

Cancer du col de l'utérus :

**ANALYSE DE
L'ENVIRONNEMENT SUR
LE DÉPISTAGE PRIMAIRE
PAR DÉTECTION DU
VPH ET LE SUIVI DES
RÉSULTATS ANORMAUX**



Table des matières

3 RÉSUMÉ

- 3 Introduction
- 3 Approche
- 4 Parcours de dépistage primaire par détection du VPH
- 9 Éléments à prendre en considération lors de la mise en œuvre
- 11 Résumé des leçons tirées

13 1 INTRODUCTION

15 2 OBJECTIFS ET APERÇU DE L'ANALYSE DE L'ENVIRONNEMENT

16 3 APPROCHE

18 4 CONSTATATIONS

18 4.1 Parcours de dépistage primaire par détection du VPH et de suivi des résultats anormaux

- 19 4.1.1 Présentation générale des étapes du parcours
- 22 4.1.2 Cliniciens intervenant dans les étapes du parcours

23 4.2 Conception de parcours : similitudes et différences entre les pays examinés

- 25 4.2.1 Âges et intervalles de dépistage (étape 1 : invitation au dépistage)
- 27 4.2.2 Invitations au dépistage et communication des résultats (étape 1 : invitation au dépistage, étape 2 : dépistage primaire par détection du VPH et étape 3 : triage)
- 28 4.2.3 Échantillons prélevés par le clinicien ou par la patiente (étape 2 : dépistage primaire par détection du VPH)
- 33 4.2.4 Types de tests (étape 2 : dépistage primaire par détection du VPH et étape 3 : triage)

- 38 4.2.5 Triage – parcours basés sur les risques et parcours statiques (étape 3 : triage)
- 39 4.2.6 Suivi des résultats anormaux (étape 4 : colposcopie, étape 5 : traitement et étape 6 : suivi postérieur au traitement)
- 40 4.2.7 Équité et accès (toutes les étapes)
- 43 4.2.8 Analyse des risques et utilisation des ressources du système de santé (toutes les étapes)
- 44 4.2.9 Complexité du parcours (toutes les étapes)

45 4.3 Éléments pratiques à prendre en considération pour la mise en œuvre

- 45 4.3.1 Phases de la mise en œuvre
- 54 4.3.2 Synthèse des équipes et des intervenants jouant un rôle dans la mise en œuvre

55 5 RÉSUMÉ DES LEÇONS TIRÉES

59 6 ANNEXES

59 6.1 Questions de recherche de l'analyse de l'environnement

- 60 6.1.1 Comparaison de la conception de parcours entre les différents pays

65 6.2 Autres parcours

- 65 6.2.1 Royaume-Uni
- 68 6.2.2 Australie
- 72 6.2.3 Pays-Bas
- 73 6.2.4 États-Unis

73 6.3 Glossaire terminologique partiel

75 6.4 Sources

- 75 6.4.1 Liens vers les principaux sites Web
- 77 6.4.2 Références

Cette analyse de l'environnement s'inscrit dans le cadre d'efforts plus larges du [Partenariat canadien contre le cancer](#), déployés en vue d'accroître l'équité et d'améliorer l'accessibilité en matière de prévention, de dépistage, de traitement et de soins du cancer du col de l'utérus. La présente ressource, parmi d'autres, fournit un ensemble de données probantes de base à l'appui de la prise en compte des priorités, des cibles et des mesures énoncées dans le [Plan d'action pour l'élimination du cancer du col de l'utérus au Canada, 2020-2030](#), dont l'élaboration a mobilisé des partenaires, d'un océan à l'autre, dans le cadre d'une initiative visant à éliminer le cancer du col de l'utérus d'ici 2040. Le Plan d'action et les outils de connaissances associés, y compris la présente analyse de l'environnement, font progresser l'une des principales priorités de la [Stratégie canadienne de lutte contre le cancer 2019-2029](#) (la Stratégie), soit de réduire le risque de cancer, notamment du col de l'utérus, au sein de la population. La Stratégie est une feuille de route sur dix ans, ayant pour objectif d'améliorer l'équité au sein du système de lutte contre le cancer et d'offrir des soins contre le cancer de calibre mondial à l'ensemble de la population canadienne, tout en mettant l'accent sur le maintien, pour l'avenir, de la viabilité du système de soins de santé.

Résumé



INTRODUCTION

Les programmes de dépistage du cancer du col de l'utérus ont, aujourd'hui, l'occasion d'adopter une démarche de dépistage dont on attend qu'elle contribue à l'élimination du cancer du col de l'utérus au cours de notre vivant¹. Les progrès de la technologie et des connaissances ont permis d'établir un lien entre le virus du papillome humain (VPH) et le cancer du col de l'utérus, et d'élaborer des tests de détection du VPH efficaces. Dans ce nouveau paradigme, l'utilisation de tels tests comme méthode de dépistage primaire du cancer du col de l'utérus – par rapport au recours à un test Pap, la principale méthode actuelle de dépistage au *Canada* – permet de mettre en évidence, plus en amont, les situations précancéreuses, avec, à la clé, une réduction notable des risques de contracter la maladie². Les tests de détection du VPH améliorent les résultats du cancer du col de l'utérus et permettent de surmonter certains obstacles à la participation au dépistage, en offrant par exemple – contrairement aux tests Pap – la possibilité de l'autoprélèvement, lequel favorise l'accès au dépistage.

Les données probantes en faveur d'une transition vers le dépistage primaire par détection du VPH ont continué à s'accumuler ces dernières années, et certains pays ont d'ores et déjà commencé à adopter cette nouvelle approche. Les *Pays-Bas* et l'*Australie* ont mis en place cette démarche, à l'échelon national, en 2017, tandis que le *Royaume-Uni* en a terminé la mise en œuvre en 2020. S'il est vrai que les données scientifiques probantes sur l'efficacité du dépistage primaire par détection du VPH sont établies, il n'en demeure pas moins que les premiers pays à le mettre en œuvre ont été confrontés à un certain nombre d'incertitudes, notamment en ce qui concerne les répercussions sur le système de santé, les processus de dépistage efficaces et les défis à prévoir au cours de la mise en œuvre. Aujourd'hui, pour réussir cette transition, le *Canada* peut s'appuyer sur les leçons tirées de l'expérience d'autres pays ayant mis en œuvre le dépistage primaire par détection du VPH.

La présente analyse de l'environnement porte sur les leçons tirées de l'expérience d'autres pays sur la manière efficace de mettre en œuvre le dépistage primaire par détection du VPH. Elle décrit tout d'abord le parcours de soins, de l'entrée dans un programme de dépistage organisé jusqu'au suivi des résultats anormaux, présentant ensuite un certain nombre

d'éléments à prendre en considération lors de la mise en œuvre d'un programme de dépistage primaire par détection du VPH, notamment en liaison avec l'équité, l'autoprélèvement, les ressources du système de santé et la gestion du changement.

APPROCHE

La présente analyse de l'environnement s'est appuyée sur une combinaison de différentes méthodes, notamment un examen de la documentation et des entretiens avec différents intervenants dans cinq pays. Elle avait pour objectif de mettre en évidence des réponses informatives et pratiques aux questions de recherche, en s'inspirant de différents pays – l'*Australie*, les *Pays-Bas*, le *Royaume-Uni*, les *États-Unis* et la *Finlande* – ayant réalisé la transition de leurs programmes de dépistage du cancer du col de l'utérus existants vers le dépistage primaire par détection du VPH. Cet examen a également permis de tirer des conclusions de certaines études de recherche, conduites au *Canada*, en particulier des résultats de l'essai clinique randomisé FOCAL sur le VPH, réalisé en Colombie-Britannique, et d'un essai contrôlé randomisé ayant porté sur l'autoprélèvement dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus, réalisé à Terre-Neuve.

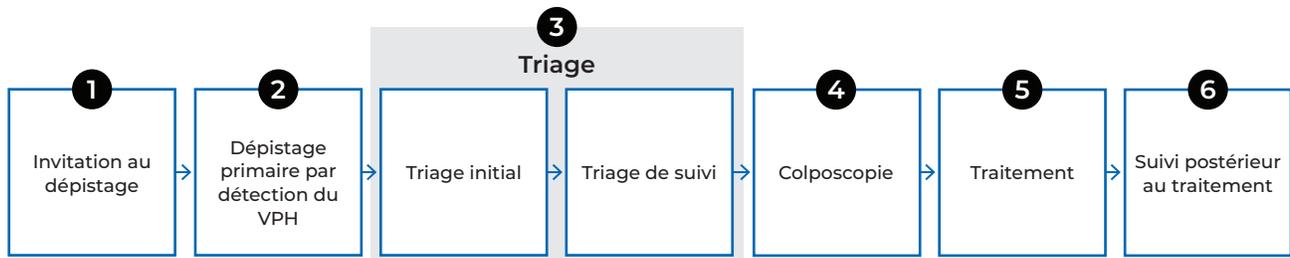
Plusieurs pays commencent le dépistage du cancer du col de l'utérus à 30 ans; cependant, les lignes directrices fondées sur des données probantes relatives à la décision de dépister le VPH avant l'âge de 30 ans ne font pas consensus.

PARCOURS DE DÉPISTAGE PRIMAIRE PAR DÉTECTION DU VPH

L'établissement de parcours de soins est essentiel à la mise en œuvre du dépistage primaire par détection du VPH et du suivi des résultats anormaux. Ces parcours décrivent le cheminement d'une personne au sein d'un programme de dépistage, ainsi que les examens

et les procédures de suivi nécessaires en cas de résultats anormaux. L'étude générale des différents parcours de soins dans les pays ayant fait l'objet de cette analyse fait ressortir un certain nombre de points communs, notamment les six étapes illustrées dans le diagramme ci-après.

Figure 1 : Étapes communes aux différents parcours



Même si chacune de ces grandes étapes diffère d'un pays à l'autre, il existe un certain nombre de paramètres qui sont systématiquement pris en considération, notamment :

Âges et intervalles de dépistage (étape 1) : Plusieurs pays commencent le dépistage du cancer du col de l'utérus à 30 ans; cependant, les lignes directrices fondées sur des données probantes relatives à la décision de dépister le VPH avant l'âge de 30 ans ne font pas consensus. En effet, le VPH étant souvent présent chez les personnes plus jeunes et disparaissant dans de nombreux cas en l'absence de toute intervention thérapeutique, le dépistage au sein de cette population pourrait être à l'origine d'une surveillance et de traitements excessifs, porteurs,

intrinsèquement, d'un certain nombre de risques. Bien que les programmes de dépistage se terminent généralement à 65 ans, les invitations sont prolongées si une entorse au calendrier de dépistage le justifie. En *Australie*, le programme prévoit un dernier examen de sortie du programme, entre 70 et 74 ans. Les intervalles de dépistage sont généralement de cinq ans, allant parfois jusqu'à dix ans. La recherche d'un équilibre entre ces différents aspects permet à chacun de ces programmes de dépistage d'éviter la détection du VPH à un âge trop précoce, lorsque l'infection a

plus de chance de disparaître en l'absence de toute intervention thérapeutique; de garantir que les personnes âgées bénéficient d'un dépistage suffisant, correspondant à leur risque de cancer du col de l'utérus; et de maintenir l'efficacité du dépistage à l'échelle individuelle, tout en diminuant les besoins en ressources du système de santé, dans le cadre d'intervalles de dépistage plus longs.

Invitations au dépistage et communication des résultats (étapes 1, 2 et 3) :

Les invitations des programmes de dépistage, gérées de manière centralisée, sont envoyées par différents canaux, notamment par la poste et par voie électronique. Les invitations et les résultats sont adressés à la personne et/ou à son fournisseur de soins primaires (FSP), selon le pays et selon les résultats. Plusieurs techniques visant à améliorer la communication avec les personnes participant au programme de dépistage et avec les cliniciens ont fait la preuve qu'elles étaient en mesure d'améliorer les taux de participation aux programmes de dépistage.

Autoprélèvement (étape 2) : Dans un contexte où l'on dispose de données probantes toujours plus nombreuses quant à la précision de la détection des types de VPH à haut risque (VPHhr) dans des échantillons obtenus par autoprélèvement, les pays ont tendance à généraliser le recours à cette technique. Dans le passé, on s'inquiétait, plus qu'aujourd'hui, de la possibilité que la sensibilité d'un test de détection du VPH par autoprélèvement soit plus faible que lorsque le prélèvement est effectué par un clinicien. Bien que certaines de ces réserves persistent, les progrès de la technologie et d'autres études montrent que l'autoprélèvement offre une précision et une capacité diagnostiques raisonnablement élevées³. Cette approche est généralement considérée comme complémentaire d'une démarche de prélèvement par des cliniciens. Auparavant, l'autoprélèvement était offert uniquement aux personnes appartenant à des groupes chez qui le dépistage est généralement insuffisant, voire inexistant; toutefois, la tendance, dans certains des pays examinés, est aujourd'hui de permettre à toutes les personnes participant au programme de dépistage d'utiliser l'autoprélèvement.

L'autoprélèvement peut être effectué soit dans le cabinet d'un clinicien, soit à domicile. Lorsque les trousseaux d'autoprélèvement sont envoyés par la poste au domicile de la personne, une attention particulière

à certains aspects relatifs aux envois postaux peut permettre de tenir compte des enjeux liés à la protection de la vie privée. Les approches dans le cadre desquelles on prévoit une « option d'adhésion » (*opt-in*, en anglais) permettent de préserver les ressources, tandis que celles prévoyant, au contraire, une « option d'abstention » (*opt-out*, en anglais) permettent d'améliorer la participation; il est toutefois possible de tirer le meilleur parti de ces deux approches, en adoptant une option d'abstention accompagnée d'un système de communication plus sophistiqué. S'il est vrai que la mise en œuvre de l'autoprélèvement ne va pas sans de nombreux écueils, il existe différents moyens de les atténuer.

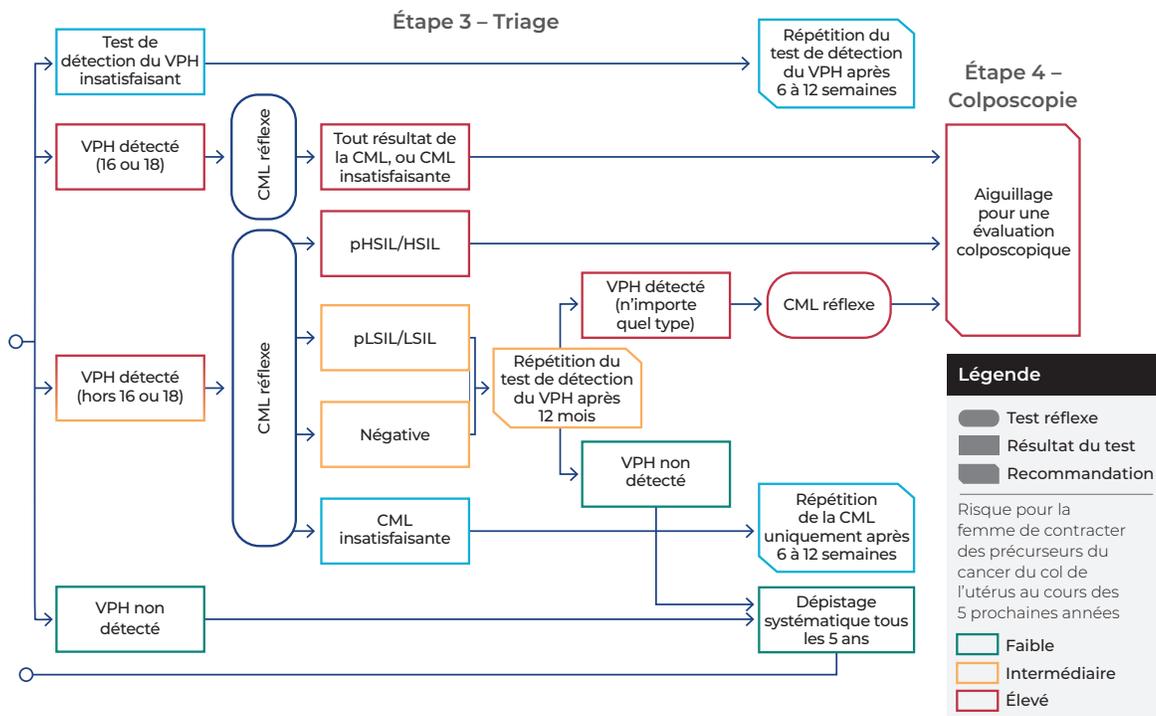
Parmi les autres facteurs facilitant la mise en œuvre de l'autoprélèvement, on peut citer des parcours parfaitement définis; une planification préalable de tous les aspects réglementaires à prendre en considération; la mise en place de processus réalistes, adaptés à l'environnement local, pour la distribution et la récupération des dispositifs de prélèvement; une bonne communication avec les patientes et avec les prestataires; et un soutien des FSP. L'autoprélèvement contribue à améliorer l'équité, peut s'avérer plus confortable pour la personne qui subit le dépistage et augmente la participation aux programmes de dépistage du cancer du col de l'utérus.

Types de tests (étapes 2 et 3) : Étant donné que le VPH constitue la principale cause du cancer du col de l'utérus et que certains types de VPH sont connus pour représenter un risque plus élevé, le génotypage partiel peut être utilisé pour détecter la présence de ces types de VPHhr, en particulier des génotypes 16 ou 18. Les recherches en cours explorent les liens entre les différents types de VPH et l'accroissement du risque de cancer du col de l'utérus et mettent en évidence les avantages d'une meilleure appréhension des types de VPH ayant infecté une personne. Le génotypage pourrait être utilisé à l'avenir pour mettre en évidence les types de VPH à l'origine d'une infection et déterminer le risque que la personne concernée contracte des anomalies cellulaires ou un cancer. Cela dit, il ne faut pas oublier, dans le cadre d'une telle démarche, de se pencher sur la façon dont les cas non infectés par les types de VPHhr feront tout de même l'objet d'un dépistage adéquat. Bien que la cytologie soit couramment utilisée pour le triage, de meilleurs tests de triage sont à l'étude pour l'avenir.

Conception du triage (étape 3) : Les tests de détection du VPH sont plus sensibles et, à ce jour, moins spécifiques que les tests Pap. Il convient de noter que la spécificité des tests de détection du VPH devrait s'améliorer à mesure qu'une plus grande proportion des personnes subissant un dépistage devient immunisée contre le VPH. Lorsque l'on dit que le test de détection du VPH offre une plus grande sensibilité, cela signifie qu'il est plus efficace pour détecter la présence du virus; en d'autres termes, il produit moins de « faux négatifs ». En revanche, la spécificité du test correspond à sa capacité à détecter avec précision l'absence du virus, en d'autres termes de produire moins de « faux positifs ». Jusqu'à ce que la spécificité des tests de détection du VPH s'améliore, un processus de triage s'avère nécessaire pour accroître la spécificité; pour éviter les faux positifs et leurs conséquences pour les patientes; ainsi que pour gérer au mieux les ressources du système de santé. La conception du triage implique généralement la détection des types de VPH par génotypage, en utilisant la cytologie, suivie d'un ou de plusieurs

renouvellements du test après une période d'attente, afin d'éviter les aiguillages inutiles en coloscopie. Le génotypage partiel visant à déterminer les types de VPH présents est utilisé pour le triage dans certains des pays examinés, les recherches se poursuivant afin de mieux comprendre la façon dont le génotypage pourrait être utilisé de la manière la plus efficace possible. Le VPH des types 16 et 18 s'avère, par exemple, plus inquiétant pour les jeunes, tandis que, chez les personnes plus âgées, les anomalies des cellules du col sont plus souvent associées à d'autres types de VPH qui ne sont pas considérés comme étant à haut risque. Il est possible d'avoir recours au génotypage partiel dans la conception des parcours de triage, en vue de fournir des soins plus ciblés, de déterminer la façon dont les ressources du système de santé sont utilisées et d'offrir de meilleurs soins aux patientes. Le diagramme ci-dessous présente un exemple de parcours de triage utilisé en *Australie*, dans le cadre duquel le génotypage partiel sert à orienter le parcours de soins.

