précoce⁴. Il existe plus de 100 types de VPH, mais certaines souches sont plus susceptibles de rendre les cellules anormales et précancéreuses.

En vue d'aider à réduire le fardeau des cancers liés au VPH, le Canada a établi une cible de couverture vaccinale contre le VPH de 90 % chez les adolescents à l'âge de 17 ans, d'ici 2025⁵.

La vaccination contre le VPH est l'une des trois composantes du *Plan d'action pour l'élimination du cancer du col de l'utérus au Canada, 2020-2030*. Pour obtenir de plus amples renseignements au sujet du test de détection du VPH comme méthode de dépistage primaire et du suivi des résultats anormaux, consultez le rapport *Dépistage du cancer du col de l'utérus au Canada : analyse de l'environnement (2019-2020)*.



La présente ressource s'inscrit dans les efforts plus vastes du Partenariat canadien contre le cancer visant à favoriser une plus grande équité et accessibilité à la prévention, au dépistage, au traitement et aux soins du cancer du col de l'utérus. Parmi d'autres, cet outil fournit une base de données probantes pour soutenir la réponse aux priorités, aux objectifs et aux mesures énoncés dans le Plan d'action pour l'élimination du cancer du col de l'utérus au Canada, 2020-2030, qui mobilise des partenaires de l'ensemble du pays à participer à des efforts visant à éliminer le cancer du col de l'utérus d'ici 2040. Le plan d'action ainsi que les produits de connaissance connexes, y compris la présente ressource, font avancer une priorité absolue de la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer 2019-2029 (la Stratégie) : réduire le risque de cancer dans la population, y compris le cancer du col de l'utérus. La Stratégie est une feuille de route sur dix ans visant à améliorer l'équité au sein du système de lutte contre le cancer et à offrir des soins de calibre mondial à l'ensemble de la population du Canada, tout en se concentrant sur la mise en place d'un système de soins de santé durable pour l'avenir.



Contexte et statistiques clés

Plus de 75 % des personnes au Canada contracteront au moins une infection par le VPH au cours de leur vie³, même si un grand nombre d'entre elles l'ignoreront. La probabilité de contracter une infection par le VPH est élevée en raison de différents facteurs de risque.

TABLEAU 1. FACTEURS DE RISQUE D'INFECTION PAR LE VPH⁶

Nombre de partenaires sexuels au cours d'une vie
Antécédents d'infections transmissibles sexuellement
Antécédents d'agressions sexuelles
Premières relations sexuelles à un jeune âge
Consommation de tabac ou de cannabis
Immunosuppression
Utilisation irrégulière du préservatif
Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH)*

* Les HARSAH courent un risque environ 20 fois plus élevé de contracter un cancer de l'anus que les hommes hétérosexuels.

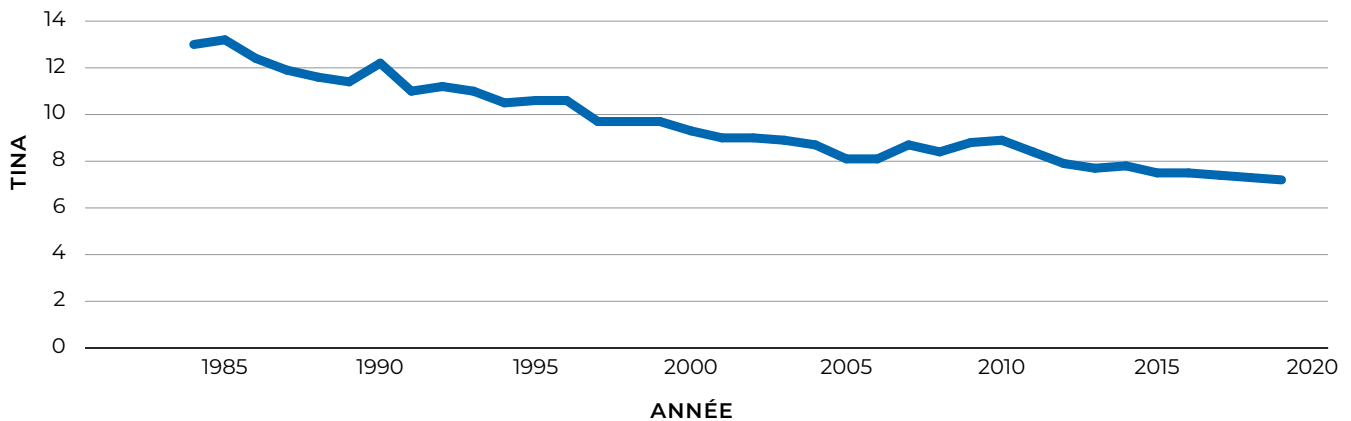
Les infections par le VPH sont courantes, mais très faciles à prévenir grâce à la vaccination. Une infection par le VPH peut disparaître d'elle-même, sans intervention ou séquelles. Toutefois, si l'infection persiste, elle peut mener à un cancer. L'étude ComPARE^a indique qu'il serait possible de prévenir plus de 5 300 cas de cancer d'ici 2042 si on vaccinait plus d'enfants canadiens contre le VPH⁷. Il est donc essentiel d'élaborer des politiques visant à réduire les taux d'infection par le VPH. Les politiques qui améliorent les taux de vaccination ont le potentiel de réduire dans les faits le taux de nouvelles infections par le VPH.

Depuis la mise en place du dépistage du cancer du col de l'utérus au sein de la population, l'incidence de ce cancer n'a cessé de diminuer au Canada (figure 1)⁸. Jusqu'à récemment, il était difficile de déterminer toutes les retombées des programmes de vaccination contre le VPH sur les taux de cancer en raison de la longue période de latence entre l'infection par le VPH et l'apparition du cancer; toutefois, un nombre important de données probantes indiquent que les programmes de vaccination contribuent à réduire la gravité des anomalies chez les femmes dans le groupe d'âge vacciné⁷. Une étude récente menée en Suède a montré que la vaccination contre le VPH est associée à un risque considérablement réduit de cancer invasif du col de l'utérus à l'échelle de la population⁹.



a L'étude ComPARE (Canadian Population Attributable Risk of Cancer, *Risque attribuable du cancer chez la population canadienne*) estime le fardeau actuel et futur du cancer en raison des facteurs de risque modifiables liés au mode de vie, à l'environnement et aux agents infectieux.

FIGURE 1. TAUX D'INCIDENCE NORMALISÉS SELON L'ÂGE (TINA) DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS CHEZ LES FEMMES AU CANADA (À L'EXCEPTION DU QUÉBEC), DE 1984 À 2019



La réduction du taux d'incidence du cancer du col de l'utérus est une belle réussite en matière de santé publique, mais ce cancer demeure une préoccupation importante. La survie nette à cinq ans chez les femmes recevant un diagnostic de cancer du col de l'utérus est de 72 %¹⁰ (tableau 2). Le taux de survie dépend grandement du stade du cancer du col de l'utérus au moment du diagnostic; le taux de survie à cinq ans est beaucoup moins élevé lorsque le cancer est détecté à des stades tardifs.

Contrairement à la plupart des cancers où l'incidence augmente avec l'âge, les cancers du col de l'utérus sont principalement diagnostiqués chez les femmes de moins de 50 ans; le taux d'incidence le plus élevé est observé chez les femmes de 30 à 59 ans (67 %)¹¹. L'incidence du cancer du col de l'utérus est également plus élevée chez les femmes vivant

dans des régions rurales ou éloignées, chez celles ayant un statut socioéconomique faible, ainsi qu'au sein des Premières Nations, des Inuits et des Métis, en grande partie en raison d'obstacles pour accéder à des programmes de vaccination, ainsi qu'à des services de diagnostic et de suivi^{12,13,14,15}.

Contexte international

Le cancer du col de l'utérus est le troisième cancer le plus courant chez les femmes dans le monde, et on estime qu'il est la cause du décès de plus de 300 000 femmes par année¹⁶. De plus, il s'agit du deuxième cancer le plus souvent diagnostiqué chez les femmes de 15 à 44 ans¹⁷. La grande majorité des cas (85 %) à l'échelle mondiale surviennent dans des pays moins développés (figure 2), où le cancer du col de l'utérus représente 12 % de tous les cancers féminins. Étant donné que le cancer du col de l'utérus est presque entièrement évitable, en 2018, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a appelé les pays du monde entier à éliminer ce cancer d'ici la fin du siècle, visant une cible de moins de quatre cas pour 100 000 femmes¹⁸.

Le *Plan d'action pour l'élimination du cancer du col de l'utérus au Canada, 2020-2030* est la réponse du Canada à l'appel à l'action lancé par l'OMS pour éliminer le cancer du col de l'utérus au Canada d'ici 2040. Parallèlement, il fait avancer une priorité absolue de la *Stratégie canadienne de lutte contre le cancer 2019-2029* : répondre aux besoins des femmes qui sont le plus exposées au risque de cancer du col de l'utérus. L'objectif est ambitieux mais réalisable, nécessitant un engagement commun à l'égard d'une action concertée des partenaires dans tout le pays.

TABLEAU 2. TAUX DE SURVIE À 5 ANS AU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS SELON LE STADE¹⁰

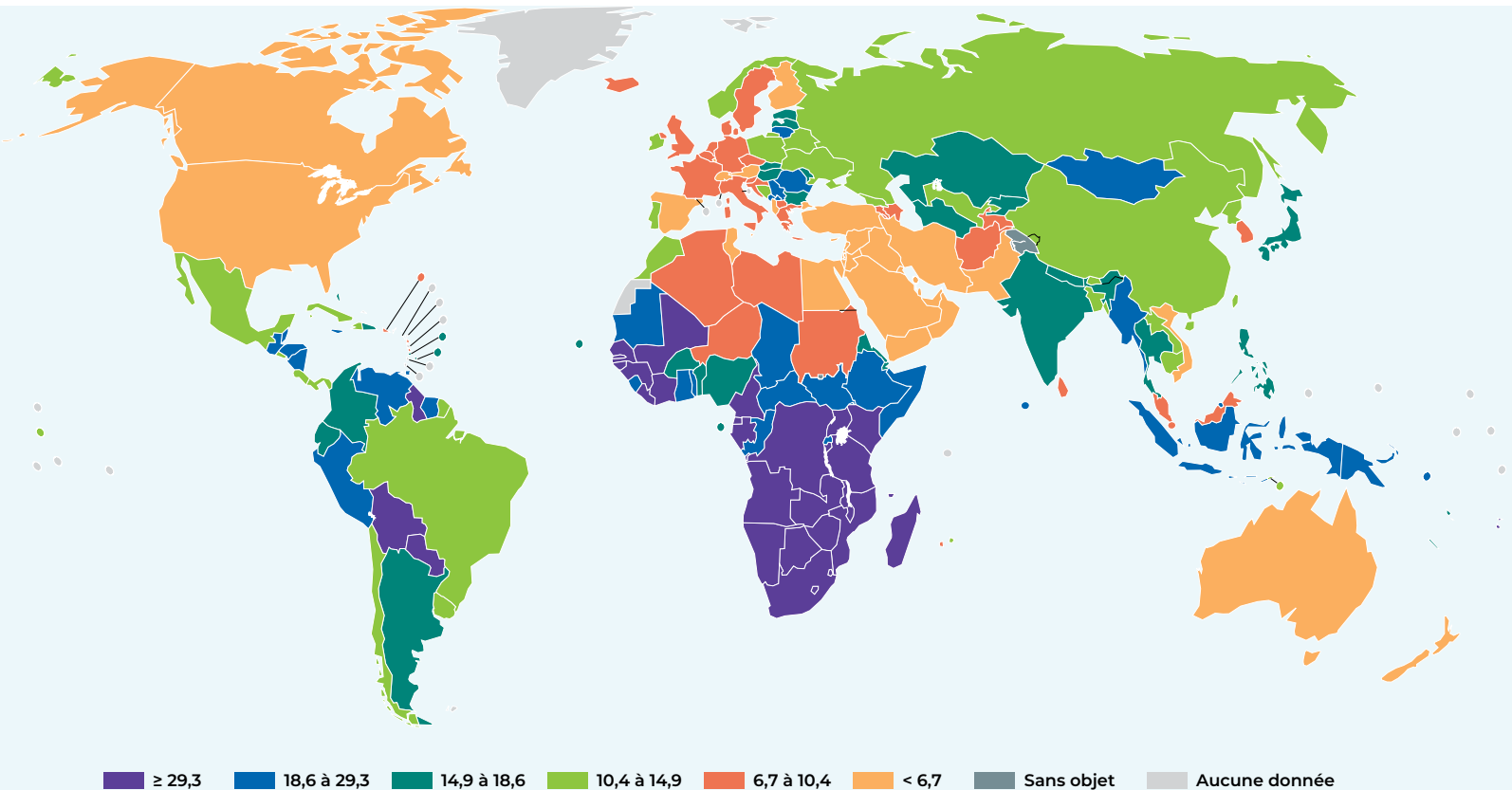
Stade	Survie à 5 ans
1A	93 %
1B	80 %
2A	63 %
2B	58 %
3A	35 %
3B	32 %
4A	16 %
4B	15 %

Le Canada s'est fixé comme objectif d'atteindre un taux de **couverture vaccinale contre le VPH de 90 %** chez les adolescents âgés de 17 ans d'ici 2025.

Objectifs de participation à un programme de vaccination contre le VPH

Dans le cadre de la Stratégie nationale d'immunisation, le gouvernement du Canada s'est fixé comme objectif d'atteindre un taux de couverture vaccinale de 90 % à l'âge de 17 ans pour deux doses ou plus de vaccin contre le VPH d'ici 2025¹⁹. Le *Plan d'action pour l'élimination du cancer du col de l'utérus au Canada, 2020-2030* définit les priorités, les objectifs et les mesures pour la prochaine décennie qui permettront au Canada de se rapprocher de ce but, et en fin de compte, d'éliminer le cancer du col de l'utérus.

FIGURE 2. TAUX D'INCIDENCE NORMALISÉS SELON L'ÂGE (TINA) DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS PAR PAYS (ESTIMATIONS POUR 2018)



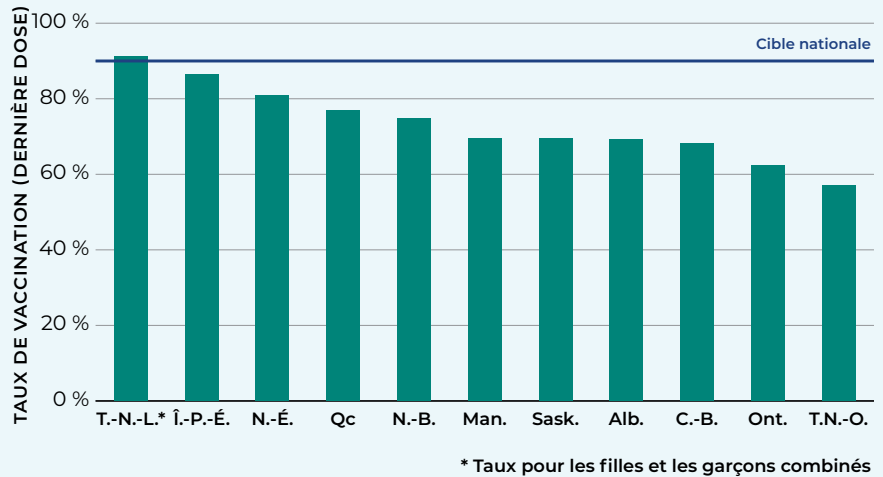
CIRC. (2018). *Cervix uteri* [en ligne]. [Gco.iarc.fr](https://gco.iarc.fr) [consulté le 24 octobre 2020]. Disponible à l'adresse (en anglais seulement) : <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/23-Cervix-uteri-fact-sheet.pdf>.



Taux de vaccination contre le VPH chez les filles

Toutes les provinces et tous les territoires sont dotés d'un programme scolaire de vaccination contre le VPH pour les filles. La vaccination contre le VPH est offerte selon un schéma à deux ou trois doses. Les données sur les taux de vaccination dans les provinces et les territoires sont disponibles pour différentes années scolaires. Selon les données les plus récentes, les taux provinciaux ou territoriaux de vaccination pour la dernière dose se situent entre 57,1 et 91,3 % (figure 3)²⁰.

FIGURE 3. TAUX PROVINCIAUX ET TERRITORIAUX D'ADMINISTRATION DE LA DERNIÈRE DOSE DU VACCIN CONTRE LE VPH CHEZ LES FILLES (DONNÉES LES PLUS RÉCENTES DISPONIBLES 2015-2019)



Vaccination contre le VPH

La vaccination est recommandée pour tous les enfants et les jeunes avant qu'ils ne deviennent sexuellement actifs et ne soient exposés au VPH. Les garçons sont vaccinés pour diminuer la transmission du VPH dans la population, ainsi que pour les protéger contre d'autres cancers, y compris les cancers de l'anus, du pénis, de la tête et du cou. Trois vaccins contre le VPH, et les maladies liées, sont actuellement offerts au Canada (tableau 3). Chaque vaccin protège contre les types 16 et 18 du VPH, qui sont considérés comme des souches à risque élevé car ils sont associés à 70 % de tous les cas de cancer du col de l'utérus. Le vaccin nonavalent protège contre sept autres types de VPH à risque élevé (6, 11, 31, 33, 45, 52, 58), ce qui couvre 20 % des autres cas de cancers cervicaux⁶.

TABLEAU 3. VACCINS CONTRE LE VPH AU CANADA^{21,22,23}

Vaccin	Cible	Utilisation autorisée au Canada
Vaccin bivalent (Cervarix)	Types 16 et 18 du VPH	Filles et femmes âgées de 9 à 45 ans
Vaccin quadrivalent contre le VPH (Gardasil)	Types 6, 11, 16 et 18 du VPH	Filles et femmes âgées de 9 à 45 ans Garçons et hommes âgés de 9 à 26 ans
Vaccin nonavalent (Gardasil 9)	Types 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 et 58 du VPH	Filles et femmes âgées de 9 à 45 ans Garçons et hommes âgés de 9 à 45 ans

Depuis 2017, le vaccin contre le VPH est offert dans le cadre de programmes de vaccination en milieu scolaire financés par le gouvernement dans l'ensemble des provinces et des territoires; il est administré à partir de la quatrième année, mais plus fréquemment en sixième ou en septième année. La vaccination contre le VPH est recommandée par le Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) pour toutes les personnes âgées de 9 à 26 ans.

TABLEAU 4. TAUX PROVINCIAUX ET TERRITORIAUX DE VACCINATION CONTRE LE VPH CHEZ LES FILLES

Province ou territoire	Année scolaire correspondant aux données les plus récentes disponibles	Taille totale de la cohorte admissible (filles seulement)	Taux de vaccination (filles seulement)		
			1 ^{re} dose	2 ^e dose	3 ^e dose
Yn	–	–	–	–	Schéma à 2 doses
T.N.-O.	2015-2016	–	74,7 %	64,4 %	57,1 %
Nt	Données non disponibles				
C.-B.	2017-2018	S.O.	74,9 %	66,9 %	Schéma à 2 doses
Alb.	2017-2018	25 368	78,3 %	–	68,2 %
Sask.	2018-2019	5 593	76,5 %	69,1 %	Schéma à 2 doses
Man. [^]	2017	–	–	–	69,4 % Schéma à 2 doses
Ont.	2017-2018	73 156	74,4 %	62,4 %	Schéma à 2 doses
Qc	2017-2018	44 760	82,7 %	77,0 %	Schéma à 2 doses
N.-B.	2017-2018	3 627	81,1 %	74,8 %	Schéma à 2 doses
N.-É.	2015-2016	5 014	89,4 %	80,8 %	Schéma à 2 doses
Î.-P.-É.	2017-2018	777	90,1 %	86,4 %	Schéma à 2 doses
T.-N.-L.	2017-2018	2 791	–	91,3 %	Schéma à 2 doses

[^] Données rapportées jusqu'à l'âge de 17 ans, comprenant les personnes ayant reçu 2 ou 3 doses

Taux de vaccination contre le VPH chez les garçons

Toutes les provinces et tous les territoires ont élargi leur programme scolaire de vaccination contre le VPH pour y inclure les garçons. La vaccination contre le VPH est offerte selon un schéma à deux ou trois doses. Les données sur les taux de vaccination dans les provinces et les territoires sont disponibles pour différentes années scolaires. Selon les données dont on dispose, les taux de vaccination pour la dernière dose se situent entre 57,5 et 91,3 % (figure 4)²³.

FIGURE 4. TAUX PROVINCIAUX ET TERRITORIAUX D'ADMINISTRATION DE LA DERNIÈRE DOSE DU VACCIN CONTRE LE VPH CHEZ LES GARÇONS (2017-2018)

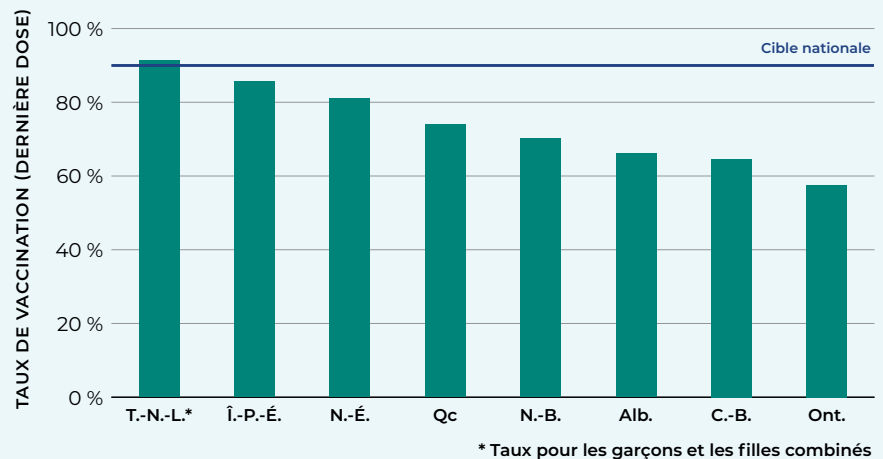


TABLEAU 5. TAUX PROVINCIAUX ET TERRITORIAUX DE VACCINATION CONTRE LE VPH CHEZ LES GARÇONS

Province ou territoire	Année scolaire correspondant aux données les plus récentes disponibles	Taille totale de la cohorte admissible (garçons seulement)	Taux de vaccination (garçons seulement)		
			1 ^{re} dose	2 ^e dose	3 ^e dose
Yn			Données non disponibles		
T.N.-O.			Données non disponibles		
Nt			Données non disponibles		
C.-B.	2017-2018	S.O.	73,7 %	64,6 %	Schéma à 2 doses
Alb.	2017-2018	26 356	78,5 %	–	66,1 %
Sask.			Données non disponibles		
Man.			Données non disponibles		
Ont.	2017-2018	77 328	70,3 %	57,5 %	Schéma à 2 doses
Qc	2017-2018	46 870	80 %	74,0 %	Schéma à 2 doses
N.-B.	2017-2018	3 696	76,6 %	70,2 %	Schéma à 2 doses
N.-É.	2015-2016	5 239	89,4 %	81,0 %	Schéma à 2 doses
Î.-P.-É.	2017-2018	818	89,4 %	85,6 %	Schéma à 2 doses
T.-N.-L.*	2017-2018	2 700	–	91,3 %	Schéma à 2 doses

* Taux pour les garçons et les filles combinés

Disparités dans les taux de vaccination contre le VPH et l'incidence du cancer du col de l'utérus

Les efforts visant à améliorer les taux de vaccination, en particulier parmi les populations faisant l'objet d'une vaccination insuffisante, sont limités par le manque de données normalisées. À l'échelon fédéral, l'Agence de la santé publique du Canada s'appuie sur les données relatives à la vaccination recueillies dans le cadre d'une enquête distribuée aux parents tous les deux ans, et ne fournit des données par province que sur le pourcentage de femmes qui sont à jour de leur vaccination à l'âge de 17 ans. La plupart des provinces et des territoires disposent d'un registre de vaccination qui comprend des données sur la vaccination contre le VPH, mais les différences dans la déclaration des données empêchent les comparaisons directes entre les provinces et les territoires. Peu de données ont été recueillies sur les taux de vaccination contre le VPH selon le contexte démographique ou socioéconomique, ainsi que sur les obstacles à la vaccination. Les données sur les taux de vaccination contre le VPH au sein des Premières Nations, des Inuits et des Métis ne sont pas non plus facilement accessibles.



Analyse des politiques de vaccination contre le VPH

Afin d'atteindre l'objectif d'une couverture vaccinale de 90 %, le Plan d'action appelle à mettre en œuvre des stratégies de communication et d'éducation pour accroître la connaissance et l'acceptabilité du vaccin contre le VPH, augmenter la participation à la vaccination dans le cadre des programmes scolaires de vaccination et améliorer la mesure et la déclaration des données sur la couverture vaccinale pour cerner les inégalités et orienter l'amélioration des programmes.

Le vaccin contre le VPH est le plus efficace lorsqu'il est administré pendant les

années de préadolescence,

avant toute exposition au VPH.

La vaccination contre le VPH est offerte dans le cadre de programmes de vaccination en milieu scolaire et de programmes de rattrapage. De plus, les personnes qui ne sont pas admissibles à ces programmes peuvent acheter le vaccin contre le VPH dans le secteur privé. Le vaccin contre le VPH est le plus efficace lorsqu'il est administré pendant les années de préadolescence, avant toute exposition au VPH^{20,24}.

Programmes de vaccination en milieu scolaire

Les programmes de vaccination contre le VPH en milieu scolaire, financés par le gouvernement, constituent un moyen équitable et efficace d'atteindre les jeunes.

Ils sont en place dans toutes les provinces et tous les territoires du Canada. La vaccination est recommandée par l'ASPC, mais demeure volontaire. Ces programmes scolaires ont débuté en 2007 pour les filles uniquement, et en 2017, ils avaient été étendus aux garçons²⁵. Ces programmes de vaccination contre le VPH commencent entre la quatrième et la septième année (tableau 6).

Depuis 2020, à l'exception du Québec, toutes les provinces et tous les territoires utilisent exclusivement le vaccin nonavalent Gardasil 9 dans le cadre des programmes scolaires de vaccination. Au Québec, Gardasil 9 est utilisé pour la première dose et Cervarix, pour la seconde dose.

TABLEAU 6. VACCINATION EN MILIEU SCOLAIRE

Province ou territoire	Date de mise en œuvre du programme de vaccination pour les filles	Date de mise en œuvre du programme de vaccination pour les garçons	Année scolaire au moment de la vaccination
Yn	2009	2017	6 ^e année
T.N.-O.	2009	2017	4 ^e à 6 ^e année
Nt	2013	2017	6 ^e année
C.-B.	2008	2017	6 ^e année
Alb.	2008	2014	6 ^e année
Sask.	2008	2017	6 ^e année
Man.	2008	2016	6 ^e année
Ont.	2007	2016	7 ^e année
Qc	2008	2016	4 ^e année
N.-B.	2008	2017	7 ^e année
N.-É.	2007	2015	7 ^e année
Î.-P.-É.	2007	2013	6 ^e année
T.-N.-L.	2007	2017	6 ^e année

Le Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) recommande différentes approches à la vaccination, y compris différents schémas de doses, selon les caractéristiques de la population cible (sexe, âge, état d'immunosuppression, etc.)^{20,26}.

TABEAU 7. RECOMMANDATIONS DU CCNI CONCERNANT LE CALENDRIER D'IMMUNISATION CONTRE LE VPH²⁶

Groupes recommandés	Calendrier d'immunisation recommandé
Filles en santé de 9 à 14 ans (immunocompétentes et non infectées par le VIH) (et femmes en santé de 15 ans et plus chez qui la première dose a été administrée entre 9 et 14 ans)	Calendrier à deux ou trois doses
Femmes en santé de 15 ans et plus (immunocompétentes et non infectées par le VIH)	Calendrier à trois doses
Garçons en santé de 9 à 14 ans (immunocompétents et non infectés par le VIH) (et hommes en santé de 15 ans et plus chez qui la première dose a été administrée entre 9 et 14 ans)	Calendrier à deux ou trois doses
Hommes en santé de 15 ans et plus (immunocompétents et non infectés par le VIH)	Calendrier à trois doses
Personnes immunodéprimées et personnes immunocompétentes infectées par le VIH	Calendrier à trois doses




Vaccination en milieu scolaire pendant la pandémie de COVID-19

Les données préliminaires indiquent que les taux de vaccination contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTC3), un marqueur de la couverture vaccinale, ont subi une baisse importante pendant les quatre premiers mois de 2020 en raison de la pandémie de COVID-19²⁷. L'OMS et l'UNICEF (Fonds des Nations Unies pour l'enfance) mettent en garde contre une baisse semblable de la couverture vaccinale contre le VPH, ce qui pourrait avoir des conséquences importantes sur le système de soins de santé en augmentant la probabilité de flambées de maladies évitables par la vaccination²⁸.

Au printemps 2020, la pandémie de COVID-19 a entraîné l'annulation des programmes de vaccination en milieu scolaire; empêchant les élèves de recevoir des doses du vaccin contre le VPH²⁹. En mai 2020, le CCNI a recommandé que les élèves commencent

ou terminent leur vaccination lors de la reprise des programmes de vaccination en milieu scolaire³⁰. Le CCNI a également recommandé que les critères d'admissibilité incluent ceux qui avaient manqué leur vaccination en raison de la COVID-19.

Par exemple, lors de la réouverture des écoles en Ontario à l'automne 2020, de nombreux conseils scolaires ont déplacé l'administration des vaccins des programmes scolaires vers des cliniques de vaccination communautaires. La vaccination à ces cliniques est offerte gratuitement aux enfants qui ont manqué celle offerte dans le cadre du programme scolaire, ou à ceux devant recevoir des vaccins systématiques ou obligatoires²⁹; toutefois, l'admissibilité peut varier selon la province ou le territoire, ou selon le conseil scolaire.



Les **adultes** qui pourraient tirer profit de la vaccination doivent intentionnellement la demander ou **se la faire recommander par un fournisseur de soins de santé.**

Programmes de rattrapage de la vaccination contre le VPH

Compte tenu de l'introduction relativement récente des vaccins contre le VPH au Canada en 2007, les programmes de rattrapage offrent une occasion de vaccination à ceux qui n'ont pas reçu le vaccin dans le cadre de programmes scolaires, ou qui étaient à l'école avant la mise en place des programmes de vaccination. Des programmes de rattrapage ciblant le groupe d'âge de 18 à 26 ans sont particulièrement importants. Comme un grand nombre de conseils scolaires demandent le consentement du parent ou du tuteur, il est probable que certains jeunes dans ce groupe d'âge n'aient pas reçu le vaccin car le parent n'avait pas donné son consentement, ou simplement parce qu'ils n'étaient pas à l'école lorsque le vaccin a été administré. Ces personnes peuvent maintenant prendre leur propre décision concernant la vaccination contre le VPH³¹ – car elles ont atteint un âge (plus de 18 ans) où il n'y a pas d'ambiguïté quant au consentement. La vaccination contre le VPH est recommandée pour les adolescents *avant* le début de l'activité sexuelle, mais la recherche a montré que la vaccination des jeunes femmes dans le cadre de programmes de rattrapage est efficace pour améliorer l'immunité collective³².

Malgré la disponibilité de programmes de rattrapage, la participation à la vaccination au sein de ces

populations cibles peut se révéler difficile. Un faible taux de participation aux programmes de rattrapage a été observé aux Pays-Bas pour plusieurs raisons, y compris un manque d'information et de confiance à l'endroit du gouvernement³³. Contrairement aux élèves dans les écoles, qui prennent part à un programme de vaccination organisé financé par le gouvernement, les adultes qui pourraient bénéficier de la vaccination doivent intentionnellement la demander ou se la faire recommander par un fournisseur de soins de santé, et pourraient devoir assumer les coûts du vaccin³⁴. En plus des programmes de rattrapage de la vaccination financés par le gouvernement, des interventions pour accroître la vaccination chez les adultes comprennent l'adaptation de l'éducation et du counseling aux jeunes adultes pour qu'ils comprennent leurs risques actuels et futurs par rapport au VPH, et pour qu'ils connaissent les mesures qu'ils peuvent prendre pour atténuer ces risques³⁵.