Figure 2 : Parcours de triage des patientes dans le cadre d'un programme de dépistage primaire par détection du VPH, en Australie



Acronymes : CML : cytologie en milieu liquide; pLSIL : possible low-grade squamous intraepithelial lesion – lésion malpighienne intraépithéliale de bas grade histologique possible; LSIL : low-grade squamous intraepithelial lesion – lésion malpighienne intraépithéliale de bas grade histologique; HSIL : high-grade squamous intraepithelial lesion – lésion malpighienne épithéliale de haut grade histologique

Source : Cancer Council Australia, site Web du Clinical Guidelines Network



Les parcours de dépistage primaire par détection du VPH et de suivi des résultats anormaux s'appuient sur les meilleures données probantes disponibles. Les programmes ont par conséquent recours à un parcours identique pour toutes les patientes, indépendamment d'éventuels problèmes d'équité et d'accès.

Suivi des résultats anormaux (étapes 4, 5 et 6) : Le suivi des résultats anormaux est essentiel, à défaut de quoi le dépistage ne conduit pas à de meilleurs résultats. En dépit de la forte variabilité des étapes de suivi des résultats anormaux (étapes 4, 5 et 6) entre les différents pays, tous considèrent qu'un « transfert » efficace d'une personne présentant des résultats anormaux vers le parcours de suivi joue un rôle important. Les communications et les rappels du programme de dépistage à l'attention des patientes et des cliniciens permettent un suivi et des aiguillages appropriés. Au sein de tous les pays examinés, les parcours de dépistage et de suivi des résultats anormaux des programmes de dépistage primaire par détection du VPH guident les cliniciens dans leurs décisions aux étapes 4 (colposcopie) et 6 (suivi postérieur au traitement), tandis qu'une plus grande latitude leur est généralement laissée à l'étape 5 (traitement).

Équité et accès (toutes les étapes) : Les parcours de dépistage primaire par détection du VPH et de suivi des résultats anormaux s'appuient sur les meilleures données probantes disponibles, les programmes ayant, par conséquent, recours à un parcours identique pour toutes les patientes, indépendamment d'éventuels problèmes d'équité et d'accès. Plusieurs tactiques contribuant à améliorer l'équité peuvent être adoptées, notamment :

- **Consultations communautaires :** La mise en œuvre du programme est adaptée au groupe ciblé, en fonction des besoins qu'il a lui-même mis en évidence. Les groupes faisant face à des inégalités présentent, vis-à-vis du processus de mise en œuvre, des besoins, des attentes sociales ou culturelles et des éléments pratiques à prendre en considération différents. C'est pourquoi il est nécessaire d'adopter différentes approches correspondant à différents groupes. Dans ce cadre, une conception commune est considérée comme la démarche privilégiée pour déterminer la façon dont le programme doit être personnalisé.
- **Recherche :** Il s'agit de comprendre les domaines au sein desquels sévissent des inégalités, la cause de ces dernières et les personnes qui en sont victimes.

- **Élaboration de contenus et d'approches propres aux différents groupes** : On parle ici des aspects de la mise en œuvre qui sont modifiés en vue d'obtenir un accès plus équitable, notamment la fréquence et les canaux d'accès au dépistage et aux procédures de suivi, les approches et les contenus des communications et la mise en place d'une relation particulière entre ces groupes et le programme. Les supports de communication permettent de déterminer et de mieux faire connaître les moyens culturellement adaptés de dialoguer avec les différents groupes et d'améliorer leur participation.
- **Autoprélèvement** : L'autoprélèvement permet de surmonter plusieurs obstacles à la participation au dépistage, notamment ceux liés à la distance et au transport, à l'acceptabilité sociale et culturelle et à l'évitement dû à des antécédents de traumatisme ou à d'autres raisons.

Conjointement, ces approches contribuent à améliorer l'équité d'une manière culturellement adaptée.

Analyse des risques et utilisation des ressources du système de santé (toutes les étapes) : Bien que conçus sur la base de données scientifiques probantes, les parcours de triage peuvent également être influencés par les préférences de chaque pays, notamment la quantité de ressources consacrées au système de santé, la portée de la pratique des cliniciens et l'accent mis sur l'expérience des patientes. La tolérance au risque de la société et la disponibilité des ressources peuvent avoir une incidence sur certains aspects de la conception des parcours, en particulier lorsque ces aspects sont censés avoir des répercussions limitées sur les résultats. Il existe différents moyens d'agir sur la disponibilité des ressources du système de santé et de rechercher un nouvel équilibre en la matière, notamment le

recours à différents professionnels de la santé pour conduire certaines activités cliniques (par exemple, des infirmières, plutôt que des gynécologues, pour effectuer une colposcopie), ainsi que la prise de décisions s'appuyant à la fois sur des données scientifiques probantes et sur la tolérance au risque de la société, par exemple en ce qui concerne l'âge d'admissibilité au dépistage, ou des décisions cliniques relatives au moment où les patientes seront orientées en colposcopie. Un suivi rigoureux des résultats permet une meilleure utilisation des ressources du système de santé, différentes approches pouvant être suivies pour déterminer dans quelle mesure elles ont une incidence sur le risque d'anomalies cellulaires et de cancer. Ces facteurs peuvent être pris en compte, lors de la planification, pour équilibrer les ressources avec les besoins de la population dans son ensemble et ceux des différents groupes ciblés.

Complexité du parcours (toutes les étapes) : S'il est vrai qu'une conception plus simple du parcours est plus facile à comprendre et à mémoriser, pour les cliniciens et pour les patientes, et qu'elle facilite la mise en œuvre du programme, il n'en demeure pas moins qu'une légère complexification est en mesure de limiter l'incidence des faux positifs apparents sur les patientes et sur le système. La technologie peut être utilisée pour rendre ces parcours plus longs plus conviviaux, en prenant en compte, à chaque étape, les commentaires particuliers des patientes et en leur indiquant l'étape suivante suggérée. Ces facteurs, liés à une communication claire du parcours, peuvent être pris en compte dans la planification de la mise en œuvre, afin de permettre et de faciliter l'adhésion au dépistage primaire par détection du VPH.

ÉLÉMENTS À PRENDRE EN CONSIDÉRATION LORS DE LA MISE EN ŒUVRE

Outre la conception des parcours, les différents pays ont recensé plusieurs autres éléments à prendre en considération pour le succès de la mise en œuvre d'un programme. Ces différents éléments, décrits brièvement ci-dessous, peuvent être regroupés sous différents chapeaux : systèmes et renseignements; ressources humaines et équipes; plans; et communication et dialogue.

Systèmes et renseignements : Les systèmes d'information jouent un rôle essentiel pour la mise en œuvre réussie d'un programme de dépistage primaire par détection du VPH. En particulier, un registre est nécessaire pour recenser les femmes admissibles et pour qui le temps est venu de subir un dépistage, pour suivre les invitations et la participation, ainsi que pour garantir que l'on évite le surdépistage. Le temps requis pour la mise en œuvre de ces systèmes d'information dépend de l'adéquation des systèmes informatiques sous-jacents existants, les modifications éventuelles ou la mise en œuvre de systèmes informatiques de grande envergure pouvant exiger plusieurs années. Un système dont la conception et la mise en œuvre sont de qualité offre un certain nombre d'avantages, notamment, sans que cela soit limitatif : l'envoi des invitations et des rappels aux bonnes personnes, dans les délais voulus; le suivi du dépistage et la gestion de l'historique des résultats; la détermination des moments précis auxquels un transfert adéquat vers des soins de suivi est nécessaire; ainsi que la surveillance de la qualité.

Ressources humaines et équipes : Des équipes et des ressources humaines de qualité offrent des orientations et des conseils, élaborent des plans, font avancer les choses et suivent les initiatives de mise en œuvre. Il s'agit notamment de dirigeants du système de santé, de cliniciens, de représentants du personnel de laboratoire, d'individus respectés, au sein des groupes concernés, jouant le rôle de « champions » du nouveau système, de gestionnaires de programme et de décideurs concernés, à l'échelon gouvernemental. Des représentants de ces différents groupes, qui utiliseront le programme et sur lesquels ce dernier aura une incidence, sont également mobilisés, en mettant un accent particulier sur le dialogue avec les groupes vivant des inégalités et sur leur participation. Dans ce cadre, on met en place des équipes et des groupes s'attendant spécifiquement à ces tâches et se rencontrant régulièrement. L'incidence de ces nouveaux programmes de dépistage utilisant le test

de détection du VPH sur les ressources humaines du secteur des soins de santé se manifeste selon différentes modalités, certaines ressources étant déplacées pour répondre aux besoins, grâce à diverses tactiques. Il peut notamment s'agir du renouvellement des formations, de la modification des rôles (par exemple, des non-cliniciens fournissant, en lieu et place des cliniciens de premier recours, une formation de base sur le processus de dépistage primaire par détection du VPH), ainsi que de l'information des professionnels, suffisamment à l'avance, pour leur permettre de faire évoluer leurs priorités.

Plans : Des plans sont élaborés pour plusieurs aspects de la mise en œuvre de ces programmes, notamment la conception des parcours, les orientations à suivre et les plans particuliers. Lors de l'élaboration des plans de mise en œuvre, on utilise des modèles prédictifs pour comprendre les coûts pour le système de santé et les conséquences sur les ressources, du fait, par exemple, de la demande de services de laboratoire et de colposcopie. Une attention particulière est accordée aux répercussions des orientations, de la disponibilité et des temps d'attente en colposcopie, ainsi qu'à l'incidence sur les installations de laboratoire, et sur l'offre et la demande en ressources humaines. Des mesures réduisant au minimum les répercussions négatives de ces évolutions sont mises en évidence, par exemple une augmentation de l'offre de services de colposcopie, l'ajustement de la conception des parcours ou des délais de mise en œuvre et un renouvellement de la formation des cytologistes pour travailler dans des domaines de pratique similaires. En *Australie*, les cytotechnologistes ont, par exemple, suivi une nouvelle formation au sein de certains laboratoires, tandis qu'en *Finlande*, les titulaires de ce rôle avaient déjà une formation plus large. On peut, grâce à des programmes pilotes, déterminer plus facilement si l'on a fait les bonnes hypothèses, ce qui permet, ensuite, d'effectuer des ajustements, en fonction des besoins, avant la mise en œuvre intégrale du programme principal. Des plans de suivi et d'évaluation sont élaborés, afin de veiller à ce que les progrès et les résultats soient conformes aux attentes et de permettre d'effectuer des ajustements en cas de résultats inattendus. L'élaboration des plans demande un temps variable, en fonction du type de plan et du pays. On a signalé que la création de parcours et de lignes directrices était une activité très chronophage, qui, selon les pays, s'était étalée de 18 mois à 5 ans. Conjointement, ces plans permettent aux planificateurs du système de santé de concevoir les plans de mise en œuvre et de les optimiser, en fonction des besoins et des ressources locaux; de créer des documents

RÉSUMÉ

décrivant clairement le programme à mettre en œuvre; et d'améliorer les probabilités que la mise en œuvre s'effectue conformément aux prévisions.

Communication et dialogue : Tout au long de la planification et de la mise en œuvre du programme, on sollicite la participation des cliniciens, d'autres professionnels de la santé et du public et l'on communique avec eux. Les professionnels sont mobilisés afin de recueillir des données probantes concernant l'efficacité du dépistage primaire par détection du VPH, de répertorier les éléments à prendre en considération pour la mise en œuvre du programme et d'obtenir des conseils sur la façon de procéder lorsque des questions opérationnelles sont soulevées en phase de mise en œuvre. Le public est mobilisé afin de recueillir des données probantes sur l'efficacité du dépistage primaire

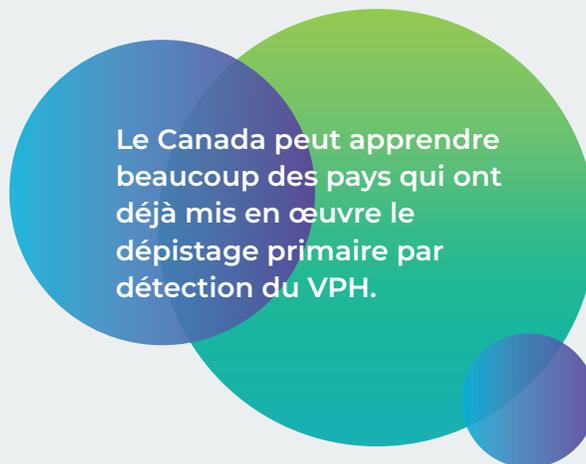
par détection du VPH et du suivi des résultats anormaux, ainsi que sur l'expérience et les processus correspondants, et ce, afin de réduire les obstacles psychologiques à la participation. Dans ce cadre, on accorde une attention particulière aux inquiétudes que le public pourrait avoir et l'on veille à mettre à sa disposition, par l'entremise de multiples canaux, des renseignements pertinents faciles à comprendre. Une communication, la moins ambiguë possible, et un dialogue poussé contribuent à prévenir les difficultés de mise en œuvre, ainsi qu'à informer les gens des avantages de la mise en œuvre du nouveau programme de dépistage primaire par détection du VPH, et à les convaincre d'y participer. Les considérations ci-dessus peuvent être organisées en séquence, selon la phase de planification et de mise en œuvre, comme illustré dans le diagramme ci-après.

Figure 3: Phases de mise en œuvre



Des liens vers des sites Internet contenant des exemples d'outils et de ressources d'autres pays sont disponibles dans la section 6.4.1 Liens vers les principaux sites Web.

Résumé des leçons tirées



Le Canada peut apprendre beaucoup des pays qui ont déjà mis en œuvre le dépistage primaire par détection du VPH.

Il y a beaucoup à apprendre des autres pays et plusieurs thèmes sont ressortis de cette analyse. La liste suivante fournit une synthèse des principaux enseignements tirés de ces constatations :



1. Adapter les programmes aux groupes confrontés à des inégalités en matière de dépistage, en vue d'augmenter leur participation

Certains groupes doivent faire face à des inégalités, conduisant à une moindre participation de leurs membres au dépistage, c'est-à-dire à un dépistage insuffisant, voire inexistant, et à de moins bons résultats. Le dialogue et la conception conjointe avec les communautés, la recherche, la mise en place de relations permanentes, une communication personnalisée et l'autoprélèvement comptent parmi les tactiques utilisées pour améliorer cet aspect des choses.



2. Élaborer un parcours de soins le plus en amont possible

Il est essentiel de trouver une entente sur ce que sera le parcours de soins et, étant donné que son élaboration mobilise de nombreux intervenants et conseillers, il convient de la lancer le plus en amont possible du processus.



3. Équilibrer les risques et les ressources

La conception du parcours a des répercussions sur l'utilisation des ressources du système de santé, sur la pratique des cliniciens et sur l'expérience des patientes. S'il est vrai que l'élaboration des parcours doit être fermement enracinée dans les données probantes, il n'en demeure pas moins que les responsables du système et les personnes qui conçoivent les parcours doivent également prendre des décisions s'appuyant sur des valeurs et sur l'analyse des risques (concernant, par exemple, le degré d'anomalie cytologique devant déclencher un aiguillage en coloscopie), tout en surveillant de près les répercussions sur les résultats pour les patientes.



4. Prioriser les taux de participation en tant que mécanisme clé pour faire baisser l'incidence du cancer du col de l'utérus

Les moyens d'améliorer la participation au dépistage comprennent, sans, toutefois, que cela soit limitatif :

- L'autoprélèvement, en particulier pour les populations qui font face à des obstacles au dépistage;
- Des relations de qualité entre la patiente et un clinicien, généralement de premier recours, favorable au dépistage primaire par détection du VPH;
- Des matériels de communication, surtout lorsqu'ils sont adaptés au public cible.



5. Examiner la façon dont l'autoprélèvement peut être utilisé pour accroître la participation aux programmes de dépistage du cancer du col de l'utérus

L'autoprélèvement est considéré comme une méthode prometteuse pour permettre la participation des populations chez qui le dépistage est insuffisant, voire inexistant.



6. Réfléchir à la mesure selon laquelle le programme de dépistage intervient dans le suivi des résultats anormaux

La transition entre un résultat anormal et des soins de suivi peut constituer une étape du parcours de soins au cours de laquelle les personnes se « sentent perdues ». Le programme de dépistage organisé peut créer des mécanismes permettant de maximiser la probabilité que les patientes participent au processus de suivi des résultats anormaux.



7. Créer un plan de limitation et de gestion de l'augmentation temporaire de la demande de colposcopies

Lors de l'introduction du dépistage primaire par détection du VPH, on constate souvent une multiplication par deux, voire par trois, du nombre d'aiguillages en colposcopie. Pour autant, il est possible de jouer sur un certain nombre de paramètres pour ramener cette demande à des niveaux plus acceptables, notamment en matière de conception du parcours, d'âges et d'intervalles de dépistage, ainsi que de types de tests utilisés. Il est important de noter que cette augmentation est temporaire.



8. Dialoguer avec les cliniciens et avec le public pour communiquer la supériorité du dépistage primaire par détection du VPH

Il est nécessaire de bien faire comprendre aux cliniciens et aux patientes les raisons pour lesquelles le dépistage primaire par détection du VPH est préférable à l'approche de dépistage précédemment utilisée.



9. Surveiller les progrès des technologies et des approches de dépistage du cancer du col de l'utérus

La science et la technologie en matière de dépistage primaire par détection du VPH progressent rapidement, de nouvelles études et des technologies innovantes pouvant, dans ce contexte, être systématiquement analysées, en vue de garantir que les pratiques de dépistage utilisées s'appuient sur les meilleures données probantes dont on dispose.

1 Introduction

Le cancer du col de l'utérus est un cancer gynécologique fréquent et on estime qu'en 2020, 1 350 Canadiennes recevront un diagnostic de cette maladie⁴. De nombreux pays, dont le Canada, possèdent des programmes de dépistage du cancer du col de l'utérus qui permettent de détecter des anomalies et un éventuel cancer du col de l'utérus, et d'assurer la surveillance des patientes et leur traitement. En raison des progrès technologiques, l'approche du dépistage du cancer du col de l'utérus subit actuellement d'importantes évolutions.



Le test Pap, mis au point dans les années 1940, a été intégré aux programmes de dépistage du cancer du col de l'utérus dans les années 1960 et 1970. Bien qu'il ait été, dans un premier temps, accueilli avec un certain scepticisme, il a fini, au fil du temps, par être accepté et par être considéré, jusque récemment, comme jouant un rôle fondamental dans la prévention du cancer du col de l'utérus⁵. Lors d'un test Pap, le médecin de premier recours, l'infirmière ou le gynécologue prélèvent un échantillon de cellules du col de l'utérus et l'envoient à un laboratoire à des fins de cytologie, une procédure consistant à examiner les cellules pour détecter des anomalies et à classer ces dernières par degré et par type.

Près de cinquante ans plus tard, on constate que le dépistage du cancer du col de l'utérus connaît à nouveau un changement révolutionnaire. Le dépistage du virus du papillome humain (VPH) est désormais considéré comme la méthode privilégiée pour le dépistage primaire du cancer du col de l'utérus. Des connaissances scientifiques supplémentaires ont établi l'existence d'un lien entre la présence persistante du VPH et le risque de contracter un cancer. Le dépistage primaire par détection du VPH s'avère avantageuse. En effet, elle permet de mettre en évidence des états précancéreux, plus en amont, débouchant ainsi sur des probabilités significativement plus faibles de cancer du col de l'utérus, par rapport au dépistage par test Pap². Les progrès technologiques ont permis la mise au point de méthodes d'examen offrant une bonne sensibilité de détection du VPH, tout en s'accompagnant de mécanismes de prévention des faux positifs et du surtraitement des cas peu susceptibles de donner lieu à un cancer. Certains des travaux novateurs

visant à établir que le test de détection du VPH est plus efficace que le test Pap pour le dépistage primaire ont été réalisés au Canada, dans le cadre de l'essai FOCAL. Cet essai a montré que le recours au test de détection du VPH pour le dépistage primaire débouchait sur un risque inférieur de cancer du col de l'utérus de haut grade, par rapport à l'utilisation de la cytologie, et que les situations précancéreuses pouvaient être détectées plus en amont, permettant un traitement plus précoce^{2,6}.