L'ensemble des provinces et des territoires ont établi des programmes continus de rattrapage pour les personnes ayant manqué les programmes de vaccination en milieu scolaire. Ces vaccins de rattrapage sont financés par le gouvernement dans le cadre du régime de soins de santé de la province ou du territoire, mais l'admissibilité varie selon l'âge ou le sexe (tableau 8).

TABEAU 8. PROGRAMMES PROVINCIAUX ET TERRITORIAUX DE RATTRAPAGE DE LA VACCINATION CONTRE LE VPH

Province ou territoire	Admissibilité
<u>Nt</u>	Toutes les personnes âgées de 9 à 18 ans
<u>T.N.-O.</u>	Toutes les personnes âgées de 9 à 26 ans
<u>Yn</u>	Toutes les personnes âgées de 9 à 26 ans
<u>C.-B.</u>	Toutes les personnes âgées de 9 à 26 ans, si la série de vaccins est commencée avant l'âge de 19 ans et terminée avant l'âge de 26 ans
<u>Alb.</u>	Toutes les personnes âgées de 9 à 26 ans
<u>Sask.</u>	Filles et femmes nées après le 1 ^{er} janvier 1996 et garçons et hommes nés après le 1 ^{er} janvier 2006, jusqu'à l'âge de 27 ans
<u>Man.</u>	Filles et femmes nées le 1 ^{er} janvier 1997 ou après, et garçons et hommes nés le 1 ^{er} janvier 2002 ou après
<u>Ont.</u>	Toutes les personnes qui n'ont pas commencé ou terminé la série de vaccins en septième année pourront recevoir les doses manquées jusqu'à la fin de la douzième année
<u>Qc</u>	Filles âgées de 9 à 17 ans. Garçons en secondaire 3, lorsque leur statut vaccinal est mis à jour
<u>N.-B.</u>	Filles et femmes nées en 1995 ou après, et garçons et hommes nés en 2005 ou après
<u>N.-É.</u>	Toutes les personnes qui n'ont pas terminé la série de vaccins en septième année, jusqu'à l'âge de 18 ans (inclusivement)
<u>Î.-P.-É.</u>	Toutes les personnes qui n'ont pas terminé la série de vaccins en sixième année (filles et femmes depuis 2007, garçons et hommes depuis 2012)
<u>T.-N.-L.</u>	Filles et femmes jusqu'à 26 ans

En plus des programmes de rattrapage pour les jeunes qui n'ont pas terminé la série de vaccins contre le VPH dans le cadre des programmes scolaires de vaccination, quatre provinces (C.-B., Ont., Qc et Man.) ont élargi les critères d'admissibilité au vaccin contre le VPH aux groupes à risque élevé (tableau 9). Plusieurs de ces provinces incluent la vaccination pour les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH), une population pour laquelle la vaccination est importante compte tenu du fait que ces hommes ne bénéficieraient pas nécessairement d'une réduction de la transmission du VPH par la vaccination des filles et des femmes³⁶.

TABLEAU 9. PROGRAMMES DE RATTRAPAGE DE LA VACCINATION CONTRE LE VPH POUR LES GROUPES À RISQUE ÉLEVÉ, PAR PROVINCE OU TERRITOIRE

Province ou territoire	Groupe à risque élevé
<u>C.-B.</u>	<p>Personnes séropositives âgées de 9 à 26 ans</p> <hr/> <p>Personnes transgenres âgées de 9 à 26 ans</p> <hr/> <p>Garçons et hommes âgés de 9 à 26 ans qui :</p> <ul style="list-style-type: none"> • ont des rapports sexuels avec d'autres hommes • ne sont pas encore sexuellement actifs mais qui se posent des questions concernant leur orientation sexuelle • sont sans-abri <hr/> <p>Garçons de 9 à 18 ans qui sont pris en charge par le ministère du Développement de l'enfance et de la Famille</p> <hr/> <p>Garçons et hommes de tous âges qui sont dans des centres de services de détention des jeunes</p>
<u>Man.</u>	<p>Hommes immunocompétents et infectés par le VIH âgés de 9 à 26 ans et filles et femmes âgées de 9 à 45 ans</p> <hr/> <p>Garçons et hommes de 18 ans et moins qui sont incarcérés, ou qui l'ont déjà été</p> <hr/> <p>Personnes atteintes ou ayant été atteintes de papillomatose respiratoire récurrente</p> <hr/> <p>Garçons et hommes de 9 à 26 ans et filles et femmes de 9 à 45 ans qui :</p> <ul style="list-style-type: none"> • ont un syndrome d'immunodéficience congénitale ou acquise • sont victimes d'agression sexuelle <hr/> <p>Patients traités par un hématologue ou un oncologue d'Action cancer Manitoba (ACM)</p> <hr/> <p>Garçons et hommes âgés de 9 à 26 ans qui :</p> <ul style="list-style-type: none"> • s'identifient comme gais ou bisexuels • ont des relations sexuelles avec d'autres hommes <hr/> <p>Garçons ou hommes transgenres et filles et femmes transgenres de 9 à 26 ans</p> <hr/> <p>Filles ou femmes de 9 à 45 ans ayant récemment reçu un diagnostic d'anomalie de haut grade après un frottis cervical (test Pap)</p> <hr/> <p>Patients traités par un hématologue ou un oncologue d'ACM à qui on a prescrit un schéma de vaccination géré par ACM et qui présentent une des affections suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • tumeur maligne (tissu solide ou hématologique), notamment une leucémie, un lymphome ou un trouble sanguin clonal, et qui suivront ou ont suivi un traitement immunosuppresseur comprenant une chimiothérapie ou une radiothérapie; • hyposplénie ou asplénie (drépanocytose, etc.).
<u>Ont.</u>	<p>Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH), et qui sont âgés de 9 à 26 ans</p>
<u>Qc</u>	<p>Garçons :</p> <ul style="list-style-type: none"> • âgés de 9 à 14 ans qui présentent un risque d'exposition au VPH • âgés de 9 à 17 ans qui fréquentent des centres de réhabilitation pour des jeunes en difficulté, qui sont pris en charge par les services de protection de la jeunesse ou qui sont sans-abri <hr/> <p>Personnes âgées de 26 ans et moins qui :</p> <ul style="list-style-type: none"> • ont un système immunitaire affaibli • sont infectées par le VIH <hr/> <p>Hommes de 26 ans et moins qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes, ou qui prévoient en avoir</p>

Ce tableau reflète le langage utilisé dans le document source.

Depuis 2017, toutes les provinces et tous les territoires offrent la vaccination contre le VPH aux filles et aux garçons dans le cadre de programmes scolaires.

Bon nombre de provinces et de territoires permettent aux personnes qui n'ont pas reçu la vaccination dans le cadre d'un programme scolaire ou qui ne répondent pas aux critères d'admissibilité pour recevoir le vaccin gratuitement par l'intermédiaire d'un programme de rattrapage d'acheter le vaccin sur le marché privé (tableau 10). Certaines personnes au Canada peuvent également bénéficier d'une couverture partielle ou complète du vaccin contre le VPH par l'entremise de régimes privés d'assurance-maladie, mais l'accès variera selon la province ou le territoire, la compagnie d'assurance et les régimes individuels.

TABLEAU 10. ACHAT DE VACCINS CONTRE LE VPH À TITRE PRIVÉ^b

Province ou territoire	Coût
<u>Nt</u>	Information non rendue publique
<u>Yn</u>	Série de trois doses : 333 \$ au total
<u>C.-B.</u>	Gardasil 9 : 180 \$ par dose Des frais supplémentaires d'administration du vaccin peuvent s'appliquer.
<u>Alb.</u>	Information non rendue publique
<u>Sask.</u>	Série de trois doses : 223 \$ par dose
<u>Ont.</u>	Série de trois doses : de 300 à 550 \$ au total

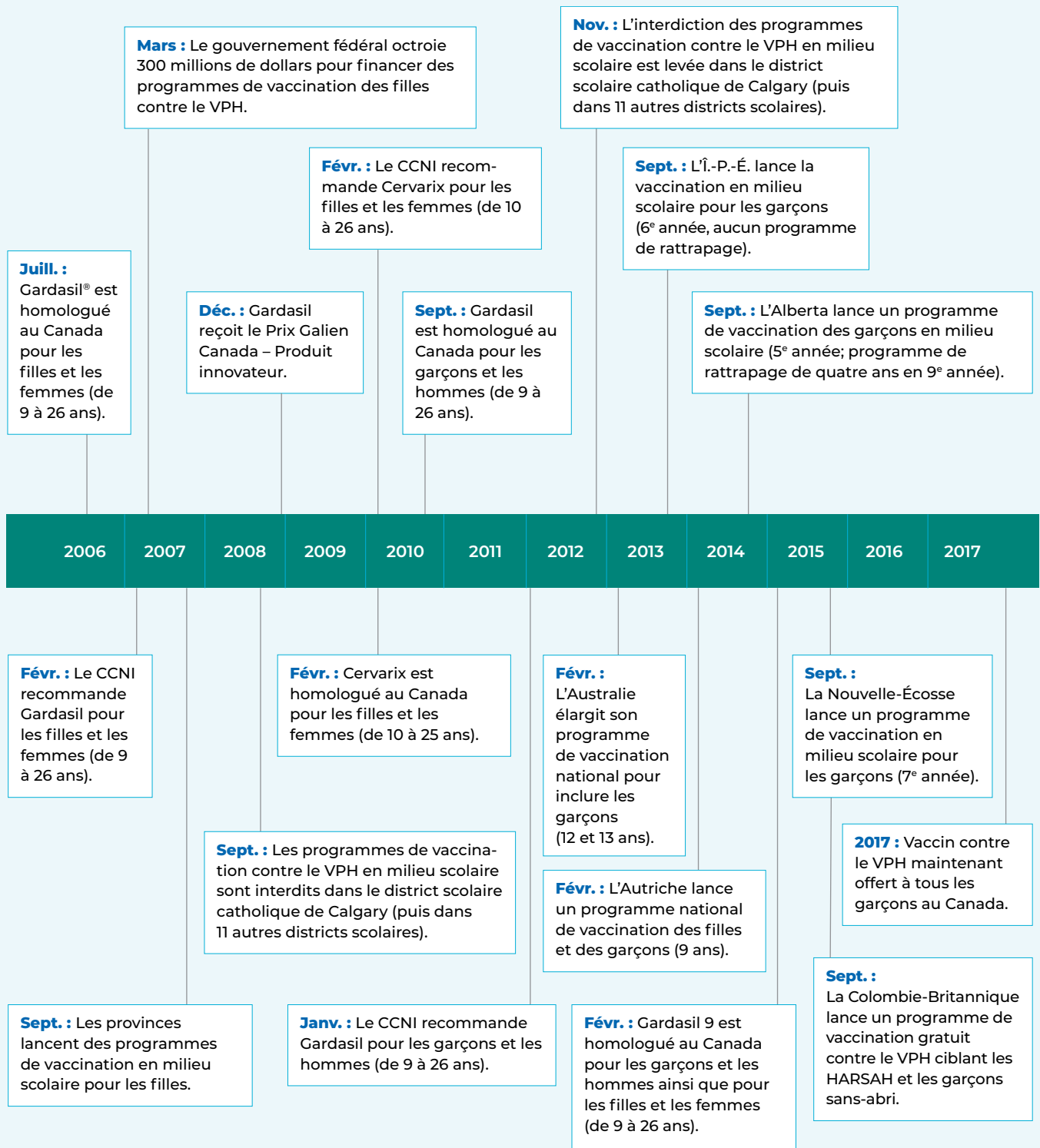
Changements apportés aux politiques jusqu'à ce jour

La situation de la vaccination contre le VPH a changé considérablement au cours des 15 dernières années (figure 5). En 2006, Gardasil® (vaccin quadrivalent [VPH4]) a été approuvé aux fins d'utilisation au Canada pour prévenir les infections par les types 6, 11, 16 et 18 du VPH et les cancers qui y sont liés (ainsi que d'autres maladies, comme les condylomes génitaux). On a ensuite approuvé en 2010 le vaccin Cervarix^{MC} (vaccin VPH2), pour la prévention du cancer du col de l'utérus causé par les types 16 et 18³⁷. En 2015, un vaccin nonavalent (vaccin VPH9), Gardasil® 9, a été approuvé. Ce vaccin prévient les infections par les types 81, 33, 45, 52 et 58 du VPH³⁸.

Outre la mise au point de vaccins, d'importants changements ont été apportés aux politiques portant sur les modes d'administration des vaccins et les populations ciblées par la vaccination. Au début, les provinces et les territoires offraient uniquement la vaccination aux filles, mais ils ont par la suite élargi les recommandations de vaccination pour inclure les garçons (tableau 4). Depuis 2017, toutes les provinces et tous les territoires offrent la vaccination contre le VPH aux filles et aux garçons dans le cadre de programmes scolaires. Cette offre élargie augmente la probabilité d'une immunité collective, en particulier compte tenu de la disparité des taux de vaccination entre les provinces et les territoires, et au sein de ceux-ci³⁹. De plus, les programmes de vaccination contre le VPH ont évolué vers l'adoption d'un schéma à deux doses (un schéma à trois doses est toutefois encore recommandé pour certaines personnes – tableau 5). Un schéma à deux doses réduit non seulement le coût de l'administration du vaccin, mais il augmente également la probabilité qu'un enfant reçoive la série complète nécessaire à la protection, parmi d'autres avantages³⁷.

^b Les provinces ou les territoires n'ont pas été inclus si des renseignements précis concernant l'achat à titre privé n'étaient pas disponibles.

FIGURE 5. CHRONOLOGIE DE LA VACCINATION CONTRE LE VPH



Adapté de : Shapiro, G., Perez, S. et Rosberger, Z. (2016). Including males in Canadian human papillomavirus vaccination programs: a policy analysis. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 188(12), 881-886.

Éducation

L'éducation joue un rôle important dans la prévention du cancer du col de l'utérus, particulièrement en ce qui concerne les avantages de la vaccination. L'éducation sur les risques du cancer du col de l'utérus et le VPH se fait en grande partie dans les écoles, par des campagnes de sensibilisation du public et à la maison.

Un examen rapide et non systématique de la documentation des conseils scolaires (bulletins d'information, notes de réunions, etc.) semble indiquer que les conseils scolaires publics et catholiques abordent la vaccination contre le VPH différemment au Canada. Par exemple, un conseil scolaire a souligné que l'activité sexuelle est seulement permise dans les liens du mariage⁴⁰, suggérant l'abstinence jusqu'au mariage, et ensuite une relation monogame. L'espoir que leur enfant respecte le principe de l'abstinence en dehors d'un mariage monogame peut être une raison pour les parents et les tuteurs de le dispenser de recevoir le vaccin contre le VPH. Toutefois, des études ont montré que l'activité sexuelle n'augmente pas chez les jeunes après la vaccination contre le VPH^{41,42}. De plus, les infections par le VPH peuvent se transmettre autrement que par les activités sexuelles, notamment de la mère à l'enfant à l'accouchement⁴³.

En dehors du milieu scolaire, il incombe principalement aux autorités et aux bureaux de santé publique locaux et régionaux, aux ministères de la Santé et aux organisations

non gouvernementales de sensibiliser le public à la vaccination contre le VPH. Une étude a révélé que, dans leur groupe de recherche, les femmes n'indiquaient pas le VPH comme un facteur de risque de cancer du col de l'utérus, et qu'elles n'étaient pas suffisamment informées sur le vaccin contre le VPH, qu'elles considéraient également comme dangereux⁴⁴. Une étude récente menée auprès d'étudiants d'âge universitaire au Canada a révélé que les campagnes de sensibilisation avaient une incidence positive sur les taux de vaccination⁴⁵. Actuellement, il semble que les groupes qui cherchent à sensibiliser le public à la vaccination contre le VPH soient peu nombreux, peu importe la province ou le territoire. Ce travail incombe principalement aux organismes de santé fédéraux, provinciaux, territoriaux ou régionaux, et aux organisations comme la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, Immunisation Canada et la Société canadienne du cancer⁴⁶. La désinformation sur la vaccination répandue dans les médias sociaux anéantit toutefois ces efforts, et ceux d'autres organisations visant à contrôler le discours sur le VPH⁴⁷.

Pour savoir en quoi consiste l'éducation du public sur la vaccination contre le VPH, les sites Web de conseils scolaires de 31 autorités ont été analysés pour relever toutes les communications publiques récentes à ce sujet. Cet examen, bien qu'il ne soit pas systématique, révèle un manque de cohérence dans les messages envoyés aux élèves et à leur famille au Canada⁵.

Communications des conseils scolaires

De nombreux conseils scolaires d'écoles publiques présentent la vaccination comme la meilleure façon de protéger les enfants (Vancouver Public School Board, Surrey Public School Board). La nature volontaire de la vaccination contre le VPH est notée, mais les conseils d'écoles publiques soulignent souvent que le vaccin est recommandé (Toronto Public School Board, Brandon Public School District) et qu'il est plus efficace s'il est administré avant le début de l'activité sexuelle (Anglophone West School District).

Dans les conseils scolaires catholiques, la nature volontaire de la vaccination contre le VPH est souvent soulignée (Hamilton-Wentworth Catholic School Board), et on insiste souvent sur le fait que l'abstinence est encouragée (Hamilton-Wentworth Catholic School Board). Le conseil scolaire catholique de Toronto (Toronto Catholic School Board) est allé plus loin, en citant la position de l'Institut canadien catholique de

bioéthique selon laquelle le vaccin contre le VPH est « une réponse inappropriée et inutile pour empêcher les filles de contracter ce virus transmissible sexuellement » (traduction)⁴⁸. Certains conseils scolaires catholiques ont informé les parents qu'en cas de flambée de maladie évitable par la vaccination, leur enfant pourrait être exclu s'il n'était pas vacciné contre le VPH (Calgary Catholic School Board). D'autres conseils catholiques ont communiqué des messages contradictoires concernant la possibilité que la vaccination contre le VPH augmente les comportements à risque (Regina Catholic School Division), tandis que d'autres ont débattu la question de savoir s'ils étaient responsables de promouvoir la vaccination (Yellowknife Catholic School Board).

Un point commun entre les conseils scolaires, qu'ils soient publics ou catholiques, était de souligner la nécessité du consentement des parents ou des tuteurs.

c Cette enquête comprenait seulement les conseils scolaires des 31 municipalités incluses dans le Répertoire des politiques de prévention.



Occasions d'augmenter la participation à la vaccination

Malgré les avancées réalisées dans le cadre de la vaccination contre le VPH, il est possible d'améliorer les taux de vaccination en apportant des changements aux politiques.

Abordabilité

Pour accroître les taux de vaccination contre le VPH, il est impératif que le vaccin soit offert aux personnes qui n'ont pas eu accès à des programmes en milieu scolaire ou qui n'ont pas reçu le vaccin car leur parent ou tuteur n'avait pas donné son consentement. Cela est également important pour les personnes qui ne sont pas admissibles à un programme de rattrapage, ou qui n'y ont pas accès. Pour accroître les taux de vaccination, le vaccin doit être financé par le gouvernement pour les personnes résidant au Canada⁴⁹.

Acceptabilité

L'expérience du bénéficiaire du vaccin doit également être prise en compte. On sait peu de choses sur la façon dont l'administration du vaccin influe sur la participation à la vaccination, ni sur la volonté des enfants de recevoir les doses subséquentes du vaccin, ce qui importe peut-être encore plus. Dans certaines écoles, on rapporte qu'un environnement confortable n'est pas offert pour l'administration du vaccin; les élèves devant souvent recevoir le vaccin devant leurs camarades de classe dans un espace ouvert, ce qui constitue une expérience inconfortable pour certains d'entre eux. Même de légers désagréments dus à l'environnement peuvent avoir des répercussions négatives. Il faut tenir compte du fait qu'un cinquième des élèves indiquent que la peur des aiguilles ou des craintes quant à la douleur sont une raison de refuser la vaccination⁵⁰. Créer des expériences de vaccination positives pour les enfants est important pour accroître

les taux de vaccination. La vaccination doit avoir lieu dans un endroit confortable, privé et adapté à la culture.

En plus de l'endroit où l'enfant reçoit la vaccination, l'attitude du personnel infirmier et du personnel enseignant représente également un facteur important qui contribue à l'expérience de vaccination de l'enfant. Certaines études indiquent qu'une formation supplémentaire serait bénéfique pour permettre au personnel infirmier de satisfaire aux besoins des élèves pendant le processus de vaccination⁵⁰.

Schémas de doses alternatifs

Dans l'avenir, si des données probantes appuient une telle décision, et selon les recommandations du CCNI, il sera peut-être possible d'accroître le taux de couverture vaccinale contre le VPH par l'adoption d'un schéma à une dose. De nouvelles données semblent indiquer que le passage d'un schéma de vaccination contre le VPH à deux doses à un schéma à une dose pourrait conférer une protection équivalente contre l'infection par le VPH et les maladies connexes⁵¹. Le passage à un schéma à une dose peut être particulièrement important dans les provinces et les territoires où les ressources sont limitées. Cette approche pourrait également faciliter une mise en œuvre plus répandue de la vaccination, car une seule visite serait nécessaire dans les endroits éloignés ou difficilement accessibles. De plus, cela permettrait de mettre en place un programme de rattrapage plus étendu, dans le cadre duquel une deuxième dose serait administrée, uniquement en fonction des besoins.



Politiques et programmes pour les populations mal desservies

L'une des tragédies du cancer du col de l'utérus est son incidence disproportionnée sur certaines populations mal desservies. Tout effort pour réduire le cancer du col de l'utérus doit tenir compte des iniquités qui existent actuellement.

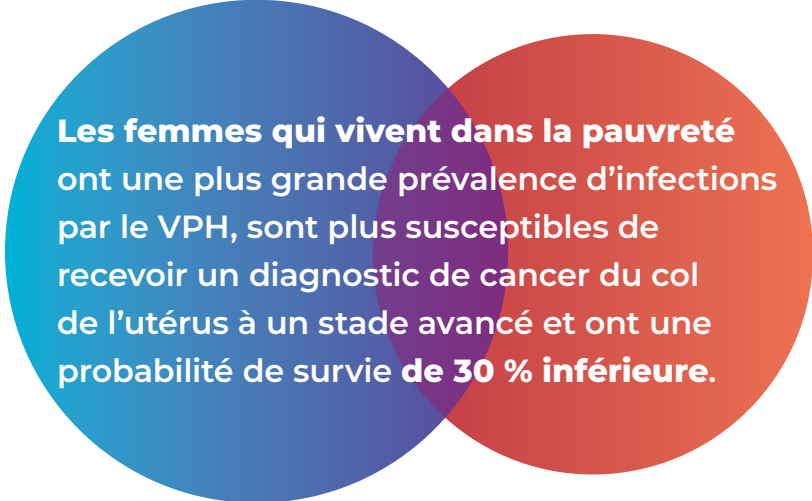
À cette fin, la *Stratégie canadienne de lutte contre le cancer 2019-2029*⁵² et le *Plan d'action pour l'élimination du cancer du col de l'utérus au Canada, 2020-2030* abordent explicitement les inégalités et les obstacles en matière d'accès à la prévention et aux soins auxquels font face les personnes vivant dans des collectivités rurales et éloignées, les personnes à faible revenu, les immigrants récents, les Premières Nations, les Inuits et les Métis ainsi que d'autres populations telles que les personnes appartenant à la communauté LGBTQ2S+.

Premières Nations, Inuits et Métis

Les Premières Nations, les Inuits et les Métis continuent d'obtenir des résultats moins satisfaisants que les autres Canadiens en matière de cancer, en raison des inégalités et des obstacles liés à l'accès aux soins, notamment à des soins adaptés à leur culture^{13,15,53,54}. Les traumatismes et les abus historiques, la colonisation ainsi que le racisme systémique en cours favorisent ces inégalités. Ces facteurs contribuent à des taux d'infection par le VPH plus élevés, ainsi qu'à des taux plus élevés de cancer invasif parmi les Premières Nations, les Inuits et les Métis par rapport à la population non autochtone du Canada. Les rapports indiquent que le cancer du col de l'utérus est 2,3 fois plus fréquent chez les femmes des Premières Nations et des Inuits en Alberta que chez celles qui ne font pas partie de ces peuples⁵⁵.

Il existe des exemples de programmes de vaccination qui sont propres aux Premières Nations, aux Inuits et aux Métis. Par exemple, le projet EHVINA (Enhancing HPV Vaccination in First Nations Populations in Alberta) est axé sur l'augmentation des taux de vaccination contre le VPH au sein des populations des Premières Nations. Ce projet a déterminé qu'un dialogue continu et l'élaboration conjointe de stratégies communautaires visant à accroître les taux de vaccination contre le VPH ont des répercussions positives sur la participation à la vaccination. Le recours à des éducateurs intergénérationnels au sein des communautés des Premières Nations en complément des documents pédagogiques manuscrits a le potentiel d'accroître la participation des jeunes des Premières Nations à des programmes de vaccination en milieu scolaire⁵⁵.

Les programmes de vaccination en milieu scolaire et les programmes de rattrapage sont administrés par les autorités sanitaires provinciales et territoriales et ne sont pas inclus dans le Programme des services de santé non assurés (SSNA). Il importe d'élaborer des programmes de vaccination contre le VPH qui tiennent compte des particularités culturelles pour réussir à augmenter les taux de vaccination chez les populations des Premières Nations, des Inuits et des Métis. Les programmes de vaccination doivent miser sur les forces des communautés et éliminer les obstacles particuliers auxquels sont confrontés les Premières Nations, les Inuits et les Métis, notamment les problèmes d'accès géographique, ainsi que la crainte et la méfiance à l'égard des systèmes de soins de santé.



Les femmes qui vivent dans la pauvreté ont une plus grande prévalence d'infections par le VPH, sont plus susceptibles de recevoir un diagnostic de cancer du col de l'utérus à un stade avancé et ont une probabilité de survie de 30 % inférieure.

Populations d'immigrants et de réfugiés

Deux occasions principales permettent de veiller à une protection adéquate des populations d'immigrants et de réfugiés contre le cancer du col de l'utérus : assurer leur accès à la vaccination et corriger la désinformation concernant la vaccination contre le VPH.

Les enfants et les adolescents qui viennent d'arriver au Canada peuvent déjà avoir été vaccinés selon les recommandations de leur pays d'origine, qui ne sont pas nécessairement les mêmes que les recommandations canadiennes. Dans les cas où les politiques de vaccination diffèrent, les enfants et les adolescents devront participer au programme de rattrapage offert dans leur province ou territoire⁵⁶. Cependant, les gouvernements provinciaux, territoriaux et fédéral pourraient devoir créer de nouveaux programmes, ou adapter des programmes existants, afin d'offrir des programmes publics de vaccination aux nouveaux immigrants et réfugiés, même s'ils ne répondent pas aux critères d'admissibilité des programmes de rattrapage offerts dans leur province ou territoire.

Le manque de connaissances sur le VPH et le cancer du col de l'utérus, ainsi que sur la disponibilité et les avantages de la vaccination contre le VPH constitue un obstacle majeur à la vaccination des immigrantes et des réfugiées⁵⁷. Les femmes immigrantes et réfugiées perçoivent généralement que leur risque de contracter le VPH est faible. La communication d'information ciblée pourrait être nécessaire pour accroître la sensibilisation aux risques du VPH et à son rôle dans le cancer du col de l'utérus, ainsi qu'à la disponibilité et aux avantages du vaccin. Pour atteindre cet objectif, il est important de répondre aux préoccupations propres à la culture pour accroître les connaissances sur le VPH et le taux de vaccination dans cette population⁵⁸.

Populations à faible revenu et minoritaires

Les femmes ayant un faible revenu et celles qui se sont identifiées comme étant membres d'une minorité visible sont touchées de façon disproportionnée par l'infection au VPH et le cancer du col de l'utérus. Des taux élevés de vaccination contre le VPH dans les programmes scolaires ne signifient pas nécessairement une couverture équitable parmi les différentes populations sociodémographiques. Comme pour les populations mentionnées ci-dessus, il peut y avoir des défis liés à l'accès, à l'information, aux croyances culturelles ou religieuses, et aux barrières systémiques à l'accès aux soins. Afin de garantir une vaccination équitable contre le VPH, il faut mettre en place un suivi continu des inégalités, même dans les territoires de compétence affichant des taux de vaccination élevés. En Ontario, les données indiquent que le revenu du quartier n'influe pas sur l'administration de la première dose de vaccin, mais que les femmes vivant dans les quartiers à faible revenu sont moins susceptibles de recevoir la dernière dose⁵⁹. Au Québec, la couverture vaccinale était plus faible parmi les personnes ayant un statut social précaire, les immigrants, les minorités visibles ou les personnes dont la langue maternelle est l'anglais⁵⁹. Ces provinces ont également un grand nombre d'immigrants qui pourraient être trop âgés pour prendre part à des programmes de vaccination contre le VPH en milieu scolaire, ce qui réduit la couverture vaccinale et ainsi l'immunité collective contre le VPH⁵⁹.

Des recherches menées aux États-Unis ont montré que les adolescents noirs et latinos, ceux ayant un faible revenu, ceux vivant en région urbaine ainsi que ceux assurés par le régime public reçoivent la première dose du vaccin contre le VPH à des taux équivalents ou plus élevés que leurs pairs de race blanche ayant un revenu plus élevé⁶⁰. Toutefois, les adolescents du

premier groupe sont moins susceptibles de terminer la série de doses du vaccin que les adolescents de race blanche, vivant en banlieue, bénéficiant d'une assurance privée ou ceux plus nantis. Dans ces cas, les recommandations de la vaccination contre le VPH par un fournisseur de soins de santé multiplient jusqu'à 18 fois la probabilité de vaccination⁶⁰. De plus, 90 % des filles et des femmes qui ont été vaccinées ont indiqué avoir reçu des recommandations à cet égard de la part de leur fournisseur. Cela souligne qu'il est important que les fournisseurs de soins de santé recommandent la vaccination et qu'il faut lutter contre les préjugés systémiques dans la prestation de soins de santé : les parents de filles noires et latines ont signalé de plus faibles taux de recommandation de la part de leur fournisseur de soins de santé à l'égard de la vaccination contre le VPH par rapport aux parents de filles de race blanche⁶⁰. Cette inégalité peut s'expliquer en partie par des différences relatives à la langue maternelle, au statut d'acculturation et aux croyances sanitaires culturelles, mais elle témoigne également de l'existence de biais systémiques inhérents dans le système de soins de santé⁶¹.

Les recherches révèlent également que les femmes qui vivent dans la pauvreté ont une plus grande prévalence d'infections par le VPH, sont plus susceptibles de recevoir un diagnostic de cancer du col de l'utérus à un stade avancé et ont une probabilité de survie à un diagnostic de maladie métastatique de 30 % inférieure par rapport à celles qui vivent au-dessus du seuil de la pauvreté. Toutefois, les mères détenant un diplôme d'études secondaires ou de niveau inférieur étaient souvent plus disposées à vacciner leurs filles que les mères ayant un diplôme d'études collégiales. Tout comme les filles, les garçons qui vivent dans la pauvreté se font moins souvent vacciner. Une occasion importante d'augmenter le taux de vaccination est de cibler précisément cette population, car le fait de vacciner les garçons ayant un faible revenu ou appartenant à une minorité peut contribuer à atteindre l'immunité collective, compte tenu du fait que les jeunes adultes ont tendance à rechercher des partenaires sexuels au sein de leur propre communauté⁶⁰.