Le VPH est la principale cause du cancer du col de l'utérus⁵. On estime que la plupart des infections au VPH disparaissent spontanément, en l'absence de toute intervention thérapeutique, en l'espace de six mois à deux ans⁷. Cependant, des infections au VPH persistantes peuvent entraîner la croissance de cellules anormales à la surface du col de l'utérus, constituant une lésion précancéreuse également appelée néoplasie cervicale intraépithéliale (CIN, de l'anglais *cervical intraepithelial neoplasia*). En raison du lien entre le VPH et le cancer du col de l'utérus, le dépistage de ce virus peut permettre de déterminer, précocement, les femmes présentant un risque élevé de cancer du col de l'utérus, afin de réduire le nombre d'entre elles qui contracteront un jour la maladie. Il existe plusieurs types de VPH, 12 d'entre eux étant associés à un risque plus important de contracter un cancer (on parle alors de VPH à haut risque [VPHhr]). Ces 12 types de VPH sont classés comme oncogènes (c'est-à-dire comme pouvant être à l'origine d'un cancer) et sont responsables de 97 % des cas de cancer du col de l'utérus. Il s'agit des VPH 16, 18, 31, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 66 et 68. Les VPH 16 et 18 sont les types les plus courants, responsables de 70 % de tous les cas de cancer du col de l'utérus, dont environ 50 % pour

INTRODUCTION

le VPH 16 et 20 % pour le VPH 18⁷. S'il est vrai que la présence de types de VPHhr nécessite une plus grande attention et un suivi plus poussé, les types à faible risque ne peuvent pas, pour autant, être négligés.

Le dépistage du cancer du col de l'utérus met en jeu l'intervention d'une grande diversité de personnes et de professionnels. Il s'agit, par exemple, de médecins de premier recours, de gynécologues et d'infirmières participant au prélèvement des échantillons et au suivi des résultats anormaux. Des professionnels de laboratoire effectuent, par ailleurs, l'analyse des prélèvements et en fournissent les résultats à des spécialistes, par exemple des gynécologues, qui interviennent ensuite dans les procédures de suivi des résultats anormaux, comme la colposcopie (examen visuel du col de l'utérus). Plusieurs types d'organisations ont aussi un rôle à jouer dans divers aspects d'un programme de dépistage du cancer du col de l'utérus. Il incombe aux gouvernements d'approuver, et souvent de financer, les programmes de dépistage du cancer du col de l'utérus, tandis que les organisations de planification du système de santé participent à leur planification, à leur mise en œuvre et à leur surveillance.

À l'image de ce qui s'était passé avec le test Pap, la transition vers le dépistage primaire du cancer du col de l'utérus par détection du VPH a également été l'objet d'un certain scepticisme initial. Cependant, cette méthode est aujourd'hui acceptée, dans de nombreux pays, comme la meilleure approche de dépistage⁵. Il importe néanmoins de garder à l'esprit que cette évolution ne va pas sans certaines difficultés pouvant, toutefois, être surmontées.

Aujourd'hui, l'utilisation du test de détection du VPH comme méthode de dépistage primaire est de plus en plus reconnue, en tant que pratique de pointe, et le mouvement en ce sens ne cesse de s'amplifier. Les différents pays examinés en sont à des étapes de mise en œuvre différentes, le Canada en étant, lui, aux toutes premières phases. Les constatations ci-après constituent un ensemble de leçons à tirer de la mise en œuvre de cette pratique à divers endroits dans le monde.

2 Objectifs et aperçu de l'analyse de l'environnement

Le Partenariat canadien contre le cancer (le Partenariat) coordonne la *Stratégie canadienne de lutte contre le cancer 2019-2029*. La Stratégie repose sur une vision, dans le cadre de laquelle moins de Canadiennes et de Canadiens sont atteints de cancer; un plus grand nombre de personnes survivent à la maladie; et celles qu'elle touche bénéficient d'une meilleure qualité de vie⁸. La présente analyse de l'environnement contribue à l'atteinte des priorités de la Stratégie consistant à réduire le risque de cancer au sein de la population en adoptant des pratiques éprouvées, et à diagnostiquer le cancer plus rapidement, avec exactitude et à un stade plus précoce, grâce au renforcement des initiatives de dépistage existantes, partout au pays⁸. Le *Plan d'action pour l'élimination du cancer du col de l'utérus au Canada, 2020-2030*, prévoyant de mettre en œuvre les priorités définies ci-dessus, vient également à l'appui de la Stratégie⁹. Cette analyse de l'environnement contribue en outre aux priorités et aux mesures du Plan d'action, notamment en mettant en évidence les pratiques exemplaires des autres pays ayant mis en œuvre le dépistage primaire par détection du VPH.



La présente analyse de l'environnement poursuit **les objectifs** suivants :

- Recenser les leçons à tirer de la mise en œuvre, dans les principaux pays, de programmes utilisant le dépistage primaire par détection du VPH;
- Éclairer la démarche des provinces et des territoires canadiens prévoyant de mettre en œuvre le dépistage primaire par détection du VPH et le suivi des résultats anormaux.

La présente analyse de l'environnement s'adresse aux administrateurs des systèmes de santé, aux organismes de lutte contre le cancer et aux programmes de dépistage, ainsi qu'à toutes les autres organisations prévoyant de mettre en œuvre le dépistage primaire par détection du VPH. Elle a été conçue pour apporter des renseignements pratiques et pour mettre en évidence des leçons tirées de la mise en œuvre, dans un certain nombre de pays, d'un programme utilisant une telle démarche novatrice et qui en sont à un stade avancé de leurs parcours de dépistage et de suivi. Elle peut être utilisée pour éclairer les discussions préliminaires sur la planification

et l'élaboration d'orientations et de plans pour la mise en œuvre, au Canada, du dépistage primaire par détection du VPH et du suivi des résultats anormaux. Le présent document comporte cinq sections et une annexe. Les sections 1 à 3 fournissent des renseignements introductifs permettant aux lecteurs de s'y retrouver dans cette analyse de l'environnement et de mieux comprendre le sujet traité. La section 4 Constatations est divisée en trois sous-sections et fournit des détails sur les constatations de l'analyse. Ces trois sous-sections sont les suivantes :

- Parcours de dépistage primaire par détection du VPH et de suivi des résultats anormaux;
- Conception de parcours : similitudes et différences entre les pays examinés;
- Éléments pratiques à prendre en considération pour la mise en œuvre.

Le présent document fournit, tout du long, des exemples provenant de pays précis, extraits de la documentation et des entretiens, permettant d'illustrer les enseignements à en tirer.

3 Approche

La présente analyse s'est appuyée sur une combinaison de différentes méthodes, notamment un examen de la documentation et des entretiens avec différents intervenants, dans cinq pays. Une brève analyse en ligne a été effectuée pour déterminer les pays qui semblaient avoir mis en œuvre avec succès le test de détection du VPH comme méthode de dépistage primaire dans le cadre d'un programme de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus*.



On a sélectionné, parmi ces différents pays, les quatre dont on a estimé qu'ils étaient les plus susceptibles de fournir les leçons de mise en œuvre les plus pertinentes pour le Canada. On a également conduit un nombre limité d'entretiens avec des informateurs clés de Terre-Neuve-et-Labrador et de la Colombie-Britannique. À mi-parcours du processus d'analyse de l'environnement, un autre pays, la Finlande, a été ajouté, à la suite de recommandations sur les avantages qu'il y aurait à inclure des entretiens avec des intervenants de ce pays pour tirer des leçons de l'expérience finlandaise. Les pays sélectionnés sont les suivants :

- Australie
- Pays-Bas
- Royaume-Uni
- États-Unis
- Finlande (entretiens uniquement)

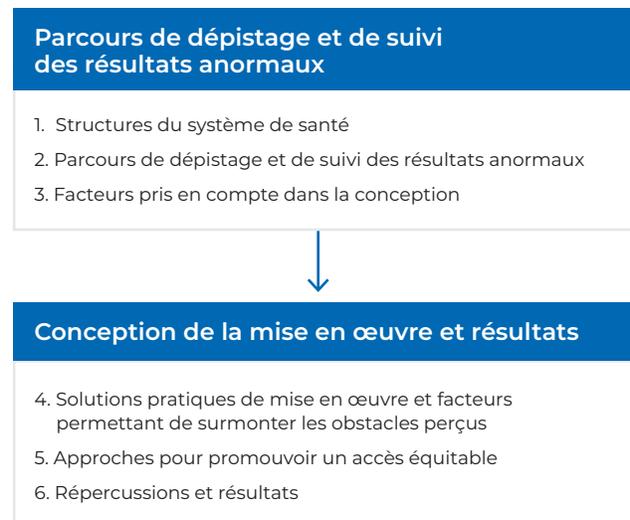
Nous tenons à remercier tous les informateurs clés qui ont contribué au processus, en y consacrant du temps et en nous fournissant leurs commentaires. Leurs éclairages se sont avérés précieux et nous ont apporté de nombreux éléments allant au-delà de ce qui était disponible dans la documentation.

La démarche d'analyse comportait les étapes suivantes :

1. Élaborer des questions de recherche :

Les questions de recherche ont été élaborées par Optimus SBR et affinées par le Partenariat. Elles portaient sur deux grandes catégories et six sujets de recherche. Ces catégories et ces sujets sont répertoriés ci-après (on trouvera la liste complète des questions en annexe, à la section 6.1 Questions de recherche de l'analyse de l'environnement).

Figure 4 : Thèmes de recherche par catégorie



* L'American Society for Colposcopy and Clinical Pathology (ASCCP), aux États-Unis, est en cours de mise en œuvre du dépistage primaire par détection du VPH. Les États-Unis ont été inclus dans la présente analyse en raison de l'approche unique, basée sur le risque, adoptée par l'ASCCP en matière de dépistage et de suivi des résultats anormaux. De nouvelles lignes directrices ont été publiées, aux États-Unis, alors que l'élaboration du présent document était en cours.

2. Effectuer une analyse documentaire :

La recherche documentaire a eu recours aux trois filtres de sélection successifs ci-après.

1. Sources : On a effectué une recherche dans toute une série de sources indexées et de documents de la littérature grise, notamment dans des résultats de recherche et dans des articles de synthèse publiés, en vue de répondre aux questions de recherche.

2. Mots clés : On a recherché dans les champs « Titre », « Résumé » et « Mots clés » des bases de données indexées, à partir de mots clés basés sur les questions de recherche.

3. Critères d'inclusion : Les critères d'inclusion étaient les différents pays retenus, les années 2010 à 2020 et la langue anglaise. On a passé en revue quatre à sept des articles les plus pertinents pour chacun des pays.

3. Conduire des entretiens :

Onze entretiens, avec les professionnels ci-après, appartenant aux pays mentionnés ci-dessus, d'une durée d'une heure, ont été tenus après l'examen de la documentation :

- Directeur général, laboratoire d'analyse des tests de détection du VPH
- Directeurs, programmes de dépistage du cancer du col de l'utérus
- Champion et ancien président du comité directeur pour la mise en œuvre du programme
- Chirurgien en gynéco-oncologie
- Champion de l'organisation pour les tests combinés Pap/VPH
- Président, Fédération européenne de colposcopie
- PDG, association caritative de lutte contre le cancer du col de l'utérus
- Coordonnateur du programme
- Gestionnaire du programme
- Responsable de l'assurance de la qualité
- Responsable de la mise en œuvre du dépistage primaire par détection du VPH

4 Constatations

Une mise en œuvre réussie du dépistage primaire par détection du VPH et du suivi des résultats anormaux nécessite un parcours de soins bien conçu, ainsi qu'une compréhension des facteurs facilitant la mise en œuvre et des obstacles l'entravant. De nombreux éléments, en matière de conception de parcours et de mise en œuvre, doivent être pris en compte et planifiés. La conception du parcours doit notamment prendre en considération l'âge de dépistage, le type de test utilisé et l'équité d'accès, alors que la mise en œuvre doit notamment prendre en considération les communications, les systèmes d'information et la planification. Heureusement, ces éléments peuvent s'appuyer sur les leçons tirées des expériences d'autres pays.



Les parcours de soins constituent un élément fondamental pour permettre la mise en œuvre du dépistage primaire par détection du VPH et du suivi adéquat des résultats anormaux.

Ils décrivent le cheminement d'une personne, au sein d'un programme de dépistage du cancer du col de l'utérus, ainsi que les examens et les procédures de suivi qui seront, éventuellement, nécessaires en cas de résultats anormaux. Bien que la détermination du parcours joue un rôle fondamental pour la mise en œuvre du dépistage primaire par détection du VPH, d'autres facteurs doivent également être pris en compte pour que cette mise en œuvre s'avère efficace. Cette section décrit les leçons tirées, à ce jour, des expériences des pays examinés, relativement :

1. **Aux parcours de dépistage primaire par détection du VPH et de suivi des résultats anormaux;**
2. **Aux similitudes et aux différences, entre ces pays, dans la conception des différents parcours;**
3. **À des considérations supplémentaires en matière de conception du parcours;**
4. **À des éléments pratiques à prendre en considération pour la mise en œuvre.**

4.1 PARCOURS DE DÉPISTAGE PRIMAIRE PAR DÉTECTION DU VPH ET DE SUIVI DES RÉSULTATS ANORMAUX

Principales constatations :

- En dépit de certains points communs entre les différents pays examinés, les parcours de dépistage et de suivi des résultats anormaux varient considérablement.
- Les parcours de dépistage primaire par détection du VPH et de suivi comprennent généralement les étapes suivantes :

Étape 1 : invitation au dépistage;

Étape 2 : dépistage primaire par détection du VPH;

Étape 3 : triage;

Étape 4 : colposcopie;

Étape 5 : traitement;

Étape 6 : suivi postérieur au traitement.

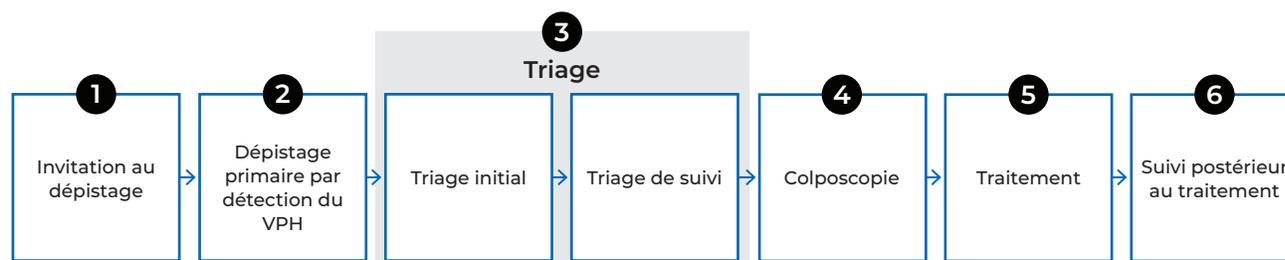
Aujourd'hui, plusieurs pays s'orientent vers le dépistage primaire par détection du VPH. Bien que les différents parcours de dépistage et de suivi des résultats anormaux présentent de nombreux points communs, les étapes détaillées varient sensiblement d'un pays examiné à l'autre.

4.1.1. Présentation générale des étapes du parcours

Le diagramme suivant donne un aperçu des étapes communes aux différents pays examinés des parcours de dépistage primaire par détection du VPH et de suivi des résultats anormaux. Les étapes présentées ci-après ont été généralisées, afin d'illustrer les similitudes entre les pays. Les parcours réels, dans

chaque pays, sont bien plus complexes et varient considérablement (voir, en annexe, la section 6.2 Autres parcours). Les Pays-Bas, la Finlande, l'Australie et le Royaume-Uni sont tous dotés de programmes de dépistage organisé, tandis que les États-Unis fournissent des lignes directrices nationales.

Figure 5 : Étapes communes aux différents parcours



Ces différentes étapes impliquent l'intervention de tout un éventail de professionnels de la santé dans différents rôles, par exemple, des médecins dans celui du premier recours, des cytotekiciens dans celui des analyses en laboratoire, et des gynécologues dans celui du suivi des résultats anormaux.

On trouvera, ci-après, une description de chacune des étapes.

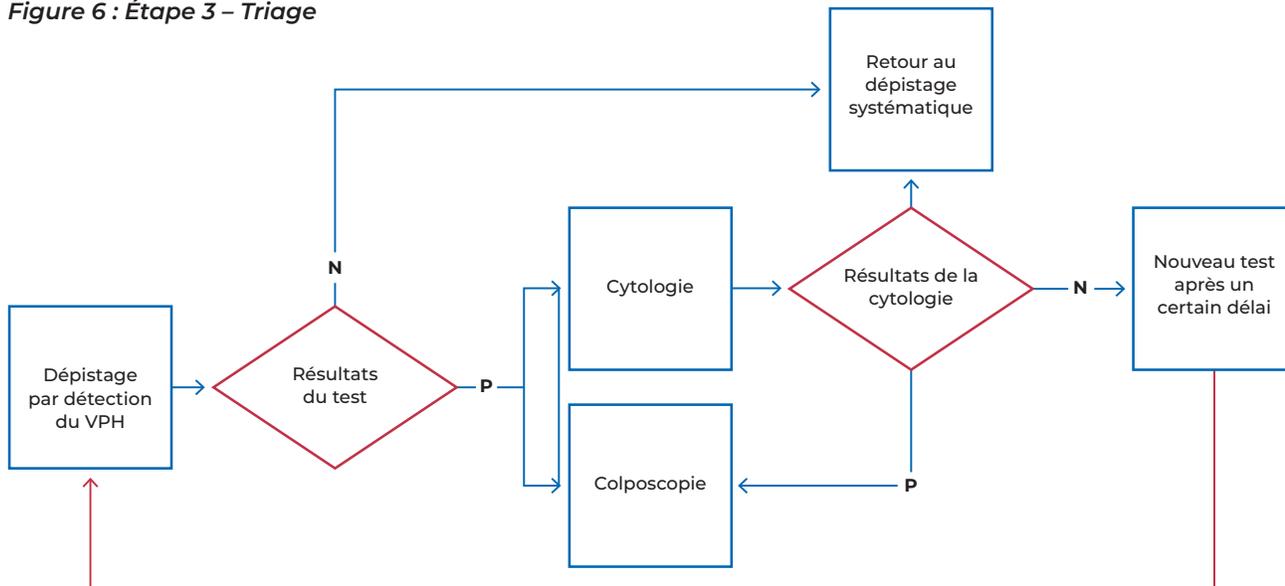
Étape 1 – Invitation au dépistage : Les programmes de dépistage utilisent un registre de dépistage pour stocker les coordonnées des patientes et leur historique de dépistage et pour gérer les notifications d'invitation et de rappel envoyées à celles pour qui le temps est venu de subir un dépistage. En règle générale, ces notifications sont envoyées par courrier. Si nécessaire, le programme envoie un rappel.

Étape 2 – Dépistage primaire par détection du VPH : On procède au dépistage initial en prélevant un échantillon des cellules du col de l'utérus, en milieu clinique ou à domicile. L'échantillon est prélevé par un clinicien, souvent un médecin généraliste ou une infirmière, ou par la femme elle-même (si l'autoprélèvement est autorisé par le programme de dépistage) et envoyé au laboratoire à des fins

d'analyse. Si, à cette étape, les résultats du dépistage sont normaux, c'est-à-dire que le test de détection du VPH a produit des résultats négatifs, ces derniers sont communiqués à la patiente, qui réintègre alors le cycle de dépistage systématique. À cette étape, la communication s'effectue généralement par courrier, par l'entremise du registre.

Étape 3 – Triage : Lorsqu'une patiente obtient, à l'étape 2, des résultats positifs à la détection du VPH, un processus de triage doit être mis en œuvre afin d'éviter un suraiguillage en colposcopie. Étant donné qu'il existe de nombreux types de VPH, le génotypage partiel est fréquemment utilisé pour déterminer la présence de certains types à haut risque. Si ces types à haut risque, appelés VPHhr, sont détectés, la patiente passe plus rapidement à l'étape de la colposcopie. Toutefois, si le type de VPH détecté n'est pas un VPHhr, on met en œuvre des processus de triage supplémentaires. Bien que les processus de triage précis diffèrent selon les pays, ils comprennent généralement des variations des différents composants illustrés dans le diagramme ci-après.