Populations des régions rurales et éloignées

Les populations des régions rurales et éloignées ont des taux plus élevés de cancer du col de l'utérus, et des taux de vaccination contre le VPH plus faibles⁶². Un grand nombre des défis évoqués ci-dessus sont également pertinents au sein de ces populations, y compris l'accès aux soins, l'information et les préjugés

systémiques. Il est important de comprendre les défis précis auxquels sont confrontées les populations des régions rurales et éloignées si on veut respecter le mandat d'éliminer le cancer du col de l'utérus. L'offre gratuite du vaccin n'est pas suffisante pour obtenir un taux de vaccination élevé contre le VPH. Une étude a révélé que des femmes recrutées en clinique en région rurale, et les femmes recrutées au collège en région rurale étaient moins susceptibles de revenir pour l'administration des doses subséquentes du vaccin⁶³. Le manque de commodité était l'obstacle principal. De courtes distances et des endroits accessibles pour les cliniques sont essentiels pour assurer l'administration de la série complète de doses du vaccin contre le VPH⁶⁴. Cela semble indiquer qu'il pourrait également être important d'élargir l'éventail de professionnels de la santé qui sont autorisés à administrer un vaccin – par exemple, les pharmaciens, qui sont les professionnels de la santé les plus accessibles au Canada. Certaines provinces et certains territoires ont déjà élargi le champ de pratique des pharmaciens^{64,65}.

Une étude américaine a révélé que la couverture vaccinale contre le VPH est considérablement plus faible chez les adolescents vivant dans les banlieues et les régions principalement rurales par rapport à ceux résidant dans les régions principalement urbaines. Les garçons et les hommes sont particulièrement moins susceptibles d'être vaccinés dans les banlieues. L'absence de recommandation de la part d'un fournisseur de soins de santé fait partie des facteurs associés au fait de ne pas recevoir le vaccin contre le VPH⁶⁶. Les interventions visant à remédier à ces occasions manquées peuvent être plus appropriées dans les banlieues, alors que la résolution des problèmes liés à l'accès aux soins pourrait être plus efficace dans les régions principalement rurales. Les adolescents vivant dans des régions principalement rurales sont plus susceptibles de se rendre dans des centres de vaccination non traditionnels. Il est donc important de veiller à ce qu'un large éventail de professionnels de la santé soient renseignés sur les vaccins contre le VPH⁶⁶.

Il est impératif de mettre en œuvre des stratégies visant des populations particulières pour accroître les taux de vaccination contre le VPH. Une approche mixte consistant à améliorer l'information des parents et des tuteurs concernant le VPH, la communication entre les fournisseurs de soins de santé et les parents, ainsi que les approches en milieu scolaire, pourrait s'avérer efficace pour réduire les disparités en matière de vaccination entre les régions éloignées, rurales, suburbaines et urbaines.



Perceptions du public à l'égard de la vaccination contre le VPH

Un facteur important à prendre en compte dans le cadre de la prévention du cancer du col de l'utérus est le rôle de la perception du public, notamment en ce qui concerne la vaccination contre le VPH. Il est essentiel de veiller à ce que le public soit bien informé au sujet de la vaccination contre le VPH, car il s'agit de l'outil de prévention primaire du cancer du col de l'utérus. Un manque d'information au sujet des avantages du vaccin nuit à l'adoption de la vaccination. Citons quelques exemples.



Plus de la moitié des parents (52 %) d'enfants âgés de deux ans sont préoccupés par les effets secondaires possibles des vaccins chez leurs enfants, même si la majorité (97 %) est d'accord pour reconnaître que les vaccins aident à protéger la santé de leurs enfants⁶⁷.



Les femmes qui n'ont pas été vaccinées contre le VPH sont plus susceptibles d'exprimer des inquiétudes quant à l'innocuité du vaccin (40 % par rapport à 26 % des femmes vaccinées)⁶⁷.



L'obstacle principal à la vaccination est l'absence de recommandations de la part de leur fournisseur de soins de santé, selon 38 % des Canadiens. Indiquer le partenariat avec les médecins et donner aux gens les moyens de se renseigner sur la vaccination contre le VPH seront des facteurs essentiels de la stratégie visant à accroître les taux de vaccination contre le VPH³⁴.

Autodidaxie en matière de santé et hésitation vaccinale

L'autodidaxie en matière de santé implique que les gens ont les connaissances et les compétences nécessaires pour accéder aux renseignements sur la santé, les comprendre et les appliquer pour prendre des décisions concernant leur santé⁶⁸. Soixante pour cent des adultes canadiens ne possèdent pas les compétences nécessaires pour répondre à leurs besoins en santé et en soins de santé⁶⁹.

L'autodidaxie du public en matière de santé est mise en avant comme un facteur important pour faire des choix sains, ce qui n'est pas aussi simple pour l'adoption d'un vaccin^{70,71,72}. La relation entre l'autodidaxie en matière de santé et la vaccination semble déterminée par les perceptions des risques et par la probabilité de tomber malade ou de souffrir de complications à court terme⁷⁰. Par conséquent, lorsque le niveau d'autodidaxie en matière de santé d'une personne est élevé, cela ne peut que contribuer à une meilleure adoption du vaccin si les risques pour la santé associés au VPH sont bien communiqués au public. Les médias, en particulier les médias sociaux,

ont tendance à communiquer des messages de risques mixtes sur l'efficacité des vaccins, contrairement aux données probantes^{70,73}. Selon la documentation, les médias sociaux de toutes les sources ont tendance à mettre l'accent sur des anecdotes de méfaits liés aux vaccins par rapport aux avantages^{70,73,74}. En ce qui concerne le VPH, l'exposition à des récits de méfaits a réduit la probabilité de se faire vacciner⁷³. Cette information est particulièrement importante, car les médias sociaux sont le principal canal pour favoriser des discussions sur le cancer du col de l'utérus et le vaccin contre le VPH, qui auront une incidence certaine sur la réponse du public^{70,73,74,75}. Des études ont montré que l'information et l'éducation des parents au sujet de la vaccination peuvent changer les attitudes^{57,76,77,78}.

Bien que l'autodidaxie en matière de santé et les messages des médias sociaux jouent un rôle important dans l'adoption de la vaccination, de nombreux autres facteurs expliquent pourquoi certaines personnes au Canada ne se font pas vacciner contre le VPH (figures 6 et 7).

FIGURE 6. FACTEURS INFLUENÇANT LA DÉCISION DE NE PAS SE FAIRE VACCINER CONTRE LE VPH

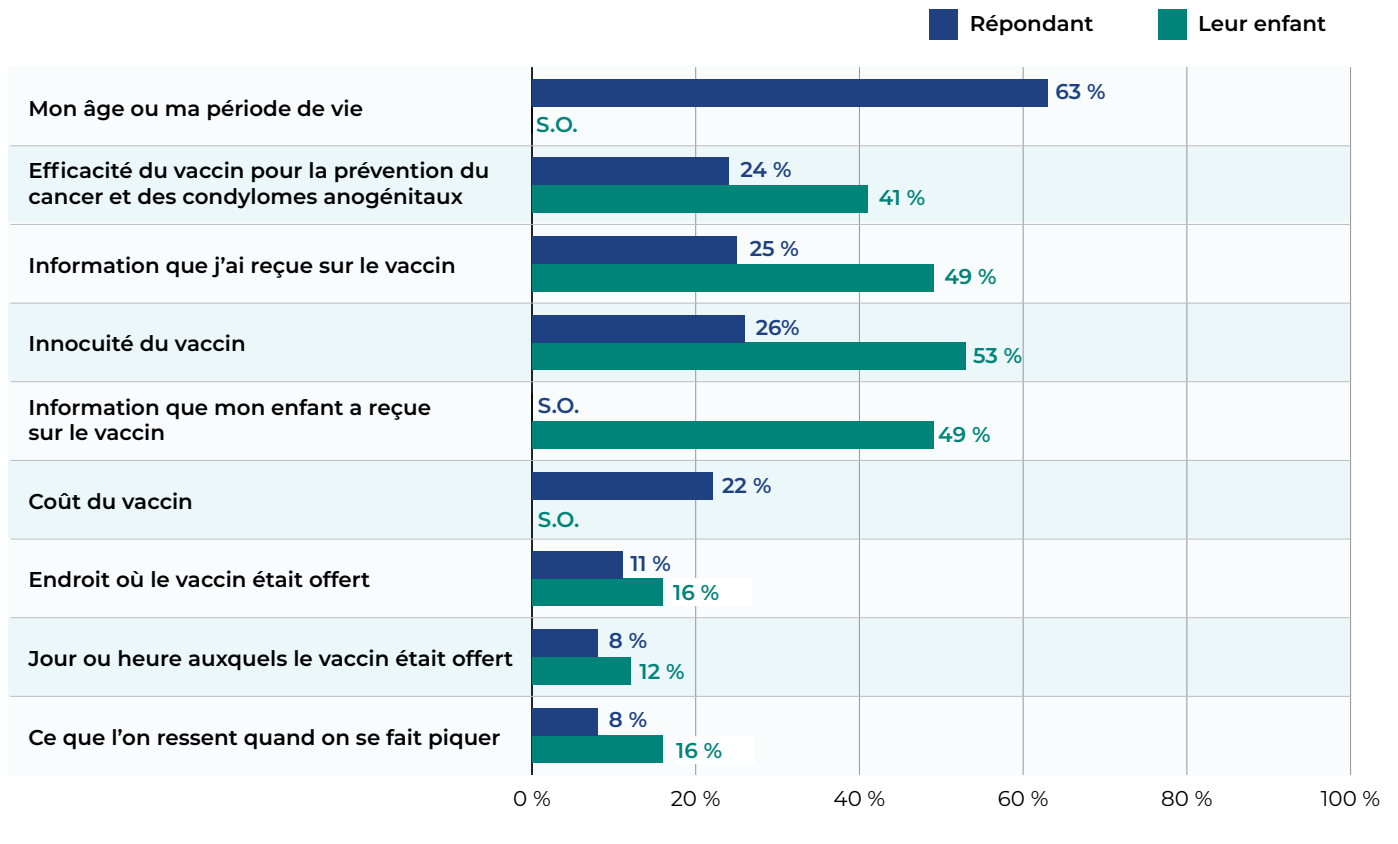
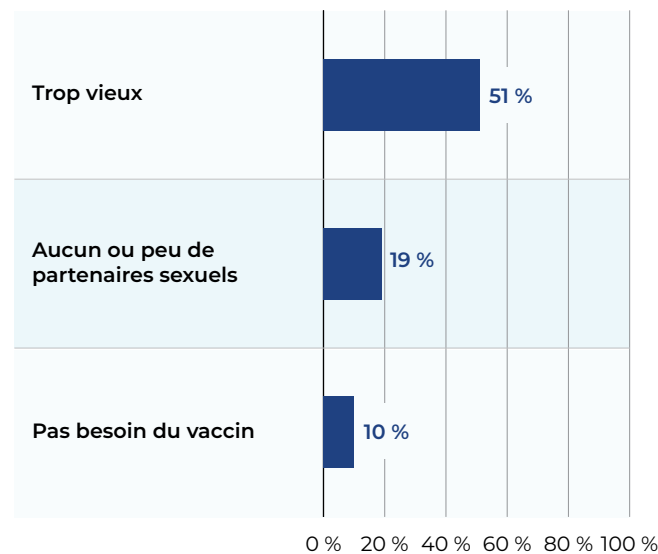
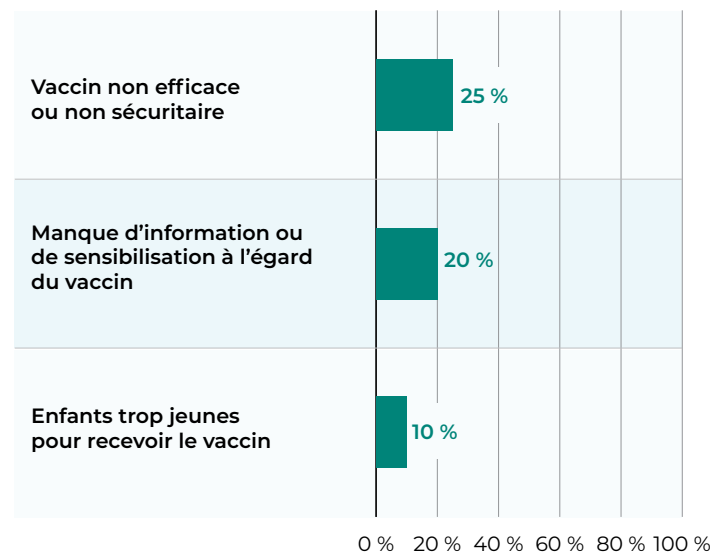


FIGURE 7. RAISONS DE REFUSER LE VACCIN CONTRE LE VPH POUR SOI-MÊME OU POUR SES ENFANTS

RAISON DE NE PAS SE FAIRE VACCINER



RAISONS DE NE PAS FAIRE VACCINER SES ENFANTS



Source : Public and Patient Engagement to Inform Action Plan for Elimination of Cervical Cancer in Canada – Partenariat canadien contre le cancer. Rapport non publié de 2020.

Une couverture vaccinale de

90 %

conjuguée au test de détection du VPH pourrait prévenir

6 810

cas de cancer du col de l'utérus d'ici 2050, et ainsi sauver

1 750 vies.

Objections religieuses ou culturelles

La plupart des groupes religieux et culturels acceptent la vaccination, mais il existe des groupes et des personnes qui s'y opposent. Les facteurs problématiques souvent mentionnés par rapport à la vaccination comprennent : préoccupations d'ordre éthique quant à l'utilisation de tissus et de cellules humains ou de tout tissu animal pour mettre au point des vaccins, et convictions que le corps devrait être guéri par une puissance supérieure, la prière ou d'autres moyens spirituels⁷⁹.

Données probantes économiques à l'appui des politiques et des programmes de vaccination contre le VPH

La modélisation par OncoSim^d des répercussions des interventions de prévention des infections par le VPH et du cancer du col de l'utérus indique que des taux élevés de couverture vaccinale (90 %) conjugués au test de détection du VPH pourraient prévenir 6 810 cas de cancer du col de l'utérus d'ici 2050, et ainsi sauver 1 750 vies⁴⁹.

L'offre de programmes de vaccination contre le VPH, et leur prestation dans le cadre de programmes scolaires, s'est avérée rentable dans les pays à revenu élevé, y compris le Canada⁸⁰. Il a été constaté que l'efficacité du vaccin chez les filles et les femmes diminue avec l'âge, le vaccin étant le plus efficace lorsqu'il est administré avant le début de l'activité sexuelle. Ainsi, l'élargissement de la vaccination contre le VPH aux femmes plus âgées (de 35 à 45 ans) pourrait ne pas être une stratégie rentable⁸¹. L'administration du vaccin aux filles avant l'âge de 14 ans s'est toujours avérée la stratégie la plus rentable.

Les programmes scolaires demeurent le modèle principal pour l'administration du vaccin contre le VPH, mais un modèle a déterminé que la façon la plus rentable d'offrir la vaccination contre le VPH est de le faire par l'intermédiaire des écoles et des établissements de soins primaires, par rapport à une approche scolaire isolée ou à toute loi rendant la vaccination obligatoire⁸². À terme, en association avec le dépistage, il a été montré que la vaccination contre le VPH est une intervention rentable dans les pays à revenu élevé, et que le test de détection de l'ADN du VPH représente une stratégie rentable à l'échelle des populations⁸³.

d Le modèle OncoSim-Col de l'utérus est un outil de simulation mathématique pour le cancer du col de l'utérus. Le modèle reflète la progression du cancer du col de l'utérus ainsi que les traitements cliniques en s'appuyant sur les connaissances actuelles et les pratiques canadiennes fondées sur des données probantes.

Aperçu de la législation relative à la vaccination contre le VPH

Le présent aperçu de la législation relative à la vaccination s'inscrit dans les efforts plus vastes du Partenariat canadien contre le cancer visant à favoriser une plus grande équité et accessibilité à la prévention, au dépistage, au traitement et aux soins du cancer du col de l'utérus. Parmi d'autres, cet outil fournit une base de données probantes pour soutenir la réponse aux priorités, aux objectifs et aux mesures énoncés dans le [Plan d'action pour l'élimination du cancer du col de l'utérus au Canada, 2020-2030](#), qui mobilise des partenaires de l'ensemble du pays à participer à des travaux visant à éliminer le cancer du col de l'utérus d'ici 2040.