Figure 6 : Étape 3 – Triage



On peut ainsi préciser les différents composants du diagramme ci-dessus.

Cytologie : La cytologie, généralement en milieu liquide, permet de détecter la présence de cellules squameuses normales ou atypiques et, dans ce dernier cas, leur grade, c'est-à-dire si l'on est en présence d'une ASC-US, d'une LSIL, d'une HSIL, etc.; on trouvera, en annexe, une description terminologique à la section 6.3 Glossaire terminologique partiel. Lorsque l'on utilise un même échantillon pour détecter le VPH, puis pour effectuer une cytologie, on parle de « cytologie réflexe » ou de « cytologie de triage ».

Nouveau test après un certain délai : Après un certain délai, souvent de 6 à 12 mois, on soumet la patiente à un nouveau test, pour voir si l'infection au VPH a disparu spontanément, cette procédure pouvant être répétée à plusieurs reprises.

Colposcopie : Aiguillage en colposcopie pour une évaluation plus approfondie.

Réintégration du cycle de dépistage habituel : La personne réintègre le cycle de dépistage systématique.

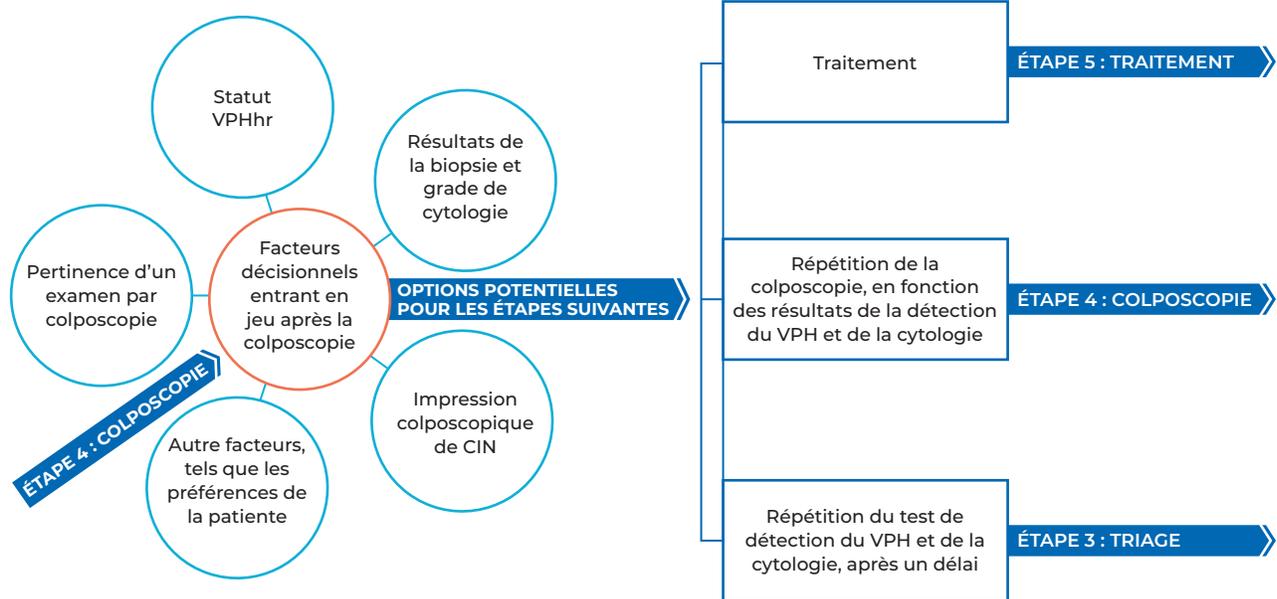
À quelques différences près (p. ex. ordre des composants, moment auquel on y recourt), tous ces composants font généralement partie des parcours des pays examinés. La section 4.2.4.1 ci-après présente un exemple de cas. En général, ces différences entre les pays s'expliquent par des considérations quant au caractère suffisant des données probantes disponibles pour déterminer la meilleure approche en matière de répétition des tests, ce qui illustre la nécessité « que les décideurs prennent en considération la prévalence des différents types de VPH... ainsi que la qualité de la cytologie »⁷.

Les résultats sont communiqués à la patiente (et au médecin de premier recours, selon le pays) par courrier ou par voie électronique. Aux Pays-Bas, par exemple, le programme de dépistage envoie les résultats directement à la patiente ayant subi le dépistage, sauf en cas de dysplasie modérée (cellules anormales) ou d'anomalie plus importante, auxquels cas, il incombe au FSP de tenter de communiquer avec elle avant qu'elle ait connaissance des résultats. Cependant, c'est à la patiente qu'il appartient de planifier un suivi en soins primaires pour les prochaines étapes et pour l'aiguillage en colposcopie¹⁰.

Étape 4 – Colposcopie : L'aiguillage en colposcopie dépend des résultats des tests de triage. Un(e) colposcopiste (une infirmière ou un médecin ayant une formation spécialisée en la matière) effectue la colposcopie et peut faire une biopsie. Les résultats

sont utilisés pour déterminer les étapes suivantes et pour établir, s'il y a lieu, un plan de traitement. Dans tous les pays, ces étapes dépendent de plusieurs facteurs, comme on peut le voir dans la figure ci-après.

Figure 7 : Étape 4 – Colposcopie



La colposcopie peut constituer un « goulot d'étranglement » dans le parcours global, lorsqu'après un aiguillage, les patientes doivent attendre longtemps avant de pouvoir subir leur examen. Il est prévisible que ce phénomène se produise, pendant une période limitée, dans les pays ayant récemment mis en œuvre le dépistage primaire par détection du VPH. En effet, les participantes au dépistage qui étaient, auparavant, intégrées à un cycle de dépistage par test Pap, avec des intervalles de trois ans, passent à un cycle présentant des intervalles plus longs, généralement de cinq ans. Au cours des premières années suivant la mise en œuvre de la nouvelle procédure, les aiguillages en colposcopie sont nécessairement plus nombreux, étant donné que le test de détection du VPH, comme méthode de dépistage primaire, permet de mettre en évidence, plus en amont, le risque de cancer. On ne perçoit toutefois pas les répercussions de l'allongement des intervalles de dépistage, tant que les femmes admissibles au dépistage n'ont pas subi leur première série de tests de détection du VPH

(pour de plus amples renseignements à ce sujet, voir la section 4.3 Éléments pratiques à prendre en considération pour la mise en œuvre). Dans les pays examinés, l'augmentation du nombre d'aiguillages en colposcopie et le goulot d'étranglement qui a suivi se sont résorbés après quelques années.

Étape 5 – Traitement : Il existe plusieurs possibilités de traitement, notamment l'excision à l'anse large de la zone de transformation (ou LLETZ, de l'anglais *Large Loop Excision of the Transformation Zone*), l'ablation au laser, la cryocautérisation, la biopsie conique et d'autres exérèses. Les cas plus avancés peuvent nécessiter une hystérectomie, une radiothérapie ou une chimiothérapie. Les plans de traitement sont élaborés conjointement par le médecin et par la patiente, en fonction des caractéristiques du cas. Selon le pays et les parcours, un traitement spécifique peut être recommandé, ou recommandé pour exclusion; cependant, en général, le médecin traitant dispose de la latitude requise pour élaborer le plan de traitement.

CONSTATATIONS

Étape 6 – Suivi postérieur au traitement :

Après le traitement, un suivi est nécessaire pour en garantir le succès. Il peut s'agir d'un nouveau test de détection des VPHhr, d'une nouvelle cytologie et/ou d'une colposcopie. Certains des pays examinés utilisent un test de détection du VPH comme première étape du suivi postérieur au traitement, tandis que d'autres exigent l'utilisation combinée de la cytologie et du test de détection du VPH. Dans les deux cas, on a recours à la cytologie en cas de résultat positif à la détection du

VPH. Si le test de détection du VPH reste négatif, après un nombre suffisant de cycles de nouveaux tests (variable, selon le pays), la personne réintègre le cycle de dépistage systématique; cependant, les échéanciers et le nombre de cycles de nouveaux tests varient selon le pays^{11,10}.

On trouvera à l'annexe Comparaison de la conception des parcours entre les différents pays et à l'annexe Autres parcours, des détails supplémentaires sur ce qui se passe dans chaque pays examiné.

4.1.2 Cliniciens intervenant dans les étapes du parcours

Les cliniciens jouant un rôle aux différentes étapes du parcours tendent à être différents, comme on peut le voir dans le tableau ci-après, dont le contenu n'est toutefois pas exhaustif :

Tableau 1 : Cliniciens intervenant dans le parcours

ÉTAPE	CLINICIENS CONCERNÉS
1 : Invitation au dépistage	• Médecins de premier recours et infirmières
2 : Dépistage primaire par détection du VPH	
3 : Triage	• Cytotechniciens • Cytopathologistes
4 : Colposcopie	• Colposcopistes (il peut s'agir d'un gynécologue ou d'une infirmière) • Gynécologues • Infirmières
5 : Traitement	• Gynécologues
6 : Suivi postérieur au traitement	• Gynécologues oncologues • Radio-oncologues • Oncologues médicaux • Professionnels paramédicaux

4.2 CONCEPTION DE PARCOURS : SIMILITUDES ET DIFFÉRENCES ENTRE LES PAYS EXAMINÉS

Principales constatations :

Dans les pays examinés, les différentes composantes du parcours présentent des similitudes et des différences, ces variations s'inscrivant dans les différentes étapes de base du parcours que l'on retrouve dans tous les pays examinés.

- **Âges et intervalles de dépistage :** Plusieurs pays commencent le dépistage primaire par détection du VPH à compter de 30 ans, les opinions des cliniciens et les lignes directrices, quant à savoir si l'on doit utiliser ce test avant 30 ans, étant variables. En effet, le VPH étant souvent présent chez les personnes plus jeunes et disparaissant souvent en l'absence de toute intervention thérapeutique, le dépistage au sein de cette population pourrait être à l'origine d'une surveillance et de traitements excessifs, porteurs, intrinsèquement, d'un certain nombre de risques. Les intervalles de dépistage sont généralement de cinq ans, allant parfois jusqu'à dix ans.
- **Invitations au dépistage et envoi des résultats :** Les invitations des programmes de dépistage, gérées de manière centralisée, sont envoyées par différents canaux, notamment par la poste et par voie électronique. Les invitations et les résultats sont envoyés à la personne et/ou à son FSP, selon le pays et selon les résultats.
- **Prélèvement effectué par un clinicien et autoprélèvement :** Dans un contexte où l'on dispose de données probantes de plus en plus nombreuses quant à l'efficacité de la détection des types de VPHhr dans des échantillons obtenus par autoprélèvement, les pays examinés ont tendance à élargir le recours à cette démarche. Auparavant, l'autoprélèvement était offert uniquement aux personnes appartenant à des groupes faisant généralement l'objet d'un dépistage insuffisant; toutefois, la tendance, dans certains des pays examinés, est aujourd'hui à permettre à toutes les participantes au programme de dépistage de choisir d'utiliser l'autoprélèvement. Les tests de détection du VPH en laboratoire offerts sur le marché ne comportent pas d'allégations validées par le fabricant pour leur utilisation sur des échantillons prélevés par les patientes elles-mêmes, ce qui ne va pas sans créer des obstacles réglementaires à la mise en œuvre de l'autoprélèvement par les programmes de dépistage. En dehors de ce problème, certains des pays examinés explorent et mettent à l'essai l'utilisation de l'autoprélèvement et recherchent des moyens de surmonter les obstacles réglementaires, par exemple en permettant aux laboratoires de confirmer, indépendamment, la conformité des protocoles d'autoprélèvement.
 - Cette approche d'autoprélèvement est généralement considérée comme complémentaire de la procédure de prélèvement par des cliniciens.
 - Certains pays cherchent à généraliser l'accès à l'autoprélèvement à l'ensemble de la population admissible, plutôt que de réserver son utilisation aux personnes faisant l'objet d'un dépistage insuffisant.
 - Les pays examinés envisagent, pendant la pandémie de COVID-19, d'utiliser l'autoprélèvement pour maintenir les activités de dépistage.
- **Types de tests :** Les tests détectant certains types de VPHhr, par génotypage partiel du virus, sont préférables comme test de dépistage primaire. Les recherches en cours explorent les liens entre les différents types de VPH et l'accroissement du risque de cancer du col de l'utérus et mettent en évidence les avantages d'une meilleure appréhension des types de VPH ayant infecté une personne. Bien que la cytologie soit couramment utilisée pour le triage, de meilleurs tests de triage sont à l'étude pour l'avenir.
- **Conception du triage :** Le test de détection du VPH étant un examen plus sensible et moins spécifique que le test Pap, un processus de triage est donc nécessaire pour en accroître la spécificité, pour éviter les faux positifs et leurs conséquences pour les patientes, et pour gérer au mieux les ressources du système de santé. Lorsque l'on dit que le test de détection du VPH offre une plus grande sensibilité, cela signifie qu'il est plus efficace pour détecter la présence du virus; en d'autres termes, il produit moins de faux négatifs. En revanche, la spécificité du test correspond à sa capacité à détecter avec précision l'absence du virus; en d'autres termes, de produire moins de faux positifs.

- **Suivi des résultats anormaux :** Le suivi des résultats anormaux (étapes 4, 5 et 6) présente une forte variabilité. Dans tous les pays, les cliniciens sont guidés dans leur décision lors de l'étape 4 (colposcopie) et de l'étape 6 (suivi postérieur au traitement), tandis que l'étape 5 (traitement) leur offre généralement une plus grande latitude.
- **Équité et accès :** Les aspects techniques, c'est-à-dire les tests utilisés et l'ordre dans lequel ils le sont, des parcours de dépistage primaire par détection du VPH et de suivi des résultats anormaux étant basés sur les meilleures données probantes disponibles, ils ne sont jamais modifiés pour des groupes particuliers, en vue de remédier aux inégalités qu'ils subissent. En vue de permettre une certaine équité, la mise en œuvre du programme est plutôt adaptée au groupe ciblé en fonction des besoins qu'il a lui-même mis en évidence. Cette personnalisation peut notamment porter sur des aspects comme les modalités d'accès aux différentes étapes du dépistage et du suivi ou les approches et les contenus de communication, et sur la mise en place de relations particulières entre les groupes concernés et le programme.
- **Risque, ressources et résultats :** Bien que les parcours de triage soient conçus sur la base des données probantes, étant donné que leur conception n'est pas neutre vis-à-vis de l'utilisation des ressources du système de santé, de la pratique des cliniciens et de l'expérience des patientes, ils requièrent également des décisions fondées sur des valeurs. La tolérance au risque de la société peut avoir une incidence sur certains aspects de la conception des parcours, en particulier lorsque ces aspects ne peuvent avoir que des répercussions limitées sur les résultats.
- **Complexité du parcours :** Une conception plus simple du parcours s'avère plus facile à comprendre, pour les cliniciens et pour les patientes, et facilite la mise en œuvre du programme, ainsi que l'adhésion qu'il suscite. Bien qu'il existe des variations dans les parcours des différents pays, on y retrouve des considérations communes. La conception d'un parcours a une incidence sur les résultats pour les patientes, sur leur expérience, ainsi que sur l'utilisation des ressources du système de santé. Un parcours mal conçu peut conduire à une utilisation élevée des ressources, à un surtraitement ou à un sous-traitement et à un stress inutile imposé aux patientes, tandis qu'un parcours bien conçu contribue à éviter ces écueils. Le tableau suivant montre, pour chaque étape des parcours décrite à la section ci-dessus, les différents éléments pris en considération par tous les pays dans la conception de leurs parcours. Par exemple, les considérations de conception relatives aux âges et aux intervalles de dépistage se rapportent, dans le parcours, à l'étape 1 : Invitation au dépistage.

Tableau 2 : Éléments pris en considération en matière de conception de parcours à chacune des étapes

ÉLÉMENTS PRIS EN CONSIDÉRATION EN MATIÈRE DE CONCEPTION DE PARCOURS	ÉTAPE 1 : INVITATION AU DÉPISTAGE	ÉTAPE 2 : DÉPISTAGE PRIMAIRE PAR DÉTECTION DU VPH	ÉTAPE 3 : TRIAGE	ÉTAPE 4 : COLPOSCOPIE	ÉTAPE 5 : TRAITEMENT	ÉTAPE 6 : SUIVI POSTÉRIEUR AU TRAITEMENT
Âges et intervalles de dépistage	♦					
Invitations au dépistage et résultats	♦					
Autoprélèvement		♦				
Types de tests		♦	♦	♦		
Triage			♦			
Suivi des résultats anormaux				♦	♦	♦
Équité et accès	♦	♦	♦	♦	♦	♦
Analyse des risques et utilisation des ressources du système de santé	♦	♦	♦	♦	♦	♦
Complexité du parcours	♦	♦	♦	♦	♦	♦

On trouvera, ci-après, une description de chacun de ces éléments pris en considération en matière de conception du parcours.

4.2.1 Âges et intervalles de dépistage (étape 1 : invitation au dépistage)

Les âges de début et de fin du dépistage, étroitement liés avec les intervalles de dépistage, varient selon les pays.

Dans tous les pays examinés, les âges de début et de fin du dépistage varient respectivement de 25 à 30 ans, et de 60 à 74 ans, les intervalles allant de trois ans à dix ans, selon le groupe d'âge. Un dépistage au-delà de l'âge de fin prévu peut toutefois avoir lieu si la personne n'a pas participé au programme lors de son invitation précédente ou si elle a obtenu, à cette occasion, un résultat positif à son test de détection du VPH.

Comme nous l'avons vu, l'âge d'entrée dans le programme de dépistage s'avère différent selon les pays, certains l'ayant fixé à 25 ans et d'autres à 30 ans. Avant l'âge de 30 ans, les infections au VPH disparaissent généralement spontanément, le dépistage au sein de cette population pouvant alors déboucher sur un surtraitement inutile. On a observé qu'en dehors des pays examinés, certains programmes de dépistage débutaient à l'âge de 20 ans; toutefois,

en raison de l'argument du surtraitement inutile mentionné ci-dessus, l'âge d'entrée dans la plupart des programmes est de 25 ans.

Le dernier examen de dépistage d'un programme est généralement appelé « test de sortie ». Il s'agit du dernier examen pour les personnes plus âgées participant au programme. Les personnes plus âgées peuvent toujours contracter une infection au VPH et doivent donc faire l'objet d'un dépistage. L'âge auquel le dépistage s'arrête varie selon le pays, mais il est généralement de 60 ans à 65 ans. Cet écart est lié aux différentes études menées dans chaque pays. Par exemple, les études menées aux *Pays-Bas* indiquent que le cancer du col de l'utérus touche majoritairement les 30 à 60 ans, tandis que d'après celles menées en *Australie*, la majorité des cas concernent les 20 à 69 ans. Ces différences en matière de tranche d'âge se reflètent ensuite dans les périodes de dépistage choisies par chacun des pays^{10,12}. L'âge exact du dernier test de dépistage peut dépendre d'un certain nombre de paramètres : les antécédents et les résultats de dépistage d'une personne, le fait qu'elle ait ou non déjà subi un dépistage dans le

CONSTATATIONS

cadre du nouveau programme de dépistage primaire par détection du VPH, ou le fait qu'elle ait fait l'objet d'un dépistage insuffisant pendant les années ayant précédé le dépistage de sortie du programme. Cependant, il n'y a pas aujourd'hui de consensus sur l'âge de sortie d'un tel programme, un élément au sujet duquel des recherches supplémentaires sont donc nécessaires. Alors que la recherche montre que les femmes plus âgées présentent un très faible risque d'être infectées au VPH de manière persistante et de contracter, en conséquence, un cancer du col de l'utérus, une étude récente a mis en évidence un risque de dysplasie cervicale au sein de cette population, ainsi que le fait que 30 % des cas de cancer

du col de l'utérus étaient diagnostiqués chez des femmes âgées de plus de 60 ans⁵.