Le plan d'action ainsi que les produits de connaissance connexes, y compris la présente ressource, fait avancer une priorité absolue de la [Stratégie canadienne de lutte contre le cancer 2019-2029](#) (la Stratégie), qui est de réduire le risque de cancer dans la population, y compris le cancer du col de l'utérus. La Stratégie est une feuille de route sur dix ans visant à améliorer l'équité au sein du système de lutte contre le cancer et à offrir des soins de calibre mondial à l'ensemble de la population du Canada, tout en se concentrant sur la mise en place d'un système de soins de santé durable pour l'avenir.

Il est nécessaire de tenir compte de trois domaines de politique pour comprendre pleinement le cadre stratégique de la vaccination au Canada :

- i. lois sur la santé publique et leurs règlements (y compris les règlements sur la vaccination planifiée et les obligations de déclaration);
- ii. lois sur la vaccination obligatoire;
- iii. lois sur le consentement dans la prise de décisions sur les soins de santé.

Également pertinentes pour la vaccination contre le virus du papillome humain (VPH), mais non abordées ici, sont les politiques éclairant les dépenses publiques en matière de soins de santé, y compris les investissements dans des programmes de vaccination et de dépistage.

Lois sur la santé publique

Chaque province et territoire a une loi sur la santé publique (tableau 1). Ces lois peuvent notamment être utilisées pour communiquer l'importance de la vaccination contre le VPH, exiger que les

personnes soient vaccinées, demander que les cas d'infection au VPH soient signalés aux autorités sanitaires provinciales ou territoriales, et fournir des directives en matière de traitement.

Les lois sur la santé publique désignent souvent les vaccins comme une mesure préventive, et peuvent interdire aux personnes de prendre part à des activités ou d'être à des endroits précis si elles ne sont pas vaccinées⁸⁴. De plus, elles accordent généralement le pouvoir d'ordonner la vaccination (ou la revaccination) d'individus⁸⁵, mais ce pouvoir est souvent limité aux situations d'épidémie ou de menace d'épidémie, ou aux situations considérées comme une urgence de santé publique.

TABLEAU 1. LOIS SUR LA SANTÉ PUBLIQUE AU CANADA

Province ou territoire	Lois sur la santé publique
Colombie-Britannique	<u>Public Health Act</u>
Alberta	<u>Public Health Act</u>
Saskatchewan	<u>Public Health Act</u>
Manitoba	<u>Loi sur la santé publique</u>
Ontario	<u>Loi sur la protection et la promotion de la santé</u>
Québec	<u>Loi sur la santé publique</u>
Terre-Neuve-et-Labrador	<u>Public Health Protection and Promotion Act</u>
Nouveau-Brunswick	<u>Loi sur la santé publique</u>
Île-du-Prince-Édouard	<u>Public Health Act</u>
Nouvelle-Écosse	<u>Health Protection Act</u>
Yukon	<u>Loi sur la santé et la sécurité publiques</u>
Territoires du Nord-Ouest	<u>Loi sur la santé publique</u>
Nunavut	<u>Loi sur la santé publique</u>

Les obligations de déclaration sont importantes pour le suivi, le contrôle et la prévention des maladies. De nombreuses provinces disposent de règlements, souvent adoptés en vertu des lois sur la santé publique, qui exigent que certaines infections soient déclarées aux autorités sanitaires provinciales ou territoriales. Cela comprend les infections transmissibles sexuellement^e. Aucun territoire de compétence ne définit l'infection par le VPH comme une maladie à déclaration obligatoire.

En plus des lois provinciales et territoriales, le gouvernement fédéral joue un rôle important. Il fournit la vaccination aux populations qui relèvent de sa compétence, y compris les Forces canadiennes, les vétérans, les détenus dans les pénitenciers fédéraux et certains demandeurs d'asile. Le gouvernement fédéral peut également adopter des politiques qui encouragent la vaccination, octroyer du financement aux gouvernements provinciaux et territoriaux, et investir dans des campagnes de santé publique pour sensibiliser davantage le public.

Lois sur la vaccination obligatoire

À l'heure actuelle, il ne semble pas y avoir de loi canadienne rendant obligatoire la vaccination contre le VPH. Chaque province et chaque territoire a des politiques qui indiquent quand la vaccination est obligatoire – toutefois, il y a souvent des exceptions, comme des exemptions pour des raisons médicales ou idéologiques. La vaccination peut être exigée pour fréquenter des établissements sociaux, y compris des écoles et des garderies, ou certains lieux de travail^g.

En Ontario (*Loi sur l'immunisation des élèves*) et au Nouveau-Brunswick (*Loi sur la santé publique*), il faut fournir une preuve de vaccination pour pouvoir

fréquenter l'école. Ces lois exigent seulement des preuves de vaccination pour une série limitée de maladies (tableau 2), mais elles établissent que des vaccinations contre des maladies transmissibles peuvent être exigées pour fréquenter l'école. Bien que l'Ontario et le Nouveau-Brunswick offrent tous deux la vaccination contre le VPH aux élèves de septième année, ni l'une ni l'autre des provinces n'exige cette vaccination pour fréquenter l'école^h.

Outre les exigences pour l'inscription à l'école, les provinces encouragent une plus grande participation à la vaccination de plusieurs autres manières. Par exemple, les règlements pris en vertu de la *Loi sur les foyers de soins de longue durée* de l'Ontario indiquent que les titulaires de permis^e doivent garantir qu'on offre aux résidents la vaccination contre la grippe, le pneumocoque, le tétanos et la diphtérie, et doivent exiger que le personnel participe à un programme de dépistage de la tuberculose et d'autres maladies infectieuses. Ils doivent également prévoir un programme de vaccination du personnel^h. Les règlements pris en vertu de la *Loi sur les services à l'enfance, à la jeunesse et à la famille* exigent que les titulaires de permis d'exploitation d'un foyer pour enfants veillent à ce que chaque personne employée dans le foyer reçoive les vaccinations que recommande le médecin-hygiéniste local^g. La *Loi sur les ambulances* exige que tous les ambulanciers et auxiliaires médicaux fournissent une preuve de vaccination conformément aux normes sur les maladies transmissibles des services ambulanciers (Ambulance Service Communicable Disease Standard)^f.

À l'heure actuelle, il ne semble pas y avoir de loi canadienne rendant obligatoire la vaccination contre le VPH.

e Ici le « titulaire de permis » fait référence au détenteur d'un permis délivré en vertu de la Loi. L'article 95 de la Loi stipule que pour « exploiter des locaux d'habitation pour des personnes qui ont besoin de soins infirmiers ou dans lesquels des soins infirmiers sont fournis à deux personnes ou plus qui ne sont pas apparentées, [il faut] y être autorisé par un permis délivré ».

f Voir l'alinéa 6h) du règlement 257/100, Généralités, qui indique que les ambulanciers et auxiliaires médicaux doivent détenir un certificat valide signé par un médecin qui indique que la personne est vaccinée contre les maladies énumérées au tableau 1 des normes sur les maladies transmissibles des services ambulanciers (Ambulance Service Communicable Disease Standard), publiées par le Ministère, et dans ses versions successives, ou qui indique qu'une telle vaccination est contre-indiquée. On peut consulter les normes, en anglais seulement, ici : <https://www.lhsc.on.ca/media/3064/download>.

TABLEAU 2. LOIS SUR LA VACCINATION OBLIGATOIRE – ENTRÉE À L'ÉCOLE

Province ou territoire	Maladies couvertes		Exemptions
<u>Ont.</u>	Diphtérie Rougeole Oreillons Méningococcie Coqueluche	Poliomyélite Rubéole Tétanos Varicelle	Exemption médicale Exemption fondée sur la conscience ou les croyances religieuses
<u>N.-B.</u>	Diphtérie Rougeole Oreillons Méningococcie Coqueluche	Poliomyélite Rubéole Tétanos Varicelle	Exemption médicale Exemption fondée sur la conscience ou les croyances religieuses

Consentement

Le dernier groupe de politiques qu'il est important de recenser dans ce contexte est celui des règles sur le consentement et la prise de décisions au nom d'autrui. Comme tout traitement médical, la vaccination contre le VPH nécessite le consentement de la personne (par exemple, l'enfant ou l'adolescent) qui reçoit la vaccination ou celui de son mandataire (par exemple, le parent ou le tuteur). La vaccination contre le VPH est plus efficace lorsqu'elle est administrée avant l'âge du premier contact sexuel; elle est donc proposée systématiquement aux enfants de la quatrième à la septième année (dans la tranche d'âge de 8 à 13 ans). À cet âge, les parents et les tuteurs doivent souvent donner leur consentement pour que leur enfant reçoive un traitement médical, ou y participe.

Au Canada, aucun âge minimal n'est désigné pour qu'un enfant soit admissible à donner son consentement à une intervention médicale, à l'exception du Québec qui a déterminé que les enfants de moins de 14 ans devaient obtenir le consentement parental. Plutôt, l'aptitude à donner son consentement est fondée sur la capacité, laquelle est déterminée en évaluant la *maturité*. On détermine la capacité en évaluant si le développement mental et émotionnel de l'enfant lui permet d'apprécier la nature et les conséquences du traitement proposé. L'application de cette évaluation semble varier selon le traitement – plus une décision de traitement est grave, plus les attentes envers une personne sont élevées. Toute personne bénéficie aussi d'une *présomption* de capacité; par conséquent, la position par défaut est que l'enfant a la capacité de consentir à un tel service, sauf si des mesures législatives indiquent le contraire (p. ex. au Québec). Cette présomption n'annule pas l'obligation des fournisseurs de soins de santé d'évaluer si une personne a la capacité ou non de donner son consentement.

Ce domaine du droit est devenu compliqué en raison d'un ensemble de jurisprudence souvent contradictoire et portant à confusion quand il est question d'enjeux de maturité et de capacité des enfants à prendre des décisions médicales. Si un enfant n'a pas la capacité de donner son consentement à un traitement médical, il incombe alors au parent ou au tuteur (ou tout autre mandataire désigné) de donner le consentement. Le mandataire doit agir dans l'intérêt véritable du mineur lorsqu'il prend cette décision. Cette information peut être précisée dans les mesures législatives, par exemple, la *Loi sur le consentement aux soins de santé* de l'Ontario stipule que lorsqu'on évalue ce qui est dans l'intérêt véritable de la personne, il faut tenir compte, inter alia, de la façon dont le traitement influera sur le bien-être du patient. Il est important de noter que la doctrine de la common law, comme elle est exprimée dans les décisions judiciaires (p. ex. « intérêt véritable », « parens patriae ») et les principes éthiques (p. ex. « intérêt véritable ») permettent également d'indiquer quand un enfant a la capacité de donner son consentement à des traitements médicaux.

Bien que la plupart des provinces et des territoires offrent la vaccination contre le VPH aux enfants de sixième ou de septième année, et que bon nombre de ces enfants possèdent la capacité et la maturité requises pour consentir à recevoir la vaccination contre le VPH (même si la capacité individuelle de chaque élève doit être évaluée au cas par cas), de nombreux programmes scolaires requièrent le consentement des parents ou des tuteurs. Par conséquent, il est pratique courante de demander le consentement du parent ou du tuteur, et non celui de l'enfant⁹¹.

TABLEAU 3. LOIS PERTINENTES SUR LE CONSENTEMENT AUX SOINS DE SANTÉ AU CANADA

Province ou territoire	Lois sur le consentement
Colombie-Britannique	<u>Health Care (Consent) and Care Facility (Admission) Act, RSBC 1996, c. 181</u> <u>Infants Act, RSBC 1996, c 223</u>
Alberta	<u>Personal Directives Act, RSA 2000, c P-6</u> <u>Alberta Health Services, « Consent to Treatment/Procedures Minor/Mature Minors » (PRR-01-03)</u> <u>Immunization Regulation, Règlement 182/2018 de l'Alberta</u>
Saskatchewan	<u>Health Care Directives and Substitute Health Care Decision Makers Act, 2015, SS 2015, c H – 0.0002</u>
Manitoba	<u>Loi sur les directives en matière de soins de santé, CPLM c H27</u> <u>Substitute Consent to Health Care</u> <u>Règlement sur l'immunisation, Règl. du Man 36/2009</u>
Ontario	<u>Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé, c 2</u> <u>Loi de 1992 sur la prise de décisions au nom d'autrui, c 30</u>
Québec	<u>Code civil du Québec, articles 14 à 18</u> <u>Loi concernant les soins de fin de vie, LRQ c S-32.0001</u>
Terre-Neuve-et-Labrador	<u>Advanced Health Care Directives Act, SNL 1995, c A-4.1</u>
Nouveau-Brunswick	<u>Loi sur le consentement des mineurs aux traitements médicaux, LN-B 1976, c M-6.1</u> <u>Loi sur les procurations durables, LN-B 2019, c 30</u>
Île-du-Prince-Édouard	<u>Consent to Treatment and Health Care Directives Act, RSPEI 1988, c C-17.2</u> <u>Immunization Regulations, PEI Reg EC520/17</u>
Nouvelle-Écosse	<u>Personal Directives Act, SNS 2008, c 8</u>
Yukon	<u>Loi sur le consentement aux soins, LY 2003, c 21</u>
Territoires du Nord-Ouest	<u>Loi sur les directives personnelles, LTN-O 2005, c 16</u>
Nunavut	<u>Loi sur la tutelle, LTN-O (Nu) 1994, c 29</u>

Adapté de Coughlin, K. (2018). Medical decision-making in paediatrics: Infancy to adolescence. *Paediatrics & Child Health*, 23(2), 138-146.

Communications des conseils scolaires sur la vaccination contre le VPH à l'échelle du Canada^g

Conseil scolaire	Information fournie
Vancouver Public School Board	Le bulletin aux parents mentionne que les vaccins sont la meilleure façon de protéger les enfants contre de nombreuses maladies.
Surrey Public School Board	Le bulletin aux parents mentionne que les enfants devraient recevoir le vaccin avant la fin de leur neuvième année.
Toronto Public School Board	Le courriel aux parents renforce que le vaccin est volontaire, qu'il faut obtenir le consentement des parents, et que des exemptions sont accordées.
Toronto Catholic School Board	<p>Le bulletin aux parents précise que les parents ont le droit de décider si leur enfant se fait vacciner ou non, que l'activité sexuelle est la principale façon de contracter l'infection par le VPH, et que l'activité sexuelle est seulement permise dans les liens du mariage.</p> <p>Une fiche d'information du National Vaccine Information Center (centre national d'information sur les vaccins des États-Unis) est fournie qui donne des opinions partagées au sujet du vaccin.</p> <p>Le message du directeur de l'éducation, citant l'Institut canadien catholique de bioéthique, indiquait que le vaccin contre le VPH est « une réponse inappropriée et inutile pour empêcher les filles de contracter ce virus transmissible sexuellement ».</p>
Peel Public School Board	La réunion du Conseil fait mention de l'élargissement du programme de vaccination contre le VPH pour inclure les garçons.
Dufferin-Peel Catholic School Board	Les notes de la réunion du conseil indiquent que les élèves de septième et de huitième année ont reçu leur seconde dose de vaccin contre le VPH.
Ottawa – Carleton District School Board	On lit dans un bulletin d'information qu'un élève s'intéresse à accroître la sensibilisation au vaccin contre le VPH en Mongolie.
Hamilton-Wentworth Public District School Board	Le vaccin contre le VPH figure dans le calendrier de vaccination systématique financé par le gouvernement qui est présenté dans la trousse de demande pour les étudiants internationaux .
Hamilton-Wentworth Catholic District School Board	<p>Le bulletin aux parents souligne que la participation au programme de vaccination scolaire est volontaire.</p> <p>La lettre de l'évêque de Hamilton renforce le fait que l'abstinence est encouragée.</p>
Calgary Catholic School Board	<p>De l'information est fournie au sujet de changements au schéma de doses, et on informe les parents qui ne donnent pas leur consentement au vaccin que leur enfant sera exclu de l'école s'il devait y avoir une flambée épidémique d'une maladie évitable par la vaccination.</p> <p>Les conseillers du conseil scolaire catholique de Calgary ont souligné que l'évêque Henry n'était pas favorable à l'offre du vaccin contre le VPH dans les écoles catholiques.</p>

^g Seuls les conseils scolaires pour lesquels on a relevé des résultats sont mentionnés.