Un dépistage supplémentaire peut avoir lieu pour les femmes dont l'âge dépasse l'âge limite d'admissibilité au programme de dépistage (p. ex. plus de 65 ans) qui n'ont pas donné suite à leur dernière invitation au dépistage ou qui ont reçu un résultat positif récent au test de détection du VPH.

Les intervalles de dépistage sont souvent de cinq ans, certains des pays examinés utilisant ou envisageant d'utiliser des intervalles de dix ans.

Le tableau ci-après présente les âges de dépistage et la durée des intervalles dans les pays examinés.

Tableau 3 : Âge de début et de fin et durée des intervalles de dépistage, par pays

PAYS	TRANCHE D'ÂGE DU DÉPISTAGE	INTERVALLE
Australie¹²	<ul style="list-style-type: none"> Âge de début : 25 ans Âge de fin : entre 70 et 74 ans Possibilité de demande de dépistage au-delà de 75 ans, si la personne n'a pas passé de test de dépistage au cours des 5 années précédentes, ou n'en a jamais passé 	<ul style="list-style-type: none"> Tous les 5 ans
Pays-Bas¹⁰	<ul style="list-style-type: none"> Âge de début : 30 ans Âge de fin : 60 ans Les femmes âgées de 30, 35, 40, 50 et 60 ans sont invitées à participer au programme. Les femmes âgées de 45 et de 55 ans sont invitées à participer au programme, si elles n'y avaient pas participé cinq ans auparavant, ou si elles avaient obtenu un résultat positif au test de détection des VPHhr cinq ans auparavant. Les femmes âgées de 65 ans sont invitées à participer au programme, si elles avaient obtenu un résultat positif au test de détection des VPHhr, cinq ans auparavant. 	<ul style="list-style-type: none"> Tous les 5 ans (de 30 à 39 ans) Tous les 10 ans (à 40 et à 50 ans) Toutes les femmes ayant obtenu un résultat positif à un test de détection des VPHhr reçoivent une nouvelle invitation à participer au programme après 5 ans.
Royaume-Uni¹³	<ul style="list-style-type: none"> Âge de début : 25 ans Âge de fin : 64 ans Les femmes âgées de plus de 65 ans sont invitées à participer au programme, si elles n'ont jamais passé de test de dépistage ou si l'un de leurs 3 derniers tests était anormal. 	<ul style="list-style-type: none"> Tous les 3 ans (de 25 à 49 ans) Tous les 5 ans (de 50 à 64 ans) <p><i>Étude de la possibilité d'étendre l'intervalle à 10 ans pour les femmes âgées de plus de 40 ans</i></p>

CONSTATATIONS

États-Unis ¹⁴	<ul style="list-style-type: none">• Âge de début : 25 ans• Âge de fin : 65 ans• Le dépistage est interrompu chez les personnes âgées de plus de 65 ans n'ayant eu aucun antécédent de CIN de grade 2 ou supérieur au cours des 25 dernières années, et ayant subi un dépistage préalable adéquat avec des résultats négatifs (c'est-à-dire 2 tests négatifs consécutifs de dépistage primaire par détection du VPH).	<ul style="list-style-type: none">• On privilégie un test de dépistage primaire par détection du VPH tous les 5 ans, l'utilisation combinée de la cytologie et du test de détection du VPH tous les 5 ans ou une cytologie tous les 3 ans étant également acceptables.
--------------------------	--	--

4.2.2 Invitations au dépistage et communication des résultats (étape 1 : invitation au dépistage, étape 2 : dépistage primaire par détection du VPH et étape 3 : triage)

Les invitations à participer au dépistage sont gérées par le programme de dépistage en utilisant un registre de dépistage, qui recense les personnes admissibles et leur calendrier de dépistage. Si, après un certain délai, la personne n'a toujours pas passé ou effectué son test de détection du VPH, le programme lui adresse un rappel. Il existe, selon les pays, différents canaux par l'intermédiaire desquels les invitations et les rappels sont envoyés à leur destinataire, notamment :

- Des lettres adressées par la poste aux femmes et/ou aux FSP;
- Des messages électroniques envoyés aux FSP, par l'entremise du système d'information sur la santé;
- Des appels téléphoniques aux femmes et/ou aux FSP;
- Des messages texte adressés aux femmes.

On notera qu'en *Finlande*, la lettre d'invitation mentionne un lieu, une date et une heure pour le dépistage, signalant également que les personnes peuvent modifier ces éléments en ligne ou par téléphone, si nécessaire. Cette pratique consistant à envoyer une date et une heure précises augmenterait la participation de 6,6 % à 9,4 %¹⁵. Elle s'inscrit, par ailleurs, en cohérence avec les lignes directrices européennes qui recommandent l'envoi d'une lettre de rappel personnelle, mentionnant les détails d'un rendez-vous prévu (date, heure et lieu), et d'une deuxième invitation, si aucune réponse n'est reçue après le rappel initial¹⁶.

Les modalités de réception des résultats des tests primaires de dépistage et leurs destinataires varient, selon les pays examinés, les canaux suivants pouvant être utilisés¹¹ :

- Des lettres envoyées par la poste aux femmes et/ou aux FSP;
- Des messages électroniques adressés aux FSP, par exemple, par l'intermédiaire du système d'information sur la santé;
- Des appels téléphoniques aux femmes et/ou aux FSP.

Aux *Pays-Bas* par exemple, les résultats sont envoyés à la personne; cependant, si le résultat du test primaire de détection du VPH indique une anomalie plus importante, le médecin de premier recours appelle la personne pour lui communiquer les résultats du test et les lui expliquer¹⁰. En *Australie*, le laboratoire envoie les résultats en précisant l'étape suivante recommandée, après quoi le médecin de premier recours examine les résultats dans un délai de 30 jours et, si nécessaire, aiguille la patiente en colposcopie dans un délai de 8 semaines¹⁷.

Les rappels sont un moyen efficace d'augmenter les taux de participation. On a signalé que les lettres de rappel avaient accru la participation de respectivement 8 % et 10 % en *Finlande* et en *Australie*. En général, pour le dépistage systématique, les rappels sont envoyés entre 6 et 24 mois. Des ressources plus importantes du système de dépistage sont consacrées au suivi des résultats indiquant un risque plus élevé de cancer. En *Australie*, par exemple, on envoie des lettres de rappel pour le dépistage systématique, tandis que les rappels pour les résultats indiquant des résultats cytologiques préoccupants sont suivis d'appels téléphoniques au médecin et d'examens manuels des renseignements de la patiente pour s'assurer que les rappels ont bien été envoyés. En *Finlande*, si le dépistage n'a pas eu lieu après deux lettres de rappel, la personne reçoit un appel téléphonique.

L'envoi d'invitations ou de rappels par lettre présente un certain nombre de difficultés pour des populations particulières, notamment les personnes en transition. En effet, ces personnes peuvent ne pas avoir d'adresse régulière ou leur adresse peut ne pas avoir été mise à jour correctement dans la base de données de dépistage. Dans certains des pays examinés, notamment en *Australie*, ce problème n'est toujours pas résolu¹⁸.

4.2.3 Échantillons prélevés par le clinicien ou par la patiente (étape 2 : dépistage primaire par détection du VPH)

Le recours à l'autoprélèvement, dans le cadre des programmes de dépistage primaire par détection du VPH, prend de l'ampleur, et ce, pour plusieurs raisons. Premièrement, la plupart des cas de cancer du col de l'utérus touchent des personnes admissibles chez qui le dépistage est insuffisant, voire inexistant (par exemple, en *Australie*, 90 % des cas de cancer du col de l'utérus concernent des femmes appartenant à ces catégories)¹². Deuxièmement, des recherches supplémentaires ont révélé que les résultats des tests effectués par autoprélèvement étaient, sur le plan de la précision, comparables à ceux des tests effectués sur des échantillons prélevés par des cliniciens, en ce qui concerne la détection des néoplasies cervicales intraépithéliales (CIN, de l'anglais *cervical intraepithelial neoplasia*) de grade 2 ou 3¹⁹. Auparavant, l'autoprélèvement était généralement offert, uniquement en option, aux personnes appartenant à des groupes dont la fréquence de participation au dépistage était inférieure à celle du reste de la population (c'est-à-dire les groupes chez qui le dépistage était insuffisant, voire inexistant), qui, en l'absence d'une telle possibilité, n'auraient pas participé au dépistage. Aujourd'hui, certains des pays examinés cherchent à généraliser le recours à l'autoprélèvement à l'ensemble de la population admissible au dépistage¹⁹. En particulier :

- L'*Australie* et les *Pays-Bas* utilisent actuellement l'autoprélèvement;
- Le *Royaume-Uni* met actuellement à l'essai l'autoprélèvement dans des études pilotes;
- Bien que les *États-Unis* recommandent le prélèvement des échantillons par un clinicien, le US Preventive Services Task Force appelle à une augmentation de la part des tests réalisés à partir d'un autoprélèvement, en particulier pour les personnes faisant l'objet d'un dépistage insuffisant^{20,21}.

Au *Canada*, l'autoprélèvement est également à l'étude, les résultats semblant prometteurs, avec une participation accrue. Les résultats de la recherche ont également révélé que les compétences numériques en santé et l'intérêt pour les plates-formes en ligne étaient élevés parmi les groupes faisant l'objet d'un dépistage insuffisant. Il s'agit là d'un élément à prendre en considération pour l'élaboration d'un programme de dépistage²².

L'autoprélèvement s'avère prometteur pour l'accroissement de la participation des personnes chez qui le dépistage est insuffisant, voire inexistant, en comparaison avec l'envoi d'une lettre de rappel pour effectuer un prélèvement auprès d'un clinicien. Dans un essai contrôlé randomisé mené en *Australie*, la différence était d'un peu plus de 14 % dans le groupe n'ayant jamais fait l'objet d'un dépistage (20,3 % par rapport à 6,0 %) et de 5,1 % dans le groupe ayant fait l'objet d'un dépistage insuffisant (11,5 % par rapport à 6,4 %) ²⁴. Cet essai a montré que la majorité (plus de 80 %) des personnes chez qui on avait détecté la présence du VPH faisaient ensuite l'objet d'un suivi clinique approprié. La participation accrue des personnes faisant l'objet d'un dépistage insuffisant a également été observée dans des études au *Royaume-Uni*, en *Suède* et en *Finlande*^{23,24}. Dans ce dernier pays, dans le cadre d'une étude pilote, environ un tiers des participantes ont renvoyé l'échantillon autoprélevé, le résultat ayant été identique aux *Pays-Bas*.

L'autoprélèvement peut être effectué au cabinet d'un clinicien ou à domicile et peut cibler uniquement les personnes faisant l'objet d'un dépistage insuffisant ou être mis à la disposition de toutes celles qui participent au programme de dépistage. Par exemple, en *Australie*, l'autoprélèvement s'effectue dans un milieu clinique et concerne les femmes faisant l'objet d'un dépistage insuffisant, tandis qu'aux *Pays-Bas*, on envoie des trousses au domicile de la personne si elle le demande. On trouvera de plus amples renseignements sur les groupes ayant fait l'objet d'un dépistage insuffisant à la section 4.2.7 Équité et accès (toutes les étapes).

Comme indiqué ci-dessus, différents pays en sont, à cet égard, à divers stades et envisagent différentes offres. Le tableau ci-après propose une synthèse, par pays, des personnes qui, à ce jour, peuvent avoir recours à l'autoprélèvement et des évolutions envisagées en la matière.

Tableau 4 : Situation en matière d'autoprélèvement dans les pays examinés

CARACTÉRISTIQUES DE L'AUTOPRÉLÈVEMENT	AUSTRALIE	FINLANDE	PAYS-BAS	ROYAUME-UNI
Population admissible à l'autoprélèvement	Personnes chez qui le dépistage est insuffisant, voire inexistant (Remise des trousseaux aux femmes par les professionnels de la santé)	Personnes qui ne participent pas au programme de dépistage (Envoi des trousseaux aux femmes directement par courrier)	Personnes ayant refusé le prélèvement d'un échantillon par un clinicien (Envoi des trousseaux aux femmes directement par courrier)	S.O.
Évolutions prochaines	Recherche de moyens d'étendre l'offre d'autoprélèvement à toutes les femmes admissibles, afin de maintenir l'égalité d'accès aux soins de santé	Établissement du bien-fondé de l'offre de l'autoprélèvement à toutes les femmes admissibles, en vue d'augmenter la participation au dépistage	Extension de la possibilité, pour toutes les femmes admissibles, d'utiliser une option d'adhésion lorsqu'elles ne se sont pas présentées à une visite de dépistage	Lancement de programmes pilotes en matière d'autoprélèvement

4.2.3.1 Avantages et difficultés de l'autoprélèvement

S'il est vrai que l'autoprélèvement présente de nombreux avantages, il ne va pas pour autant sans un certain nombre de difficultés. Les différents éléments à prendre en considération en matière d'utilisation, d'avantages, de mise en œuvre et d'approches réglementaires font toujours, à ce jour, l'objet d'un examen.

Avantages : Les avantages de l'autoprélèvement comprennent une participation accrue au dépistage, une meilleure expérience de la patiente relativement aux prélèvements et un caractère plus pratique pour certaines femmes.

Les études dans lesquelles on avait recours à l'autoprélèvement ont affiché une participation plus élevée aux programmes de dépistage, ayant atteint plus de 80 % chez les femmes faisant l'objet d'un dépistage insuffisant dans une étude pilote en *Australie*^{25,26}. Toujours dans ce dernier pays, les taux effectifs d'autoprélèvement parmi les personnes chez qui le dépistage était insuffisant, voire inexistant, se sont avérés, respectivement, trois fois et presque deux fois supérieurs à ceux des personnes ayant reçu une invitation à participer au programme et des personnes ayant reçu un rappel les invitant à se rendre auprès d'un clinicien pour effectuer un prélèvement²⁴. Les patientes ayant participé à ces études ont également indiqué que l'expérience de l'autoprélèvement était

supérieure à celle d'un prélèvement effectué par un clinicien. La majorité des participantes, dans les études menées aux *Pays-Bas*, ont indiqué qu'elles préféreraient un autoprélèvement à l'occasion d'un futur dépistage^{27,25}. Pour certaines cultures, il existe une forme de tabou à accepter un prélèvement effectué par un clinicien, l'autoprélèvement permettant alors de contourner ce problème²⁸. Dans certaines études, les femmes ont signalé que l'autoprélèvement était moins embarrassant, moins stressant et moins douloureux qu'un prélèvement effectué par un clinicien (un prélèvement peut être particulièrement douloureux chez les personnes âgées, l'examen au spéculum pouvant être pénible pour les femmes ménopausées)^{27,25}.

Outre une meilleure expérience, certaines participantes ont également estimé que cette approche, ne nécessitant pas de planifier un rendez-vous avec un fournisseur de soins de santé (FSS) pour effectuer le prélèvement, était plus pratique. Une étude menée aux *Pays-Bas* a mis en évidence le fait que l'oubli, par les participantes, de prendre rendez-vous ou leurs difficultés à organiser un rendez-vous s'adaptant à leur emploi du temps chargé, aussi bien au travail qu'à la maison, faisaient partie des obstacles à la participation à un programme de dépistage du cancer du col de l'utérus^{29,27}. Dans le même ordre d'idées, une étude *australienne* a

CONSTATATIONS

étudié l'avantage décisif pour certaines patientes éprouvant des difficultés à se rendre à des rendez-vous, vivant un traumatisme ou de l'anxiété ou ne souhaitant pas effectuer un prélèvement dans un contexte public, à se voir offrir la possibilité d'effectuer un autoprélèvement à domicile²⁶.

Difficultés : Bien que l'autoprélèvement présente de nombreux avantages, y compris une augmentation globale de la participation au dépistage primaire, il ne va pas également sans un certain nombre de difficultés. La section 4.3.1.2 Considérations relatives à la mise en œuvre de l'autoprélèvement, ci-après, décrit certaines démarches pour surmonter les difficultés synthétisées ci-dessous.

- On a signalé que seul un petit pourcentage (environ un tiers) des trousse d'autoprélèvement étaient effectivement retournées, avec l'échantillon, par les femmes ayant reçu la trousse à domicile²⁴.
- Bien que le dépistage initial puisse être effectué à domicile, un échantillon résultant d'un autoprélèvement ne peut pas être utilisé pour le triage de suivi, en cas de résultat positif au VPH. En effet, un prélèvement effectué directement par la patiente ne permet pas d'obtenir un échantillon de cellules cervicales valides pour la cytologie. Si le résultat de l'autoprélèvement est positif au VPH, les femmes doivent, ensuite, nécessairement effectuer un prélèvement auprès d'un clinicien pour la cytologie, ou, dans certains des pays examinés, si l'on a détecté la présence des VPH 16 ou 18, elles doivent être orientées directement en colposcopie.
- On a également constaté certaines réserves quant à l'emballage des trousse et aux enjeux en matière de protection de la confidentialité.
- Il peut être difficile, pour les programmes de dépistage, de savoir si les trousse d'autoprélèvement envoyées par la poste ont bien été reçues par la destinataire prévue ou livrées à la bonne adresse.
- L'autoprélèvement peut s'avérer coûteux, en fonction de l'approche adoptée. Les démarches prévoyant une option d'exclusion sont les plus coûteuses. Pour de plus amples renseignements à ce sujet, voir, ci-après, la description des considérations en matière d'autoprélèvement.
- On peut se retrouver en situation de surdépistage si les résultats des tests effectués à partir d'un autoprélèvement ne sont pas intégrés au registre de dépistage du pays concerné.
- On doit également parfois faire face à des obstacles réglementaires.

4.2.3.2 Considérations relatives à la mise en œuvre de l'autoprélèvement

Les éléments à prendre en considération pour la mise en œuvre d'une démarche d'autoprélèvement comprennent les suivants :

1. Lieu et emballage
2. Options d'adhésion et d'abstention et demande de trousse
3. Utilisation de campagnes communautaires
4. Nécessité de liens vers les registres de dépistage
5. Rôle des relations avec les professionnels de premier recours pour favoriser la participation
6. Doutes concernant la fiabilité du test et la validité de l'échantillon prélevé
7. Éducation du public et des FSS
8. Maintien de la procédure d'autoprélèvement pendant la pandémie de COVID-19
9. Coûts
10. Obstacles réglementaires
11. Programmes pilotes

Voici une description plus détaillée de ces différents éléments.

1. **Lieu et emballage :** Certains pays n'autorisent l'autoprélèvement que dans le cabinet d'un clinicien, tandis que d'autres permettent d'effectuer l'autoprélèvement à domicile. Les trousse d'autoprélèvement peuvent être envoyées directement à la personne ou récupérées au cabinet d'un clinicien. L'envoi des trousse par la poste présente deux difficultés : l'envoi à la bonne personne lorsque l'adresse a changé et la confirmation que la trousse a bien été reçue par la destinataire prévue. S'il est vrai que les changements d'adresse constituent un défi qui n'est pas propre à l'autoprélèvement, les différents pays ont contribué à atténuer ce problème en mettant en œuvre des systèmes informatiques plus performants pour le suivi des adresses²⁴. L'*Australie* a aussi dû faire face à des problèmes de ce type, lorsqu'elle a souhaité encourager la participation des collectivités autochtones et insulaires du détroit de Torres¹⁸.

On a également noté que certaines personnes associaient les courriers reçus d'organismes nationaux à des événements négatifs, par exemple des amendes ou d'autres avis de ce type, et, dans ce cadre, pouvaient éviter de les ouvrir. En *Australie*, ce sont les laboratoires du programme de dépistage primaire par

détection du VPH qui envoient les trousse, afin d'éviter qu'un en-tête quelconque du gouvernement national figure sur l'enveloppe.

Une forme de stigmatisation peut entourer une infection au VPH, en tant qu'infection transmissible sexuellement, c'est pourquoi un certain nombre de réserves se sont exprimées quant au fait que l'envoi par la poste d'une trousse d'autoprélèvement pour un test de détection du VPH pourrait exacerber cette stigmatisation et décourager la destinataire éventuelle de participer au programme. Un étiquetage approprié et la possibilité d'anticiper l'arrivée de la trousse par la poste grâce à une option d'adhésion, diminuent le stress occasionné. En *Finlande*, où les trousse d'autoprélèvement sont envoyées dans une enveloppe simple, sans autre étiquette que l'adresse, on a signalé que cette procédure avait généralement permis d'éviter les réserves en matière de confidentialité.

- Options d'adhésion et d'abstention, et demande de trousse :** Il existe deux approches principales pour déterminer quand envoyer une trousse d'autoprélèvement lorsqu'une personne doit subir un dépistage. Dans ce contexte, on dispose de deux possibilités : une option dite « d'adhésion », dans le cadre de laquelle c'est la personne qui doit explicitement demander la trousse pour la recevoir, ou une option dite « d'abstention », prévoyant que la trousse sera envoyée par défaut, sauf si la personne indique qu'elle ne le souhaite pas. Les deux approches ayant leurs avantages – l'option d'adhésion s'avérant moins coûteuse et l'option d'abstention permettant de toucher un plus grand nombre de personnes chez qui le dépistage est insuffisant, voire inexistant – des compromis s'imposent. En règle générale, le programme envoie une lettre, soit en demandant aux personnes admissibles si elles souhaitent recevoir une trousse (option d'adhésion), soit les informant qu'une trousse leur sera envoyée et qu'elles peuvent choisir de refuser (option d'abstention) si elles le souhaitent^{15,24}. La *Finlande* et les *Pays-Bas* ont envisagé d'envoyer automatiquement des trousse de test à toutes les personnes qui ne s'étaient pas présentées au dépistage après plusieurs tentatives de rappel. Cependant, cette démarche se serait traduite par le gaspillage ou le non-retour de nombreuses trousse; dans ce cadre, on a privilégié l'option d'adhésion, considérée comme la plus rentable, en décidant de demander aux femmes de confirmer qu'elles souhaitaient recevoir une trousse d'autoprélèvement. Différentes procédures,

relevant de l'option d'adhésion, devraient être explorées et mises à l'essai, avant la mise en œuvre du programme^{30,31}.

- Nécessité de liens vers les registres de dépistage :** Lorsque les échantillons ne sont pas prélevés dans le cadre clinique habituel, il existe un risque que les renseignements indispensables et le dossier de dépistage de la personne ne soient pas répercutés dans le registre, s'il n'existe pas de lien avec les dossiers de santé individuels³². La mise en place d'un système facilitant l'inclusion de l'ensemble des résultats de dépistage au sein d'un registre, même lorsqu'ils ont été obtenus dans le cadre d'une étude d'autoprélèvement ou d'une initiative de sensibilisation, permet de garantir qu'il n'y a pas de surdépistage pouvant conduire à un surtraitement.
- Doutes du public concernant la fiabilité du test et la validité de l'échantillon prélevé :** Les femmes auxquelles on propose un autoprélèvement se posent principalement deux questions, quant à la fiabilité du test et quant à leur capacité à effectuer correctement le prélèvement²⁷. Toutefois, une étude menée en *Finlande* a montré que ces doutes ne constituaient pas un obstacle à l'autoprélèvement, 93 % des femmes déclarant, par ailleurs, avoir confiance dans leur capacité à prélever correctement l'échantillon demandé¹⁵.
- Coûts :** Bien qu'il puisse y avoir des coûts supplémentaires associés à l'envoi des trousse par la poste, l'autoprélèvement est généralement considéré comme une approche économiquement rentable du dépistage. En effet, les frais supplémentaires pour l'envoi des trousse sont nettement inférieurs à ceux du prélèvement des échantillons par des cliniciens, les premiers pouvant aller jusqu'à représenter moins du quart des seconds, selon des constatations effectuées aux *Pays-Bas*.
- Obstacles réglementaires :** Les pays examinés se sont heurtés à des obstacles réglementaires pour mettre en œuvre l'autoprélèvement. En effet, les tests de détection du VPH en laboratoire offerts sur le marché comportent exclusivement des allégations des fabricants relativement à leur utilisation dans le cadre d'échantillons prélevés par des cliniciens et pas nécessairement par les femmes elles-mêmes. Dans les différents pays, il manquait des « tests appropriés de détection du VPH cliniquement vérifiés, accompagnés d'allégations confirmées du

fabricant concernant leur utilisation dans le cadre d'un autoprélèvement (utilisation indiquée sur l'étiquette)³¹ ». Certains d'entre eux ont surmonté ces obstacles réglementaires en faisant valider par des laboratoires, de manière indépendante, les protocoles d'autoprélèvement par rapport à des échantillons appariés prélevés par des cliniciens³¹. Au bout du compte, il appartient à chaque pays de déterminer ce qui est faisable et admissible.

L'*Australie*, les *Pays-Bas* et la *Finlande* ont garanti des procédures de test de haute qualité, grâce à une homologation à l'échelon des laboratoires. En *Australie*, la Therapeutic Goods Administration (autorité de réglementation des produits thérapeutiques) n'a pas autorisé, pour l'autoprélèvement, l'approbation complète du dispositif de prélèvement d'échantillons, en vue de la détection du VPH, mais a autorisé cette méthode, en exigeant que chaque laboratoire homologue le dispositif de prélèvement spécifique utilisé pour les tests de détection du VPH par autoprélèvement. Cette exigence a cependant limité l'accès à l'autoprélèvement, dans un contexte où, au départ, un seul laboratoire a effectivement entrepris ce processus. « Il est peu probable que l'on puisse aboutir à une mise en œuvre complète de l'autoprélèvement, tant que les tests de détection du VPH offerts sur le marché ne mentionneront pas l'autoprélèvement comme "utilisation prévue". Ce point est d'une importance cruciale²⁸. »

Les pays ayant mis en œuvre l'autoprélèvement ont noté que l'approbation réglementaire exigeait de longs processus et devait commencer tôt dans la planification, pour éviter les retards de mise en œuvre. En *Australie*, des processus réglementaires imprévus ont retardé la mise en œuvre d'un mois et limité son ampleur, un seul laboratoire disposant des approbations requises d'homologation des tests²⁸.

La confidentialité constitue un autre élément à prendre en considération sur le plan réglementaire. En *Australie*, on a adopté la National Cancer Screening Register Act, en 2016, et les National Cancer Screening Register Rules, en 2017, encadrant la déclaration, obligatoire pour tous les pathologistes et tous les colposcopistes concernés, des renseignements dans le registre.

- 7. Programmes pilotes :** On a mené de nombreux programmes pilotes d'autoprélèvement, ayant contribué à mettre en évidence des résultats positifs et à prévoir une mise en œuvre généralisée. Ces programmes peuvent être l'occasion de mesurer différents paramètres,

notamment le taux de positivité, la valeur prédictive positive d'un résultat positif au test et la rentabilité économique de la solution, ainsi que de trouver des solutions à tous les problèmes organisationnels, comme les invitations et les protocoles de gestion, avant une mise en œuvre intégrale¹⁶.

L'autoprélèvement est une approche prometteuse qui continue d'évoluer, en vue d'augmenter les taux de participation. Bien que les recherches à ce sujet se poursuivent, les leçons tirées de la mise en œuvre de cette approche dans certains pays mettent, d'ores et déjà, en évidence différentes expériences et plusieurs éléments à prendre en considération pour permettre une mise en œuvre réussie ailleurs dans le monde.

- 8. Maintien de la procédure d'autoprélèvement pendant la pandémie de COVID-19 :** Compte tenu des contraintes de distanciation physique imposées durant la pandémie de COVID-19, certains programmes de dépistage du cancer du col de l'utérus ont été temporairement suspendus. On considère cependant l'autoprélèvement comme un moyen de redémarrer les programmes et de les maintenir fonctionnels lors d'éventuelles futures vagues de COVID-19. Il convient de prendre en considération la capacité des laboratoires, qui constitue un facteur limitant, la même technologie pouvant être utilisée pour les tests de détection du VPH et de la COVID-19.
- 9. Éducation du public et des FSS :** Les préoccupations des femmes concernant la fiabilité du test et la validité de l'échantillon prélevé peuvent être directement traitées par des approches de communication et par des ressources éducatives qui leur sont destinées, ainsi qu'à leurs FSS. Il est important que les FSS disposent également de suffisamment de renseignements pertinents pour mieux répondre aux doutes formulés par leurs patientes qui sont, en effet, nombreuses à se tourner vers eux pour obtenir des explications et être rassurées²⁵.
- 10. Rôle des relations avec les professionnels de premier recours pour favoriser la participation :** Afin de se montrer efficace dans l'élimination du cancer du col de l'utérus, l'autoprélèvement nécessite que les femmes ayant obtenu un résultat positif au test de détection du VPH fassent l'objet d'un suivi approprié. Dans le cadre du suivi, si l'on doit effectuer une cytologie, un échantillon prélevé par un clinicien sera nécessaire pour trier les résultats positifs au test de détection

du VPH, les dispositifs d'autoprélèvement ne recueillant et ne préservant pas adéquatement les cellules du col de l'utérus requises pour une cytologie. Les relations entre les patientes et les FSP ont un rôle important à jouer pour favoriser la participation aux activités de suivi, notamment en ce qui concerne les rendez-vous pour la cytologie de triage et les aiguillages vers d'autres examens et/ou vers d'autres spécialistes.

Le rôle des professionnels des soins primaires est également incontournable pour renseigner les femmes sur l'autoprélèvement et pour expliquer les résultats. En *Australie*, parmi les facteurs ayant facilité l'augmentation du taux de participation à l'autoprélèvement chez les femmes chez qui le dépistage était insuffisant, voire inexistant, on peut citer la création d'une relation de confiance et d'empathie avec les FSS, le fait de fournir aux patientes des explications claires sur l'autoprélèvement et la compréhension de leurs expériences passées en matière de prélèvements d'échantillons²⁶.

Les infirmières travaillant avec les populations autochtones appellent, de manière proactive, leurs patientes pour expliquer les résultats et organiser le prélèvement d'un échantillon en vue des tests de détection pour la cytologie de triage, afin de s'assurer qu'aucune femme n'est « perdue » en cours de route, à l'étape du suivi. Dans une étude pilote menée en *Australie*, on a eu recours à une approche de prestations de soins prévoyant du soutien additionnel, des ressources supplémentaires et une plus grande souplesse auprès des femmes chez qui le dépistage avait antérieurement été insuffisant, voire inexistant, afin de contribuer à ce que les soins fournis à ces patientes les incitent à aller au bout des différentes étapes du parcours de dépistage et de suivi. Il s'agissait notamment de permettre au personnel des services de santé de passer plus de temps avec les participantes pour dialoguer avec elles, pour leur expliquer les résultats et pour effectuer un suivi. Parmi les autres initiatives mises en œuvre, on trouvait des offres de transport ou d'accompagnement aux rendez-vous de suivi, ainsi que la coordination avec des travailleurs sociaux et des plans de soutien en ce qui a trait à l'offre d'hébergement d'urgence. Il s'agit là de facteurs à prendre en considération lorsque l'on conçoit le recours à l'autoprélèvement dans un programme²⁶.

11. Utilisation de campagnes communautaires :

Une autre façon d'accroître le taux de participation à l'autoprélèvement est de mettre en œuvre des

campagnes communautaires, comme approche de sensibilisation ciblée. Une analyse des essais menés en matière de participation à l'autoprélèvement a montré que les femmes qui faisaient partie des groupes d'étude exposés à des campagnes de sensibilisation communautaire, à des actions de promotion dans les médias et à des campagnes de porte-à-porte avaient un taux de participation plus élevé que celles qui avaient été simplement invitées à effectuer un prélèvement dans le cabinet d'un clinicien (15,6 % contre 6,0 % pour les campagnes communautaires, et 94,2 % contre 53,0 % pour les campagnes de porte-à-porte)³¹.

4.2.4 Types de tests (étape 2 : dépistage primaire par détection du VPH et étape 3 : triage)

Le processus de dépistage primaire et de triage fait appel à différents types de tests, les quatre plus courants étant :

- le génotypage partiel du VPH;
- la cytologie en milieu liquide;
- l'immunocoloration avec les biomarqueurs P16-Ki67;
- la méthylation de l'ADN.

Bien que certaines techniques de détection du VPH soient répandues dans tous les pays, d'autres, moins fréquemment utilisées à ce jour, pourraient se généraliser à l'avenir si d'autres recherches confirmaient l'utilité de détecter le VPH avec précision. De nombreux pays s'orientent vers le génotypage partiel du VPH, la plupart étant, *a minima*, en mesure de détecter la présence des VPH 16 et 18, certains étant également en mesure de détecter d'autres souches à haut risque.

Le génotypage partiel des VPH 16 ou 18 permet de détecter les souches associées aux risques de cancer les plus élevés, mais sachant que d'autres souches peuvent contribuer à la survenue d'un cancer, des recherches supplémentaires pourraient démontrer la pertinence de détecter d'autres types de VPH⁵. L'efficacité de l'utilisation du génotypage partiel dépend cependant de l'âge. Une étude a révélé que le génotypage partiel, au cours du triage, portant exclusivement sur les VPH 16 et 18, pouvait déboucher sur une valeur prédictive sous-optimale des cas pouvant entraîner des lésions de haut grade, au sein d'une population de femmes non vaccinées. Les pathologies attribuées à la présence des VPH 16 ou 18 sont plus fréquentes chez les femmes plus jeunes, tandis que, « chez les femmes de plus de 45 ans, seulement le tiers des cas de HSIL étaient attribuables aux VPH 16 ou 18, les cas de HSIL imputables à d'autres types de VPHr ou non associées à un VPHr

CONSTATATIONS

quelconque ayant été plus fréquents³³ ». Ces résultats ont conduit à suggérer que l'utilisation combinée de la cytologie et du test de détection du VPH pouvait être justifiée chez les femmes de plus de 45 ans³³. Certains estiment qu'aucun génotypage ne devrait être utilisé comme méthode de triage systématique. Les types de VPH à inclure dans le spectre du test devraient tenir compte de la prévalence de la maladie et du risque absolu de pathologie lié au génotype du VPH³⁴.

Les avantages de procéder au moins au génotypage des VPH 16 et 18 comprennent la possibilité de préparer les parcours de triage pour les personnes ayant été vaccinées contre le VPH. En *Australie*, les vaccins immunisent contre les VPH 16 et 18 (certains protégeant également contre d'autres souches de VPH), et la prévalence des VPH 16 et 18 chez les personnes ayant été vaccinées à un jeune âge est inférieure. En conséquence, les personnes

chez lesquelles on a détecté la présence d'une infection aux VPH 16 ou 18 sont prises en charge différemment de celles chez lesquelles on a détecté la présence d'une infection à un autre type de VPHr. Cela permet d'éviter un suraiguillage au sein des groupes d'âge plus jeunes²⁸. On a également constaté, toujours dans ce pays, que le génotypage améliorerait la rentabilité économique.

Un futur possible des tests de détection serait l'utilisation de la méthylation de l'ADN pour le dépistage primaire des VPH 16 et 18, cette solution offrant des avantages logistiques (c'est-à-dire qu'elle fonctionne dans le cadre de l'autodépistage); toutefois, cette technique d'analyse continue à faire l'objet de recherches et n'est pas, à ce jour, largement mise en œuvre.

Le tableau ci-après fournit des renseignements supplémentaires sur les différents types de tests.

Tableau 5 : Types de tests utilisés dans le processus de dépistage primaire et de triage

TYPE DE TEST	DESCRIPTION	OBSERVATIONS GÉNÉRALES
Génotypage partiel du VPH	<ul style="list-style-type: none"> Met en évidence la présence du VPH et son type Utilisé pour le dépistage primaire; peut également être utilisé pour le triage 	<ul style="list-style-type: none"> Les types de VPH inclus dans le spectre du test comprennent souvent les VPH 16 et 18 (ceux qui présentent les risques les plus élevés); cependant, ce dernier est également influencé par la prévalence des différents types de VPH dans la population. Dans ce cadre, les pays peuvent déterminer d'autres types de VPHr à inclure, au-delà des VPH 16 et 18.
Cytologie	<ul style="list-style-type: none"> Principalement utilisée pour le triage (dans les parcours de dépistage primaire par détection du VPH) 	<ul style="list-style-type: none"> Correspond à la plus grande quantité de données de suivi historiques La cytologie ne peut pas être utilisée pour le triage avec l'autoprélèvement.
Immunocoloration avec les biomarqueurs P16-Ki67	<ul style="list-style-type: none"> Mesure d'une protéine cellulaire liée à l'activité de l'oncogène E7 du VPH Principalement utilisée pour le triage; améliore la stratification des risques 	<ul style="list-style-type: none"> Fournit une spécificité élevée en combinaison avec le génotypage des VPH 16 et 18 Un essai a vu un pourcentage élevé des CIN de grade 3, détectées au suivi, pour lesquelles on avait des biomarqueurs p16 présents lors du test de détection de départ; cette méthode est probablement plus précise pour distinguer les infections au VPH transitoires de celles qui sont susceptibles d'évoluer vers un cancer^{5,34}. Peut ne pas être encore rentable sur le plan économique

CONSTATATIONS

Méthylation de l'ADN	<ul style="list-style-type: none">• Test moléculaire (cellules intactes du col de l'utérus non requises) lié à l'apparition de tumeurs malignes pouvant être mesurées avec précision	<ul style="list-style-type: none">• Le test, qui semble prometteur sur le plan de la spécificité et de la sensibilité, en est encore aux premiers stades de la recherche⁵.• Peut être utilisé conjointement avec le génotypage des VPH 16 et 18, comme solution de rechange à l'utilisation combinée de la cytologie et du génotypage des VPH 16 et 18• La méthylation, ne nécessitant pas la préservation des cellules intactes, peut être mise en œuvre, en tant qu'option de triage, dans le cadre d'un autoprélèvement.
-----------------------------	--	--

Parcours de triage (étape 3 : triage)

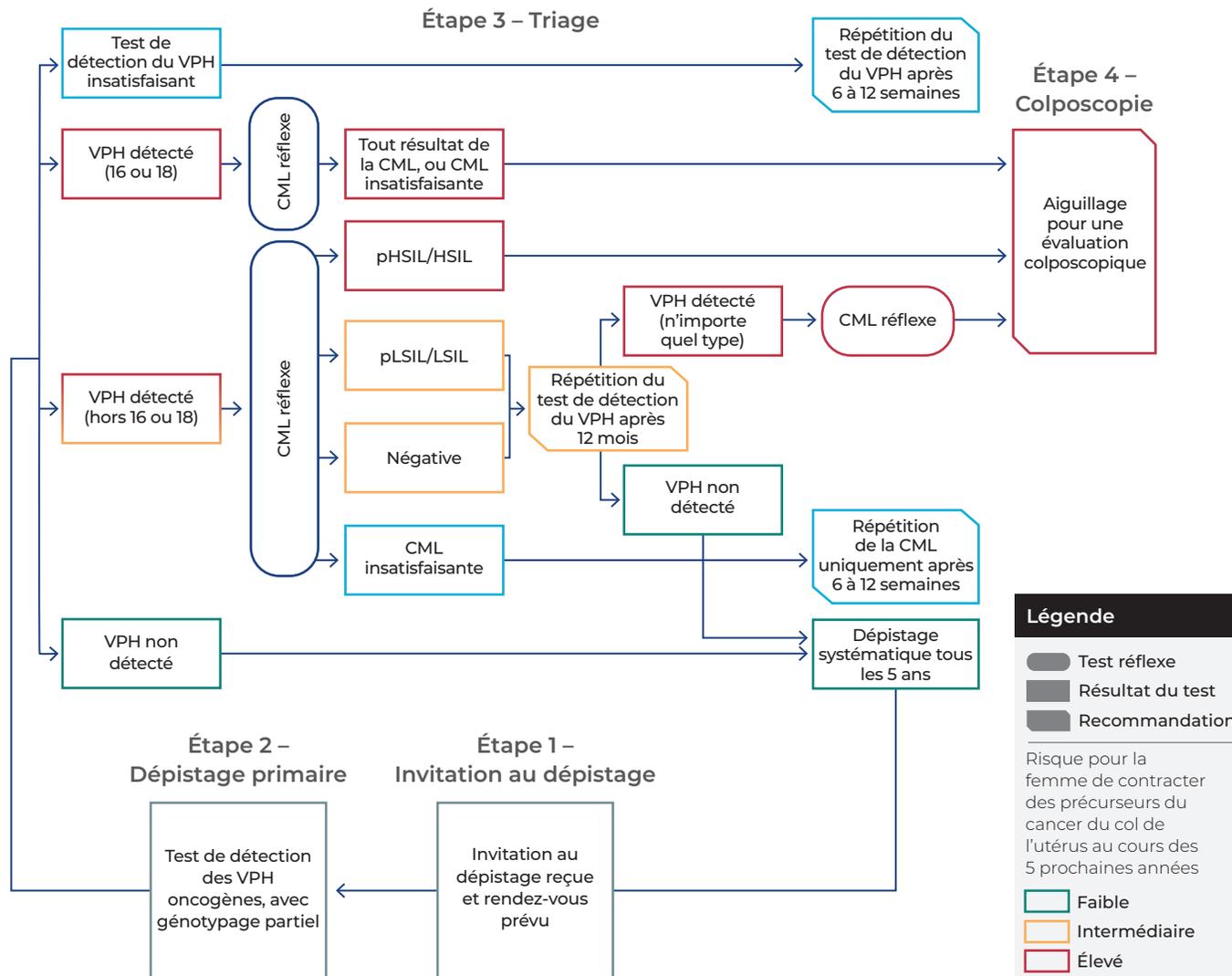
Pour illustrer la façon dont les étapes du dépistage et du triage peuvent varier d'un parcours à un autre, les étapes 1 et 2 des parcours de l'*Australie* et du *Royaume-Uni* sont présentées ci-dessous de manière détaillée. On observe des différences en matière de nombre de cycles de répétition des tests et de traitement des cas pour lesquels on a observé la présence des VPH 16 ou 18.