Conseil scolaire	Information fournie
<u>Edmonton Public School Board</u>	La <u>fiche d'information sur la santé et la sécurité</u> indique que le vaccin sera administré uniquement si le parent a donné son consentement. Le calendrier de vaccination contre le VPH est présenté.
<u>Brandon Public School Division</u>	Le <u>bulletin aux parents</u> souligne l'importance de se faire vacciner, notamment contre le VPH, à un jeune âge.
<u>Anglophone West School District</u> (Fredericton – Conseil scolaire public)	La <u>fiche d'information sur les infections au VPH du Nouveau-Brunswick</u> souligne que le vaccin est plus efficace s'il est administré avant l'exposition, et qu'il est donc très important de respecter le calendrier de vaccination qui garantit que les enfants sont vaccinés contre le VPH avant de devenir sexuellement actifs.
<u>Anglophone East School District</u> (Moncton – Conseil scolaire public)	La <u>feuille d'information sur la vaccination pour les écoles</u> n'indique pas que le vaccin contre le VPH est obligatoire, mais il figure dans le <u>calendrier d'immunisation systématique</u> pour les élèves de septième année.
<u>Anglophone South School District</u> (Saint John – Conseil scolaire public)	Selon le <u>calendrier d'immunisation systématique</u> , le vaccin est offert en septième année.
<u>South Slave Divisional Education Council</u> (Hayriver – Conseil scolaire public. Aucun conseil scolaire catholique.)	La <u>page Web intitulée « Health & Wellness »</u> ne mentionne pas le VPH précisément, mais indique que les parents sont principalement responsables des discussions avec leurs enfants sur les maladies transmissibles, et le calendrier de vaccination est fourni.
<u>Yellowknife Public School Board</u>	Les <u>procès-verbaux de l'École Sir John Franklin High School</u> indiquent que le vaccin contre le VPH est également offert aux garçons gratuitement, et le <u>message du directeur</u> fait mention d'un programme de rattrapage de la vaccination contre le VPH pour les filles.
<u>Yellowknife Catholic School Board</u>	Le <u>procès-verbal du comité</u> indique que les cancers liés au VPH chez les garçons et les hommes dépasseront les cancers chez les filles et les femmes dans les prochaines années, mais le comité est partagé quant à savoir s'il lui appartient ou non de parler de vaccination.
<u>Division scolaire catholique de Regina</u>	<p>La <u>lettre des évêques de la Saskatchewan</u> fait mention de la « compensation des risques » lorsqu'on reçoit le vaccin contre le VPH. On y lit que si les jeunes reçoivent ce vaccin, il pourrait en découler un faux sentiment de sécurité qui pourrait contribuer à un comportement à risque.</p> <p>La <u>lettre des évêques de la Saskatchewan</u> précise que les vaccins contre le VPH n'augmentent pas les comportements sexuels à risque. Toutefois, on souligne que la chasteté est toujours importante.</p>

Références

1. Étude ComPARE (Canadian Population Attributable Risk of Cancer, Risque attribuable du cancer chez la population canadienne). *Get vaccinated against HPV to reduce your cancer risk* [en ligne]. [Prevent.cancer.ca](https://prevent.cancer.ca) [consulté le 22 octobre 2020]. Disponible à l'adresse (en anglais seulement) : https://prevent.cancer.ca/wp-content/uploads/2019/05/CMPR_1pgr_HPVE-EN.pdf.
2. de Martel, C., Plummer, M., Vignat, J. et Franceschi, S. (2017). Worldwide burden of cancer attributable to HPV by site, country and HPV type. *International journal of cancer*, 141(4), 664-670.
3. Comité consultatif des statistiques canadiennes sur le cancer. (2020). *Statistiques canadiennes sur le cancer* [en ligne]. [Cancer.ca](https://www.cancer.ca) [consulté le 22 octobre 2020]. Disponible à l'adresse : <https://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/cancer-101/canadian-cancer-statistics/?region=on>.
4. Centers for Disease Control and Prevention. (2019). *An estimated 92% of cancers caused by HPV could be prevented by vaccine*. CDC Newsroom, CDC [en ligne]. [Cdc.gov](https://www.cdc.gov) [consulté le 22 octobre 2020]. Disponible à l'adresse (en anglais seulement) : <https://www.cdc.gov/media/releases/2019/p0822-cancer-prevented-vaccine.html>.
5. Gouvernement du Canada. (2019). *Objectifs nationaux de couverture vaccinale et cibles nationales de réduction des maladies évitables par la vaccination d'ici 2025* [en ligne]. [Canada.ca](https://www.canada.ca) [consulté le 22 octobre 2020]. Disponible à l'adresse : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/priorites-immunization-et-vaccins/strategie-nationale-immunisation/vaccination-objectifs-nationaux-couverture-vaccinale-cibles-nationales-reduction-maladies-evitables-2025.html>.
6. Gouvernement du Canada. (2018). *Vaccin contre le virus du papillome humain : Guide canadien d'immunisation. Partie 4 - Agents d'immunisation active* [en ligne]. Ottawa, Ontario : gouvernement du Canada [mis à jour en mai 2017; consulté le 26 septembre 2019]. Disponible à l'adresse : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/guide-canadien-immunisation-partie-4-agents-immunisation-active/page-9-vaccin-contre-virus-papillome-humain.html>.
7. Gouvernement du Canada. (2020). *Objectifs nationaux de couverture vaccinale et cibles nationales de réduction des maladies évitables par la vaccination d'ici 2025* [en ligne]. [Canada.ca](https://www.canada.ca) [consulté le 22 octobre 2020]. Disponible à l'adresse : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/priorites-immunization-et-vaccins/strategie-nationale-immunisation/vaccination-objectifs-nationaux-couverture-vaccinale-cibles-nationales-reduction-maladies-evitables-2025.html>.
8. Comité consultatif des statistiques canadiennes sur le cancer. (2019). *Statistiques canadiennes sur le cancer 2019* [en ligne]. [Cancer.ca](https://www.cancer.ca) [consulté le 22 octobre 2020]. Disponible à l'adresse : <https://www.cancer.ca/~media/cancer.ca/CW/cancer%20information/cancer%20101/Canadian%20cancer%20statistics/Canadian-Cancer-Statistics-2019-FR.pdf?la=fr-CA>.
9. Lei, J., Ploner, A., Elfström, K. M., Wang, J., Roth, A., Fang, F., Sundström, K., Dillner, J. et Sparén, P. (2020). HPV vaccination and the risk of invasive cervical cancer. *New England Journal of Medicine*, 383(14), 1340-1348.
10. Comité consultatif des statistiques canadiennes sur le cancer. (2016). *Statistiques canadiennes sur le cancer 2016. Sujet particulier : Les cancers associés au VPH* [en ligne]. [Cancer.ca](https://www.cancer.ca) [consulté le 24 octobre 2020]. Disponible à l'adresse : <https://www.cancer.ca/~media/cancer.ca/CW/cancer%20information/cancer%20101/Canadian%20cancer%20statistics/Canadian-Cancer-Statistics-2016-FR.pdf?la=en>.
11. Agence de la santé publique du Canada. (2009). *Faits et chiffres sur le cancer du col de l'utérus* [en ligne]. [Canada.ca](https://www.canada.ca) [consulté le 22 octobre 2020]. Disponible à l'adresse : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies-chroniques/cancer/faits-chiffres-cancer-uterus.html>.
12. Statistique Canada. (2018). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2017* [en ligne]. Ottawa, Ontario : Statistique Canada [consulté le 16 septembre 2019]. Disponible à l'adresse : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/180626/dq180626b-fra.htm>.
13. Mazereeuw, M. V., Withrow, D. R., Nishri, E. D., Tjepkema, M., Vides, E. et Marrett, L. D. (2018). Cancer incidence and survival among Métis adults in Canada: results from the Canadian census follow-up cohort (1992-2009). *Journal de l'Association médicale canadienne*, 190(11), E320-E326.
14. Inuit Tapiriit Kanatami. (2012). *Inuit and cancer fact sheets* [en ligne]. Ottawa, Ontario : Inuit Tapiriit Kanatami [consulté le 16 septembre 2019]. Disponible à l'adresse (en anglais seulement) : <https://www.itk.ca/inuit-cancer-fact-sheets/>.
15. Young, T. K., Kelly, J. J., Friborg, J., Soininen, L. et Wong, K. O. (2016). Cancer among circumpolar populations: an emerging public health concern. *International Journal of Circumpolar Health*, 75, 29787.
16. Organisation mondiale de la Santé. (2020). *Lutte et prévention du cancer du col* [en ligne]. Organisation mondiale de la Santé [consulté le 22 octobre 2020]. Disponible à l'adresse : <https://www.who.int/reproductivehealth/topics/cancers/fr/>.

Références

17. HPV Information Centre. (2020). *Human papillomavirus and related diseases report* [en ligne]. HPV Information Center [consulté le 22 octobre 2020]. Disponible à l'adresse (en anglais seulement) : <https://www.hpvcntr.net/statistics/reports/XWX.pdf>.
18. Organisation mondiale de la Santé. (2019). *WHO Director-General calls for all countries to take action to help end the suffering caused by cervical cancer* [en ligne]. Genève : Organisation mondiale de la Santé [consulté le 10 septembre 2019]. Disponible à l'adresse (en anglais seulement) : <https://www.who.int/reproductivehealth/call-to-action-elimination-cervical-cancer/en/>.
19. Gouvernement du Canada. (2019). *Objectifs nationaux de couverture vaccinale et cibles nationales de réduction des maladies évitables par la vaccination d'ici 2025* [en ligne]. Canada.ca [consulté le 22 octobre 2020]. Disponible à l'adresse : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/priorites-immunization-et-vaccins/strategie-nationale-immunisation/vaccination-objectifs-nationaux-couverture-vaccinale-cibles-nationales-reduction-maladies-evitables-2025.html>.
20. Partenariat canadien contre le cancer. (2020). *Dépistage du cancer du col de l'utérus au Canada : analyse de l'environnement (2019-2020)*. Toronto, Ontario : Partenariat canadien contre le cancer. Disponible à l'adresse : <https://www.partnershipagainstcancer.ca/fr/topics/cervical-cancer-screening-scan-2019-2020/>.
21. Monographie canadienne de Cervarix, GlaxoSmithKline Inc., 25 novembre 2014.
22. Monographie canadienne de Gardasil, Merck Canada Inc., 10 mars 2015.
23. Monographie canadienne de Gardasil 9, Merck Canada Inc., 30 août 2020.
24. Bird, Y., Obidiya, O., Mahmood, R., Nwankwo, C. et Moraros, J. (2017). Human papillomavirus vaccination uptake in Canada: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Preventive Medicine*, 8, 71.
25. Partenariat canadien contre le cancer. (2018). *Dépistage du cancer du col de l'utérus au Canada : analyse de l'environnement* [en ligne]. Toronto, Ontario : Partenariat canadien contre le cancer [consulté le 26 septembre 2019]. Disponible à l'adresse : <https://www.partnershipagainstcancer.ca/fr/topics/cervical-cancer-screening-environmental-scan-2018/#>.
26. Agence de la santé publique du Canada. (2020). *Recommandations mises à jour sur les vaccins contre le virus du papillome humain (VPH) : Calendrier de vaccination du vaccin nonavalent contre le VPH à deux doses et utilisation des vaccins anti-VPH chez les populations immunodéprimées* [en ligne]. Canada.ca [consulté le 22 octobre 2020]. Disponible à l'adresse : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/mises-a-jour-vaccins-contre-virus-papillome-humain-calendrier-vaccination-populations-immunodeprimees.html>.
27. Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2020). *L'OMS et l'UNICEF mettent en garde contre une baisse de la vaccination pendant la pandémie de COVID-19* [en ligne]. Who.int [consulté le 22 octobre 2020]. Disponible à l'adresse : <https://www.who.int/fr/news/item/15-07-2020-who-and-unicef-warn-of-a-decline-in-vaccinations-during-covid-19>.
28. Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI). (2020). *Lignes directrices provisoires sur la continuité des programmes d'immunisation pendant la pandémie de COVID-19* [en ligne]. Canada.ca [consulté le 22 octobre 2020]. Disponible à l'adresse : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/immunisation/comite-consultatif-national-immunisation-ccni/lignes-directrices-provisoires-programmes-immunisation-pendant-pandemie-covid-19.html>.
29. The Regional Municipality of York. (2020). *Immunization clinics* [en ligne]. York.ca [consulté le 22 octobre 2020]. Disponible à l'adresse (en anglais seulement) : <https://www.york.ca/wps/portal/yorkhome/health/yr/immunizations/immunizationclinics/immunizationclinics/>.
30. Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI). (2020). *Lignes directrices provisoires sur la continuité des programmes d'immunisation pendant la pandémie de COVID-19*. Canada.ca [consulté le 20 octobre 2020]. Disponible à l'adresse : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/immunisation/comite-consultatif-national-immunisation-ccni/lignes-directrices-provisoires-programmes-immunisation-pendant-pandemie-covid-19.html>.
31. Thompson, E., Best, A., Vamos, C. et Daley, E. (2017). "My mom said it wasn't important": a case for catch-up human papillomavirus vaccination among young adult women in the United States. *Preventive Medicine*, 105, 1-4.