Australie

En *Australie*, les femmes chez qui on a détecté la présence des VPH 16 ou 18, ou d'un autre VPH accompagné d'une HSIL, sont considérées comme des cas à haut risque et sont aiguillées en colposcopie. La détection d'un VPH d'un type autre que 16 ou 18, conjointement avec une LSIL, est considérée comme constituant un risque modéré et donne donc lieu à un cycle de répétition du test tous les 12 mois, en vue de déterminer si l'aiguillage en colposcopie est nécessaire (on trouvera à l'annexe 6.3 une référence terminologique). On trouvera, ci-après, l'illustration d'un parcours partiel.

CONSTATATIONS

Figure 8 : Parcours de dépistage primaire par détection du VPH, en Australie (étapes 1 à 3)



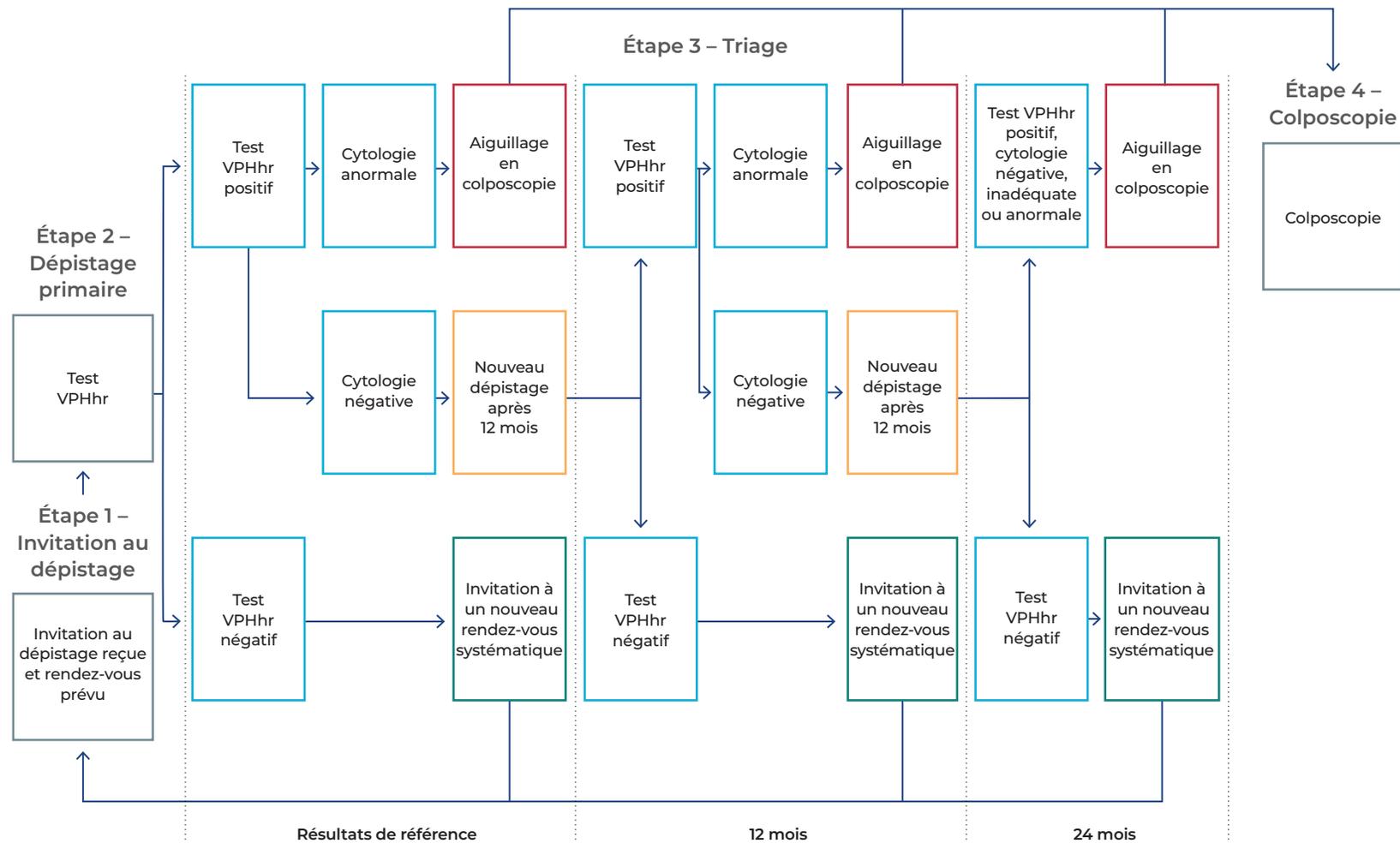
Acronymes : CML : cytologie en milieu liquide; pLSIL : *possible low-grade squamous intraepithelial lesion* – lésion malpighienne intraépithéliale de bas grade histologique possible; LSIL : *low-grade squamous intraepithelial lesion* – lésion malpighienne intraépithéliale de bas grade histologique; HSIL : *high-grade squamous intraepithelial lesion* – lésion malpighienne épithéliale de haut grade histologique.
 Source : Cancer Council Australia, site Web du Clinical Guidelines Network

CONSTATATIONS

Royaume-Uni

Au Royaume-Uni, le parcours n'est pas différencié en fonction des types de VPH. Tous les résultats montrant la présence d'un VPHhr sont soumis à la cytologie et l'on a recours à deux cycles de répétition du test de détection du VPH, en vue de s'assurer que les cas appropriés sont aiguillés en colposcopie. On trouvera, ci-après, l'illustration d'un parcours partiel.

Figure 9 : Parcours de dépistage primaire par détection du VPH, au Royaume-Uni (étapes 1 à 3)



Source : site Web du gouvernement du Royaume-Uni : Guidance – Cervical screening: primary HPV screening implementation.

CONSTATATIONS

4.2.5 Triage – parcours basés sur les risques et parcours statiques (étape 3 : triage)

Le triage peut également se différencier dans l'approche globale mise en œuvre et dans l'utilisation ou non d'un parcours. Plus particulièrement, des lignes directrices de l'American Society of Colposcopy and Cervical Pathology (ASCCP) « 2019 ASCCP Risk-Based Management Consensus Guidelines for Abnormal Cervical Cancer Screening Tests and Cancer Precursors » suggèrent que le suivi soit déterminé en utilisant des tableaux de risque, plutôt qu'une étape de triage statique (note terminologique : ces lignes directrices décrivent le parcours suggéré à suivre aux États-Unis).

Cette approche basée sur les risques utilise non seulement les derniers résultats de la détection du VPH et de la cytologie, mais également ces mêmes résultats, lors d'examens précédents, ainsi que les antécédents médicaux de la personne, pour déterminer le risque de CIN de grade 3 et planifier les étapes suivantes, en fonction du risque ainsi établi. On trouvera, ci-après, un exemple de tableau de risque pour les différents résultats obtenus lors du suivi, après l'absence de détection initiale du VPH et la présence d'une ASC-US³⁵.

Tableau 6 : Exemple de risques de CIN de grade 3, pour les différents résultats obtenus lors du suivi, après l'absence de détection initiale du VPH et la présence d'une ASC-US³⁵

HISTORIQUE	RÉSULTAT ACTUEL DE LA DÉTECTION DU VPH	RÉSULTAT CYTOLOGIQUE ACTUEL	n	%	CAS DE CIN DE GRADE 3	RISQUE IMMÉDIAT DE CIN DE GRADE 3 OU + (%)	RISQUE À 5 ANS DE CIN DE GRADE 3 OU + (%)	PRISE EN CHARGE RECOMMANDÉE	COTE DE CONFIANCE DE LA RECOMMANDATION (%)
VPH négatif et ASC-US	VPH négatif	NILM	13 918	82	14	0,00	0,14	Suivi à 5 ans	58
VPH négatif et ASC-US	VPH négatif	ASC-US	1 701	10	11	0,06	0,78	Suivi à 1 an	82
VPH négatif et ASC-US	VPH négatif	LSIL	193	1,1	5	2,4	3,1	Suivi à 1 an	80
VPH négatif et ASC-US	VPH négatif	ASC-H	57	0,34	3	5,7	5,7	Colposcopie	65
VPH négatif et ASC-US	VPH négatif	AGC	59	0,35	0	0,00	0,00	Colposcopie	Situation spéciale
VPH négatif et ASC-US	VPH négatif	HSIL+	11	0,07	1	11	11	Colposcopie	36
VPH négatif et ASC-US	VPH négatif	TOUS	15 939	94	34	0,06	0,27		Situation spéciale
VPH négatif et ASC-US	VPH positif	NILM	392	2,3	6	0,96	2,4	Suivi à 1 an	97
VPH négatif et ASC-US	VPH positif	ASC-US	288	1,7	13	2,1	6,6	Suivi à 1 an	97
VPH négatif et ASC-US	VPH positif	LSIL	228	1,4	5	2,6	2,6	Suivi à 1 an	85
VPH négatif et ASC-US	VPH positif	ASC-H	25	0,15	5	24	24	Colposcopie	53
VPH négatif et ASC-US	VPH positif	AGC	5	0,03	0	0,00	0,00	Colposcopie	Situation spéciale
VPH négatif et ASC-US	VPH positif	HSIL+	26	0,15	8	36	36	Colposcopie/ traitement	86
TOTAL			16 903	100	71				

CONSTATATIONS

Étant donné que ces lignes directrices, basées sur les risques, prennent en considération un plus grand nombre de variables pour déterminer le risque, une application a été élaborée, visant à permettre aux médecins de saisir les renseignements cliniques disponibles et d'obtenir, en retour, une recommandation quant à l'étape suivante à mettre en œuvre pour une patiente particulière, rendant ainsi la complexité de ces lignes directrices plus facile à gérer.

Les différentes options pour l'étape suivante sont également similaires à celles que l'on trouve dans d'autres parcours (attente avant la répétition du test, colposcopie et/ou traitement ultérieur [voir la section 4.1.1. Présentation générale des étapes du parcours]). Aux *États-Unis*, les options pour l'étape suivante comprennent :

- Surveillance d'un an;
- Surveillance de trois ans;
- Surveillance de cinq ans;
- Colposcopie avec ou sans biopsie;
- Traitement facultatif, ou colposcopie avec ou sans biopsie;
- Traitement³⁵.

Les lignes directrices relatives aux parcours n'ont pas été, à dessein, fournies pour les *États-Unis*, qui ont adopté une approche basée sur les risques. Des lignes directrices supplémentaires peuvent être consultées sur le site [Web de l'American Society for Colposcopy and Clinical Pathology \(ASCCP\)](#).

4.2.6 Suivi des résultats anormaux (étape 4 : colposcopie, étape 5 : traitement et étape 6 : suivi postérieur au traitement)

À l'instar des étapes de dépistage du parcours, il existe de nombreuses variations, d'un pays à l'autre, pour les étapes de suivi des résultats anormaux, qui comprennent, toutefois, généralement :

- Colposcopie;
- Traitement;
- Suivi postérieur au traitement.

Colposcopie (étape 4)

Les parcours, à l'étape de la colposcopie (étape 4), varient en longueur et en complexité, d'un pays à l'autre. Certaines parties du parcours à l'étape 4 portent généralement sur la décision concernant les étapes suivantes, une fois la colposcopie effectuée, plusieurs facteurs étant alors pris en compte, comprenant, selon le pays :

- La pertinence d'un examen par colposcopie;
- Le statut VPHr;
- Le grade de cytologie;

- Les résultats de biopsie et l'impression de CIN à la biopsie;
- L'impression de CIN à la colposcopie;
- D'autres variables, telles que les préférences de la patiente.

Par exemple, les facteurs pris en compte au *Royaume-Uni* incluent la pertinence de l'examen par colposcopie (c.-à-d. le fait de savoir si la colposcopie peut être correctement effectuée), la biopsie, l'impression de CIN et la répétition des tests de détection du VPH. Les facteurs pris en compte en *Australie* incluent les résultats de la CML, l'examen de colposcopie, la biopsie et la répétition de l'utilisation combinée de la cytologie et du test de détection du VPH. Pour illustrer les différents degrés de complexité entre les pays lors de l'aiguillage en colposcopie, il est à noter que le *Royaume-Uni* s'appuie sur 2 pages de diagrammes de parcours pour les étapes suivantes, tandis que l'*Australie* utilise plus de 12 pages. Ces choix sont faits par le clinicien et par la patiente.

Les étapes suivant l'étape 4 (colposcopie) peuvent inclure :

- La répétition, après une période d'attente, du test de détection du VPH et de la cytologie (ce qui peut amener à la réintégration de la patiente dans le cycle de dépistage systématique [étape 1]);
- La répétition de la colposcopie, en fonction des résultats de la détection du VPH et de la cytologie; ou
- Un traitement (étape 5).

Traitement (étape 5)

Le traitement (étape 5) est généralement laissé prioritairement à la discrétion du clinicien. Alors que certains parcours (ou lignes directrices) font des recommandations, le spectre complet des décisions de traitement n'est pas décrit dans les parcours de dépistage primaire par détection du VPH et de suivi des résultats anormaux. Par exemple, au *Royaume-Uni*, les lignes directrices indiquent qu'une gamme d'options de traitement est acceptable, tout en recensant certaines situations dans lesquelles telle ou telle option de traitement est exclue. En *Australie*, les lignes directrices en matière de soins optimaux indiquent que des options de chirurgie, de radiothérapie et de chimiothérapie peuvent être envisagées¹⁷. Elles intègrent des considérations particulières pour les femmes souhaitant préserver leur fertilité et en matière de soins palliatifs qui peuvent également être envisagés, selon le cas de la patiente.

Suivi postérieur au traitement (étape 6)

Les parcours de dépistage primaire par détection du VPH et de suivi des résultats anormaux fournissent généralement une orientation pour le suivi postérieur au traitement. Le suivi postérieur au traitement repose, de plus en plus, sur les tests de détection du VPH, pour déterminer si la personne a besoin d'un traitement supplémentaire ou peut revenir au dépistage, qui peut ou non être un dépistage systématique.

Dans certains des pays examinés, on appelle ces tests des « tests de contrôle post-traitement » ou « tests de guérison ». Les éléments suivants de l'étape 6 peuvent notamment varier :

- Étapes après les résultats du test de détection du VPH;
- Utilisation de la cytologie comme examen de suivi, si les résultats du test de détection du VPH sont positifs ou utilisation combinée de la cytologie et du test de détection du VPH;
- Nombre de tests successifs de détection du VPH donnant un résultat négatif requis avant de libérer la personne du suivi postérieur au traitement, et fréquences de ces tests.

4.2.7 Équité et accès (toutes les étapes)

Une participation accrue aux programmes de dépistage est l'un des moyens les plus efficaces de prévenir le cancer. On détecte la plupart des cancers du col de l'utérus chez les femmes n'ayant pas adhéré au dépistage. Par exemple, en *Australie*, 90 % des cancers surviennent chez des personnes ayant fait l'objet d'un dépistage insuffisant¹². Dans d'autres pays, on a observé que les groupes suivants faisaient l'objet d'initiatives ciblées en matière d'équité :

- Populations autochtones;
- Immigrantes récentes et personnes ne connaissant pas les langues officielles du pays;
- Victimes de viol et survivantes d'abus sexuels;
- Femmes marginalisées;
- Personnes ayant diverses identités de genre;
- Personnes ayant des besoins spéciaux (physiques, intellectuels, psychosociaux);
- Chômeuses de longue durée;
- Personnes âgées;
- Femmes nées de mères ayant pris du diéthylstilbestrol (DES) durant leur grossesse, un lien ayant été établi entre l'exposition prénatale à cette hormone et un risque plus élevé de cancer du col de l'utérus.

Il est important de noter que si le parcours clinique de dépistage, constituant un ensemble optimal de soins s'appuyant sur des données probantes, ne doit pas être modifié pour ces groupes, il n'en va pas de même des modalités de prestation et de la langue du programme qui doivent, elles, l'être, pour les adapter au mieux à la population ciblée.

Plusieurs approches ont été utilisées pour améliorer l'équité et la participation au dépistage. En *Australie*, un parcours de soins optimaux pour les femmes atteintes d'un cancer du col de l'utérus a été élaboré pour améliorer l'expérience des femmes en matière de dépistage et des efforts sont déployés pour fournir un soutien à celles qui présentent un handicap, qui ont été victimes de viol ou qui ont survécu à des violences sexuelles¹⁷. Dans ce même pays, on a également élaboré un document intitulé « Optimal Care Pathway For Aboriginal and Torres Strait Islander People with Cancer » (parcours de soins optimaux pour les Autochtones et les insulaires du détroit de Torres atteints d'un cancer). En ce qui concerne les personnes présentant un handicap physique, on encourage le recours à l'indicateur d'incapacité de l'Australian Institute of Health and Welfare et la mention des handicaps dans les formulaires d'aiguillage en évaluation diagnostique. Un certain nombre de mesures de soutien supplémentaires sont également encouragées pour les victimes de viol et les survivantes à des violences sexuelles. Il s'agit notamment de faire face aux enjeux de divulgation des antécédents de violence ou de traumatisme sexuels, de prendre en considération les obstacles potentiels associés à la fourniture d'un consentement éclairé, d'encourager la présence d'une personne de confiance au rendez-vous et de proposer à ces patientes des ajustements raisonnables comme l'autoprélèvement¹⁷.

Un certain nombre d'initiatives supplémentaires portent notamment sur :

1. **Des consultations communautaires;**
2. **La mise en œuvre de recherches et la création de démarches de sensibilisation;**
3. **L'élaboration de contenus et d'approches propres aux différents groupes;**
4. **Le recours à l'autoprélèvement.**

On trouvera, ci-après, une description de ces différentes approches.

1. **Consultations communautaires :** Les programmes de dépistage collaborent avec les groupes ciblés pour comprendre leurs besoins particuliers et déterminer les approches correspondantes à mettre en œuvre pour favoriser

l'équité. Il s'agit généralement d'adaptations de différents aspects de la prestation du programme, par exemple le choix des meilleures voies d'accès au dépistage et de modalités de communication avec le groupe concerné (canaux et langue appropriés), visant à surmonter l'ensemble des obstacles à la participation. Ces consultations, prenant non seulement place en phase de planification, mais se poursuivant également sur une base régulière, s'avèrent d'autant plus efficaces qu'il est possible de nouer une relation durable entre le programme et les groupes ciblés. Les commentaires des femmes concernées peuvent être utilisés pour surveiller les taux de participation et modifier les activités de sensibilisation en conséquence.