Références

32. Drolet, M., Laprise, J., Brotherton, J., Donovan, B., Fairley, C., Ali, H., et coll. (2017). The impact of human papillomavirus catch-up vaccination in Australia: implications for introduction of multiple age cohort vaccination and post vaccination data interpretation. *The Journal of Infectious Diseases*, 216(10), 1205-1209.
33. Gefenaite, G., Smit, M., Nijman, H., Tami, A., Drijfhout, I., Pascal, A., et coll. (2012). Comparatively low attendance during Human Papillomavirus catch-up vaccination among teenage girls in the Netherlands: insights from a behavioral survey among parents. *BMC Public Health*, 12(1).
34. Steben, M., Durand, N., Guichon, J., Greenwald, Z., McFaul, S. et Blake, J. (2019). A national survey of Canadian adults on HPV: knowledge, attitudes, and barriers to the HPV vaccine. *Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada*, 41(8), 1125-1133.e6.
35. Thompson, E., Vamos, C., Vázquez-Otero, C., Logan, R., Griner, S. et Daley, E. (2016). Trends and predictors of HPV vaccination among U.S. College women and men. *Preventive Medicine*, 86, 92-98.
36. Sauvageau, C. et Dufour-Turbis, C. (2015). HPV vaccination for MSM: synthesis of the evidence and recommendations from the Québec Immunization Committee. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 12(6), 1560-1565.
37. Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI). (2020). *Mise à jour des recommandations visant le calendrier d'immunisation relatif au vaccin contre le virus du papillome humain (VPH)* [en ligne]. [Canada.ca](https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/mise-a-jour-recommandation-visant-calendrier-immunisation-vaccin-contre-virus-papillome-humain.html) [consulté le 23 octobre 2020]. Disponible à l'adresse : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/mise-a-jour-recommandation-visant-calendrier-immunisation-vaccin-contre-virus-papillome-humain.html>.
38. Agence de protection et de promotion de la santé de l'Ontario (Santé publique Ontario). (2017). *Human papillomavirus (HPV) vaccine*. Toronto, Ontario : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario.
39. Agence de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). (2019). *Immunization coverage report for school pupils in Ontario: 2017-18 school year*. Toronto, Ontario : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario.
40. Directeur de l'éducation. (2007). *Human papillomavirus (HPV) vaccine for grade 8 females* [en ligne]. [Tcdsb.org](https://www.tcdsb.org) [consulté le 23 octobre 2020]. Disponible à l'adresse (en anglais seulement) : [https://www.tcdsb.org/Board/TrusteesoftheBoard/boardmeeting/agendasandminutes/Documents/Board/Agendas%20\(Board\)-1401-1499/1428-Board%20Agenda,%202007-09-19,%20Human%20Papillomavirus%20Vaccina.pdf](https://www.tcdsb.org/Board/TrusteesoftheBoard/boardmeeting/agendasandminutes/Documents/Board/Agendas%20(Board)-1401-1499/1428-Board%20Agenda,%202007-09-19,%20Human%20Papillomavirus%20Vaccina.pdf).
41. Ogilvie, G., Phan, F., Pedersen, H., Dobson, S., Naus, M. et Saewyc, E. (2018). Population-level sexual behaviours in adolescent girls before and after introduction of the human papillomavirus vaccine (2003-2013). *Journal de l'Association médicale canadienne*, 190(41), E1221-E1226.
42. Soudeyns, C., Speybroeck, N., Brisson, M., Mossong, J. et Latsuzbaia, A. (2020). HPV vaccination and sexual behaviour in healthcare seeking young women in Luxembourg. *PeerJ*, 8, e8516.
43. Touyz, S. et Touyz, L. (2013). The kiss of death: HPV rejected by religion. *Current Oncology*, 20(1).
44. Koç, Z., Özdeş, E., Topatan, S., Çınarlı, T., Şener, A., Danacı, E., et coll. (2019). The impact of education about cervical cancer and human papillomavirus on women's healthy lifestyle behaviors and beliefs. *Cancer Nursing*, 42(2), 106-118.
45. Piedimonte, S., Leung, A., Zakhari, A., Giordano, C., Tellier, P. et Lau, S. (2018). Impact of an HPV education and vaccination campaign among Canadian university students. *Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada*, 40(4), 440-446.
46. Immunisation Canada. (2020). *À propos de nous* [en ligne]. [Immunize.ca](https://immunize.ca) [consulté le 23 octobre 2020]. Disponible à l'adresse : <https://immunize.ca/fr/propos-de-nous>.
47. Dunn, A., Leask, J., Zhou, X., Mandl, K. et Coiera, E. (2015). Associations between exposure to and expression of negative opinions about human papillomavirus vaccines on social media: an observational study. *Journal of Medical Internet Research*, 17(6), e144.
48. Directeur de l'éducation. (2007). *Human papillomavirus (HPV) vaccine for grade 8 females* [en ligne]. [Tcdsb.org](https://www.tcdsb.org) [consulté le 23 octobre 2020]. Disponible à l'adresse (en anglais seulement) : [https://www.tcdsb.org/Board/TrusteesoftheBoard/boardmeeting/agendasandminutes/Documents/Board/Agendas%20\(Board\)-1401-1499/1428-Board%20Agenda,%202007-09-19,%20Human%20Papillomavirus%20Vaccina.pdf](https://www.tcdsb.org/Board/TrusteesoftheBoard/boardmeeting/agendasandminutes/Documents/Board/Agendas%20(Board)-1401-1499/1428-Board%20Agenda,%202007-09-19,%20Human%20Papillomavirus%20Vaccina.pdf).
49. Partenariat canadien contre le cancer. (2020). *Plan d'action pour l'élimination du cancer du col de l'utérus au Canada, 2020-2030* [en ligne]. Toronto, Ontario : Partenariat canadien contre le cancer [consulté le 23 octobre 2020]. Disponible à l'adresse : <https://www.partnershipagainstcancer.ca/fr/topics/elimination-cervical-cancer-action-plan/>.
50. Logeman, C., Taddio, A., McMurtry, C., Bucci, L., MacDonald, N., Chalmers, G., et coll. (2020). Student feedback to tailor the CARD™ system for improving the immunization experience at school. *Children*, 7(9), 126.

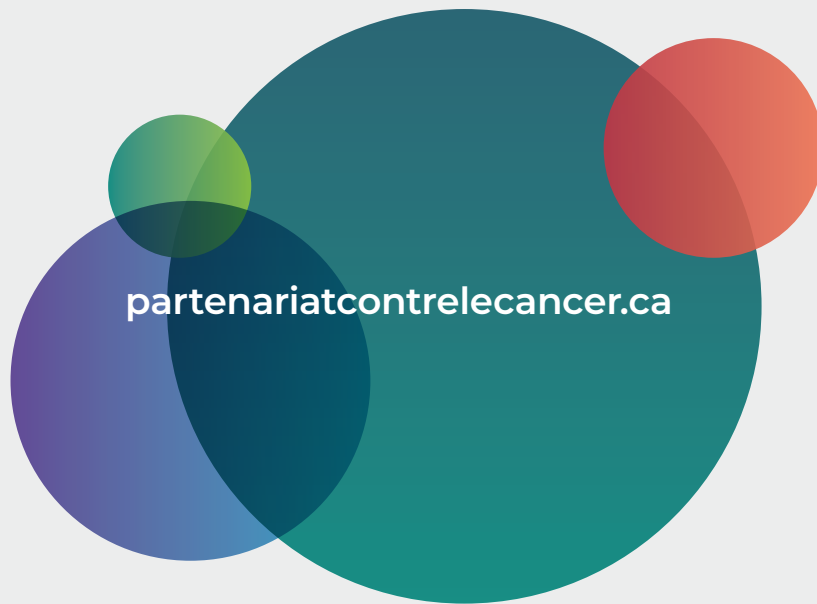
Références

51. Gilca, V., Salmerón-Castro, J., Sauvageau, C., Ogilvie, G., Landry, M., Naus, M., et coll. (2018). Early use of the HPV 2-dose vaccination schedule: leveraging evidence to support policy for accelerated impact. *Vaccine*, 36(32), 4800-4805.
52. Partenariat canadien contre le cancer. (2019). *Stratégie canadienne de lutte contre le cancer 2019-2029* [en ligne]. Toronto, Ontario : Partenariat canadien contre le cancer [consulté le 2 septembre 2019]. Disponible à l'adresse : <https://s22457.pcdn.co/wp-content/uploads/2019/06/Canadian-Strategy-Cancer-Control-2019-2029-FR.pdf>.
53. Inuit Tapiriit Kanatami. (2009). *Inuit and cancer fact sheets* [en ligne]. Inuit Tapiriit Kanatami [consulté le 24 octobre 2020]. Disponible à l'adresse (en anglais seulement) : <https://www.itk.ca/inuit-cancer-fact-sheets/>.
54. McGahan, C., Linn, K., Guno, P., Johnson, H., Coldman, A., Spinelli, J., et coll. (2017). Cancer in First Nations people living in British Columbia, Canada: an analysis of incidence and survival from 1993 to 2010. *Cancer Causes & Control*, 28(10), 1105-1116.
55. Henderson, R., Shea-Budgell, M., Healy, C., Letendre, A., Bill, L., Healy, B., et coll. (2018). First nations people's perspectives on barriers and supports for enhancing HPV vaccination: foundations for sustainable, community-driven strategies. *Gynecologic Oncology*, 149(1), 93-100.
56. Dixit, D., Rajapakse, N. et Kuhn, S. (2020). *La vaccination : la mise à jour de l'immunisation chez les enfants néo-canadiens* [en ligne]. [Enfantsneocanadiens.ca](http://enfantsneocanadiens.ca) [consulté le 24 octobre 2020]. Disponible à l'adresse : <https://www.enfantsneocanadiens.ca/screening/immunizations>.
57. Wilson, L., Rubens-Augustson, T., Murphy, M., Jardine, C., Crowcroft, N., Hui, C., et coll. (2018). Barriers to immunization among newcomers: a systematic review. *Vaccine*, 36(8), 1055-1062.
58. McComb, E., Ramsden, V., Olatunbosun, O. et Williams-Roberts, H. (2018). Knowledge, attitudes and barriers to human papillomavirus (HPV) vaccine uptake among an immigrant and refugee catch-up group in a Western Canadian province. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 20(6), 1424-1428.
59. Drolet, M., Deeks, S., Kliwer, E., Musto, G., Lambert, P. et Brisson, M. (2016). Can high overall human papillomavirus vaccination coverage hide sociodemographic inequalities? An ecological analysis in Canada. *Vaccine*, 34(16), 1874-1880.
60. Jeudin, P., Liveright, E., del Carmen, M. et Perkins, R. (2014). Race, ethnicity, and income factors impacting human papillomavirus vaccination rates. *Clinical Therapeutics*, 36(1), 24-37.
61. Commission ontarienne des droits de la personne. (2004). *L'inégalité raciale dans l'accès aux services de soins de santé* [en ligne]. Commission ontarienne des droits de la personne [consulté le 24 octobre 2020]. Disponible à l'adresse : <http://www.ohrc.on.ca/fr/les-articles-du-dialogue-sur-la-politique-raciale/l'inégalité-raciale-dans-l'accès-aux-services-de-soins-de-santé>.
62. Statistique Canada. (2017). *Registre canadien du cancer* [en ligne]. [Statcan.gc.ca](http://statcan.gc.ca) [consulté le 24 octobre 2020]. Disponible à l'adresse : <https://www.statcan.gc.ca/fra/aperçu/efrvp/rcc>.
63. Crosby, R., Casey, B., Vanderpool, R., Collins, T. et Moore, G. (2011). Uptake of free HPV vaccination among young women: a comparison of rural versus urban rates. *The Journal of Rural Health*, 27(4), 380-384.
64. Québec. *Loi modifiant principalement la Loi sur la pharmacie afin de favoriser l'accès à certains services*. LQ 2020, c 4.
65. Terre-Neuve-et-Labrador. *Administration of drug therapy by inhalation or injection regulations*, NLR 82/14; Ontario. *Loi de 1991 sur les pharmaciens*, règlement 202/94 de l'Ontario.
66. Williams, C., Walker, T., Elam-Evans, L., Yankey, D., Fredua, B., Saraiya, M., et coll. (2019). Factors associated with not receiving HPV vaccine among adolescents by metropolitan statistical area status, United States, National Immunization Survey–Teen, 2016–2017. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 16(3), 562-572.
67. Gouvernement du Canada. (2020). *Faits saillants de l'Enquête nationale sur la couverture vaccinale des enfants (ENCVE), 2017* [en ligne]. Canada.ca [consulté le 23 octobre 2020]. Disponible à l'adresse : <https://www.canada.ca/fr/services/sante/publications/vaccins-immunisation/couverture-vaccinale-enfants-canadiens-faits-saillants-enquete-nationale-couverture-vaccinale-enfants-2017.html>.
68. Pelikan, J. (2018). From the Health Literacy Survey Europe (HLS-EU) to Measuring Population and Organizational Health Literacy (M-POHL). *European Journal of Public Health*, 28(suppl. 4).
69. Hoffman-Goetz, L., Donelle, L. et Ahmed, R. (2014). Health literacy in Canada; a primer for students. *Journal of Cancer Education*, 32(2), 211-212.
70. Lorini, C., Santomauro, F., Donzellini, M., Capecchi, L., Bechini, A., Boccacini, S., et coll. (2018). Health literacy and vaccination: a systematic review. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 14(2), 478-488.

Références

71. Amit Aharon, A., Nehama, H., Rishpon, S. et Baron-Epel, O. (2017). Parents with high levels of communicative and critical health literacy are less likely to vaccinate their children. *Patient Education and Counseling*, 100(4), 768-775.
72. Veldwijk, J., van der Heide, I., Rademakers, J., Schuit, A., de Wit, G., Uiters, E., et coll. (2015). Preferences for vaccination. *Medical Decision Making*, 35(8), 948-958.
73. Margolis, M., Brewer, N., Shah, P., Calo, W. et Gilkey, M. (2019). Stories about HPV vaccine in social media, traditional media, and conversations. *Preventive Medicine*, 118, 251-256.
74. Meyer, S., Lu, S., Hoffman-Goetz, L., Smale, B., MacDougall, H. et Pearce, A. (2016). A content analysis of newspaper coverage of the seasonal flu vaccine in Ontario, Canada, October 2001 to March 2011. *Journal of Health Communication*, 21(10), 1088-1097.
75. Edelman. (2019). *Elimination of cervical cancer landscape analysis* (rapport). Toronto, Ontario.
76. Smulian, E., Mitchell, K. et Stokley, S. (2016). Interventions to increase HPV vaccination coverage: a systematic review. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 12(6), 1566-1588.
77. Kang, H., De Gagne, J., Son, Y. et Chae, S. (2018). Completeness of human papilloma virus vaccination: a systematic review. *Journal of Pediatric Nursing*, 39, 7-14.
78. Niccolai, L. et Hansen, C. (2015). Practice- and community-based interventions to increase human papillomavirus vaccine coverage. *JAMA Pediatrics*, 169(7), 686.
79. Bramadat, P., Guay, M., Bettinger, J. et Roy, R. (2017). Public health in the age of anxiety: religious and cultural roots of vaccine hesitancy in Canada. *Bulletin canadien d'histoire de la médecine*, 35(1), 198-200.
80. Drolet, M., Bénéard, É., Boily, M.-C., et coll. (2015). Population-level impact and herd effects following human papillomavirus vaccination programmes: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Infectious Diseases*, 15(5), 565-580.
81. Kim, J. J., Ortendahl, J., Goldie, S. J. (2009). Cost-effectiveness of human papillomavirus vaccination and cervical cancer screening in women older than 30 years in the United States. *Annals of Internal Medicine*, 151(8), 538-545.
82. Blakely, T., Kvizhinadze, G., Karvonen, T., Pearson, A. L., Smith, M. et Wilson, N. (2014). Cost-effectiveness and equity impacts of three HPV vaccination programmes for school-aged girls in New Zealand. *Vaccine*, 32(22), 2645-2656.
83. Jit, M., Choi, Y. H. et Edmunds, W. J. (2008). Economic evaluation of human papillomavirus vaccination in the United Kingdom. *The BMJ*, 337, a769.
84. Colombie-Britannique. *Public Health Act*, art. 16.
85. Alberta. *Public Health Act*, par. 48(1); Manitoba. *Public Health Act*, art. 12.
86. Nouveau-Brunswick. *Loi sur la santé publique*, art. 36.
87. *Communicable Diseases Regulation* de l'Alberta, art. 5; *Social Care Facilities Licensing Act* de l'Alberta, *Child Care Regulation*, art. 23, *Residential Care Regulation* de la Colombie-Britannique, art. 37, 39, 49 et 78; *Adult Care Regulation* de la Colombie-Britannique, art. 4, art. 6.2; *Child Care Licensing Regulation* de la Colombie-Britannique, art. 19, art. 21, art. 57; *Loi sur les garderies de l'Ontario*, règl. 262, art. 4.4; *Loi sur les établissements de bienfaisance* de l'Ontario, règl. 69, art. 36; *Loi sur l'immunisation des élèves* de l'Ontario, art. 14; *Loi sur la santé publique* du Québec, art. 83; *Facility Designation Regulations* de la Saskatchewan, RRS, ch. R-8.2, règl. 6; *Loi sur la santé publique du Nouveau-Brunswick*, LN-B 1998, ch. P-22.4; *Child Care Regulation* de Terre-Neuve-et-Labrador, art. 4, art. 16, art. 74, art. 77; *Règlement concernant les programmes de garderie* du Yukon, art. 7, art. 12, art. 14, art. 19; *Child Day Care Standards Regulations* du Nunavut, RRRNWT 1990, ch. C-3; *Hospital and Health Care Facility Standards Regulations* du Nunavut, NWT Reg 036-2005; *Immunization Regulations* du Nunavut, NWT Reg 038-2011.
88. La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. *VPH – Le sexe et moi* [en ligne]. [Lesexeetmoi.ca](http://lesexeetmoi.ca) [consulté le 22 octobre 2020]. Disponible à l'adresse : <https://www.sexandu.ca/fr/stis/hpv/>.
89. Règl. de l'Ont. 79/10, Dispositions générales, par. 229(10).
90. Règl. de l'Ont. 156/18, art. 100.
91. Gouvernement de l'Ontario. *Se faire vacciner contre le VPH* [en ligne]. Ontario.ca [consulté le 22 octobre 2020]. Disponible à l'adresse : <https://www.ontario.ca/fr/page/se-faire-vacciner-contre-le-vph>.





La production de la présente ressource a été rendue possible grâce à une contribution financière de Santé Canada.