En *Australie*, le parcours de dépistage ne varie pas; cependant, les initiatives de sensibilisation sont adaptées aux femmes autochtones et insulaires du détroit de Torres, qui présentent une prévalence des VPH 16 ou 18 plus élevée que celle des autres Australiennes³⁶. Les différents États et territoires australiens sont également dotés de programmes de santé employant des infirmières et des intervenantes-pivots communautaires, affectées spécifiquement à ces groupes et leur fournissant des renseignements et des services liés au programme de dépistage. Des parcours de soins optimaux ont été élaborés pour ces groupes, afin de guider l'équipe soignante dans le choix des étapes et des modalités adéquates, tout au long des parcours de prise en charge du cancer³⁷. Le document évoque les croyances, les comportements et les besoins spécifiques des Autochtones et des insulaires du détroit de Torres. Il explique le concept de santé et de bien-être holistiques et le rôle des connaissances, des croyances en matière de valeurs, des besoins culturels et des antécédents de santé dans le processus de prise de décision pour le traitement et pour les soins. On détermine systématiquement les besoins en matière de soins de soutien des patientes et des familles et on demande aux premières si elles souhaitent qu'une personne de confiance soit présente au cours des discussions. Des services locaux de soutien sont disponibles et les professionnels de la santé et/ou les infirmières du Cancer Council locaux renseignent et rassurent les patientes (ce service est également disponible pour les prestataires de soins de santé), entre les rendez-vous avec des spécialistes³⁷.

On constate également, au Canada, l'importance des consultations communautaires, dans le cadre de projets pilotes et d'études de recherche. En *Colombie-Britannique*, l'essai

FOCAL sur le VPH avait pour objectif de comparer, pour le dépistage primaire du cancer du col de l'utérus, l'utilisation du test de détection du VPH à celle de la cytologie en milieu liquide⁶. Dans le cadre de cet essai, les chercheurs ont passé un certain temps au sein de groupes des Premières Nations, des Inuits et des Métis, dialoguant avec eux pour déterminer des solutions qui fonctionneraient le mieux pour favoriser leur participation à l'autoprélèvement. L'équipe a rencontré des médecins de premier recours connaissant la collectivité concernée et a organisé des groupes de discussion avec des aînés et avec des représentants du public. L'autoprélèvement nécessitant la fourniture de renseignements en ligne, on a également étudié les capacités Internet au sein de ces groupes. Les bonnes relations de travail avec les établissements de médecine familiale de la Métis Nation ont aidé à déterminer si les personnes avaient déjà subi un dépistage, ont permis à l'étude de prendre en compte les motifs de préoccupation de la collectivité et ont été l'occasion d'expliquer les différences procédurales entre les deux méthodes de dépistage primaire, notamment en ce qui concerne l'âge d'entrée plus tardif dans le programme utilisant le test de détection du VPH, en raison des progrès technologiques et médicaux de cet examen, permettant de lancer le cycle de dépistage plus tard dans la vie, et non de la volonté du gouvernement de faire des économies.

- 2. Mise en œuvre de recherches :** Avant le début de la mise en œuvre et tout au long du processus, des recherches et des approches de sensibilisation contribuent à mettre en évidence les véritables besoins des femmes dont on souhaite la participation. Des recherches plus larges ont également concouru à cerner les inégalités existantes. Les connaissances ainsi acquises peuvent aider à adapter la prestation des programmes de manière plus appropriée et à augmenter les taux de participation.

En *Australie*, on a recommandé que le processus de dépistage se poursuive de la même manière que pour le restant de la population, mais que des efforts particuliers soient mis en œuvre pour offrir des invitations au dépistage, des services de diagnostic et des services de traitement accessibles et culturellement appropriés.

Toujours en *Australie*, l'ensemble des recherches ont été consolidées dans un court document intitulé *Inequalities in cancer outcomes by Indigenous status and socioeconomic quintile*

visant à mettre en évidence « les étapes au cours desquelles des disparités se produisent, le long du continuum de la lutte contre le cancer, et les raisons pour lesquelles elles se produisent »³⁸. Les auteurs du document ont constaté que les résultats en matière de santé étaient inférieurs au sein de cette population et ont suggéré des explications à cette situation, notamment un plus faible dépistage et un moins bon accès aux services.

Au *Royaume-Uni*, des représentants de groupes à but non lucratif, comme Jo's Trust, mènent des recherches sur les besoins en matière de communications et de services de soins de santé communautaires, permettant de déterminer, plus facilement, les initiatives de sensibilisation les plus efficaces, ainsi que de recenser les sous-groupes n'étant peut-être pas ressortis dans des études plus larges ayant porté sur l'ensemble de la population. Ces activités ont conduit à un programme de type « formation des formateurs » visant à former des professionnels de la santé pour qu'eux-mêmes soient en mesure de former d'autres personnes, dans leur propre collectivité, au sujet du programme de dépistage primaire par détection du VPH. Elles ont également conduit à étudier de plus près les « obstacles au dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes de 50 ans à 64 ans, appartenant à des groupes difficiles à atteindre, dont la prise en compte est souvent absente de la recherche sur le dépistage du cancer du col de l'utérus, alors qu'elle s'avère essentielle pour élaborer des interventions appropriées en vue d'accroître la participation aux activités de dépistage offertes »³⁹. On prévoit que, d'ici 2036-2040, l'âge auquel on diagnostiquera le plus fréquemment un cancer du col de l'utérus passera, en Angleterre, de la tranche 25 ans à 30 ans, à la tranche 50 ans à 60 ans³⁹.

3. Élaboration de contenus et d'approches propres aux différents groupes :

Tous les pays examinés ont indiqué que la personnalisation des méthodes de communication et la langue utilisée avaient joué un rôle essentiel dans la réussite des activités de sensibilisation. Le VPH peut s'avérer un sujet sensible, souvent difficile à expliquer et à comprendre. Un certain nombre d'éléments doivent, dans ce cadre, être pris en considération, notamment les termes employés qui peuvent s'avérer sensibles, les points de vue et les perceptions sur le VPH et la clarté des messages formulés. On a constaté que les images fonctionnaient mieux que les discours et que l'utilisation de vidéos, conjointement avec de la

documentation écrite, constituait une bonne combinaison, en matière de communication de renseignements sur le VPH et sur le dépistage. On a également recommandé de fournir l'information dans la langue appropriée.

En *Australie*, on recommande le recours à un interprète professionnel, lorsque l'on communique avec des personnes ayant une maîtrise limitée de l'anglais. Ce pays a mis en place différentes ressources au service des Autochtones et des insulaires du détroit de Torres, notamment :

- **Agents de liaison et travailleurs de la santé communautaires** : Les professionnels de la santé et les agents de liaison communautaires font la promotion des programmes de santé et fournissent des soins adaptés à la culture et à la langue.
- **Éléments à prendre en considération pour des parcours de soins optimaux** : On a créé un [guide de référence rapide](#), pour les cliniciens, contenant des éléments à prendre en considération, relativement à plusieurs types de cancer, à l'appui de la prestation de soins optimaux pour ces groupes selon des modalités qui leur soient appropriées.
- **Information des patientes et des travailleurs de la santé** : Il s'agit, tout d'abord, d'offrir des [contenus adaptés aux groupes ciblés](#), à l'intention des patientes ou des membres de la collectivité, proposant de l'information, allant de renseignements généraux à de la formation sous forme de cartes illustrées⁴⁰. Le Cancer Council NSW a également mis sur pied un [site Web](#) contenant des renseignements, à l'intention des travailleurs de la santé, sur la meilleure façon de soutenir les personnes autochtones atteintes d'un cancer.

Dans le même esprit, on a créé, au *Royaume-Uni*, dans différentes langues, des [guides faciles à lire](#), véhiculant un message s'articulant autour de l'idée que le dépistage et la réception de résultats de test positifs peuvent constituer des expériences difficiles à vivre et fournissant des explications sur les raisons de l'importance du dépistage.

Les *Pays-Bas* ont également mis au point une version traduite et simplifiée de leur [brochure d'information](#), contenant des vidéos supplémentaires, afin de s'assurer de l'adéquation de l'information véhiculée pour les groupes minoritaires.

4. Utilisation de l'autoprélèvement : Les différents pays examinés ont tous souligné l'importance de l'autoprélèvement, en tant qu'initiative de sensibilisation précieuse, pour les groupes pouvant ne pas avoir un accès facile aux services de santé ou qui ne se sentent pas à l'aise si le prélèvement est effectué par un clinicien. En *Australie*, l'autoprélèvement a fait l'objet d'une large adoption, parmi les femmes admissibles, notamment les Autochtones et les migrantes susceptibles de ne pas se sentir à l'aise lorsque le prélèvement est effectué par un professionnel. On trouvera de plus amples renseignements sur cette méthode à la section 4.2.3.2 Considérations relatives à la mise en oeuvre de l'autoprélèvement.

4.2.8 Analyse des risques et utilisation des ressources du système de santé (toutes les étapes)

Il est important que la composante et le processus de triage du parcours soient bien conçus, en vue d'atténuer les risques qu'entraînerait autrement le dépistage primaire par détection du VPH. Dans ce cadre, le test de détection du VPH présente à lui seul une sensibilité plus élevée, mais une spécificité inférieure par rapport au test Pap. Il a donc une plus forte probabilité de mettre en évidence la présence d'un cancer, mais également de produire un pourcentage plus important de faux positifs susceptible de conduire à un suraiguillage en colposcopie. Sur le plan conceptuel, un suraiguillage en colposcopie n'est pas souhaitable d'au moins deux points de vue :

- **Du point de vue des patientes :** Un suraiguillage peut conduire à un surtraitement et à ses conséquences négatives, notamment en matière de maternité. Un résultat positif au test de détection du VPH ne signifie pas nécessairement que des lésions précancéreuses, voire un cancer, apparaîtront, car une infection au VPH peut disparaître spontanément, sans autre intervention thérapeutique. Le défi consiste donc à mettre en évidence et à traiter les cas d'infection au VPH susceptibles d'évoluer vers un cancer.
- **Du point de vue des ressources du système de santé :** Le suraiguillage a également pour conséquence une utilisation suboptimale des ressources du système de santé. La colposcopie devient souvent le goulot d'étranglement du parcours de soins, lorsque le dépistage primaire par détection du VPH est mis en oeuvre pour la première fois, et ce goulot peut persister, à moins qu'un processus de triage ne soit conçu et intégré au parcours pour garantir que seuls les cas le justifiant vont jusqu'en colposcopie. Ce goulot

d'étranglement est causé par un pic du nombre d'aiguillages en colposcopie, s'accompagnant d'une capacité pour ces examens relativement stable. Un goulot d'étranglement temporaire a été constaté dans tous les pays examinés qui ont mis en oeuvre le dépistage primaire par détection du VPH.

Pour éviter un suraiguillage potentiel, des processus de triage sont utilisés pour classer les patientes en deux groupes : celles dont on prévoit qu'elles contracteront un cancer et celles pour lesquelles ce n'est pas le cas. Un processus de triage fiable :

- Diminue de manière appropriée le risque de suraiguillage;
- Concentre les aiguillages sur les cas qui évolueront en une CIN de grade 2 ou plus, puis en un cancer du col de l'utérus, et permet d'améliorer les résultats pour ces patientes;
- Gère au mieux les ressources du système de santé.

Les pays examinés ont conçu la composante de triage de leur parcours en vue d'équilibrer les risques et les ressources, en s'appuyant sur différentes approches, notamment la mise en place de cycles de répétition des tests, la synthèse des sources d'information sur les tests, la diversification des rôles des professionnels de la santé ou la surveillance des résultats.

Les cycles de répétition des tests sont des périodes d'attente successives, d'en général 6 à 12 mois, au terme desquelles on répète le test de détection du VPH et/ou la cytologie, lorsque les résultats de ces examens étaient positifs en premier lieu. Cette période d'attente est mise en place, car certaines infections au VPH disparaissent spontanément sans autre intervention thérapeutique, la répétition de l'examen, après un délai adéquat, permettant de réintégrer ces cas dans le cycle de dépistage systématique, sans autre intervention thérapeutique. D'autres pays attribuent des degrés de confiance variés à l'information disponible sur les différents types de tests. Sur la base de leur propre synthèse des sources d'information sur les tests, certains des pays examinés privilégient la cytologie, tandis que d'autres sont aujourd'hui plus enclins à s'en remettre à la détection de la présence des VPH 16 ou 18.

Les *Pays-Bas* aiguillent, par exemple, les patientes en colposcopie en fonction des résultats de la cytologie et semblent faire preuve d'une aversion au risque certaine dans leur approche, toutes les femmes présentant un résultat non NILM avec détection de la présence d'une ASC-US étant orientées en colposcopie (on trouvera une description terminologique à l'annexe Glossaire terminologique partiel. L'*Australie* réduit le risque de faux positifs en exigeant que les patientes

CONSTATATIONS

présentant certains résultats cytologiques anormaux fassent l'objet d'un nouvel examen, plutôt que d'être directement aiguillées en coloscopie. Cependant, pour contribuer à équilibrer les risques, ce pays aiguille les patientes pour lesquelles le test sur un échantillon autoprélevé a permis de détecter la présence des VPH 16 ou 18, directement en coloscopie, sans cytologie, un échantillon pour la cytologie en milieu liquide étant ensuite prélevé, lors du rendez-vous de coloscopie.

Afin de réduire le coût élevé représenté par le temps des médecins, certains modèles de programmes ont recours à une diversification des professionnels de la santé, en mobilisant aussi bien des médecins que des infirmières, en tant que cliniciens effectuant des prélèvements pour les tests de détection du VPH, plutôt qu'à des médecins seuls. D'autres pays surveillent les données locales pour déterminer les aspects du parcours s'avérant efficaces pour créer les résultats souhaités.

4.2.9 Complexité du parcours (toutes les étapes)

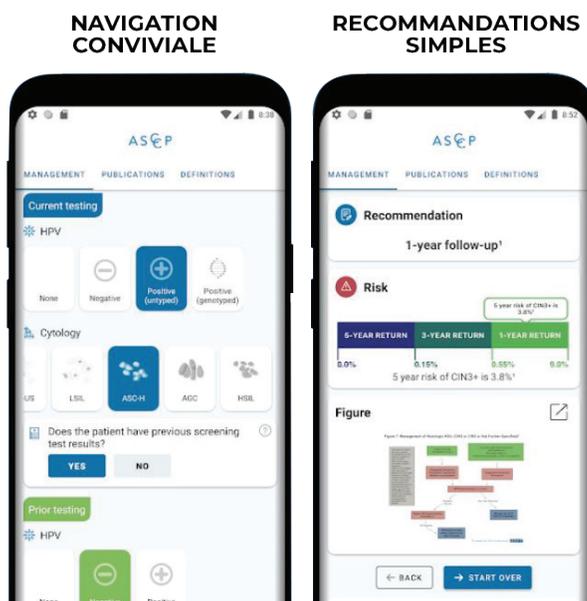
Les parcours de dépistage et de suivi des résultats anormaux, dans le cadre d'un programme de dépistage primaire par détection du VPH, peuvent devenir très longs et très complexes et les documenter peut nécessiter de nombreuses pages de texte et de diagrammes. Il est donc parfaitement compréhensible

qu'aussi bien les cliniciens que les patientes éprouvent des difficultés à suivre de tels parcours. S'il est indubitable que la conception des parcours doit être adéquate, sur la base des données scientifiques probantes disponibles, ils ne doivent pas, pour autant, s'avérer trop complexes à mettre en œuvre ou à suivre une fois qu'ils ont été établis.

Ce défi a été relevé, dans les différents pays examinés, en ayant recours à l'une ou l'autre des deux solutions ci-après.

- **La simplification des parcours** : Il s'agit de créer, intentionnellement, un parcours plus court comprenant un nombre inférieur de points de décisions et de branches. Le *Royaume-Uni* s'est, par exemple, doté d'un parcours dont la documentation ne nécessite que quelques pages.
- **La technologie** : La technologie peut contribuer à simplifier l'expérience des cliniciens. Par exemple, alors que le parcours (le terme « lignes directrices » est utilisé) aux *États-Unis* s'avère très complexe, l'American Society for Colposcopy and Cervical Pathology (ASCCP), qui élabore et fournit des lignes directrices, a développé une application permettant au clinicien de saisir les renseignements de la patiente et d'obtenir une recommandation correspondant à la situation de cette dernière. On trouvera, ci-après, une capture d'écran du site Web de l'ASCCP.

Figure 10 : Capture d'écran de l'application sur les lignes directrices en matière de prise en charge de l'ASCCP (offerte en anglais seulement)



Source : site Web de l'ASCCP

4.3 ÉLÉMENTS PRATIQUES À PRENDRE EN CONSIDÉRATION POUR LA MISE EN ŒUVRE

Principaux constats :

- Les éléments pour une mise en œuvre réussie comprennent la création, dès le départ, d'un comité directeur, d'un registre et de systèmes informatiques de soutien, de lignes directrices et de parcours, ainsi que de modèles prédictifs.
- L'élaboration d'un plan de mise en œuvre clair peut permettre aux laboratoires d'analyse et aux services de colposcopie de se préparer en vue des futurs besoins, les capacités de ces deux acteurs des services de santé étant les plus sollicitées par un programme de dépistage primaire par détection du VPH.
- La réussite de la mise en œuvre du programme dépend, dans une large mesure, d'une communication élargie et du matériel de soutien fourni aux utilisateurs du programme (professionnels de la santé et membres du public), ainsi que du suivi continu de son rendement.

4.3.1 Phases de la mise en œuvre

Les pays ayant mis en œuvre le dépistage primaire par détection du VPH présentent un certain nombre d'éléments communs en matière de planification et d'enseignements à tirer de leur expérience. La mise en œuvre est un long processus et les éléments à prendre en considération, relativement à la mise en œuvre, peuvent être regroupés en trois phases, illustrées dans le diagramme ci-après.

Figure 11 : Phases de mise en œuvre



Des détails sur les phases de mise en œuvre sont fournis ci-dessous.

4.3.1.1 Construction des bases

Les éléments suivants ont été pris en considération par les différents pays examinés, alors qu'ils se trouvaient dans les premières phases de la planification de la mise en œuvre. Quelques-uns des éléments dont il faut envisager la mise en place dès le départ comprennent un comité directeur et des groupes consultatifs, des registres de dépistage et des systèmes informatiques, des lignes directrices et des parcours, ainsi que des modèles prédictifs. On trouvera une description plus détaillée de ces différents éléments ci-après.

Comité directeur et groupes consultatifs de départ :

Il s'agit de personnes dévouées, mobilisées dans la planification initiale, comprenant des chefs de file, des champions et des gestionnaires de programmes.

En *Australie*, le gouvernement fédéral et les gouvernements des États ont mis en place le « Renewal Steering Committee » (comité directeur du renouvellement) pour déterminer le parcours de dépistage et le plan de mise en œuvre. Ce comité, qui avait pour mission de proposer un parcours au groupe consultatif médical, était composé de gynécologues oncologues, de colposcopistes, de cytopathologistes, de médecins généralistes, de gestionnaires de programmes, de participantes potentielles et d'épidémiologistes⁴¹.

- **Groupe consultatif médical :** Ce groupe, composé de professionnels de la santé, a pour mission d'examiner le nouveau parcours et les examens pathologiques proposés, en vue d'un financement public dans le cadre des régimes d'assurance-maladie, et de faire des recommandations en la matière au ministre de la Santé.

CONSTATATIONS

- **Groupe consultatif gouvernemental :** Ce groupe, composé de fonctionnaires gouvernementaux de la santé, a pour mandat d'approuver les recommandations du groupe consultatif médical.

Aux *Pays-Bas*, des représentantes des patientes sont présentes dans plusieurs groupes, notamment ceux des communications générales et de la mise à l'essai préalable des matériels de communication (il s'agit d'un travail qui entre plus dans les détails et inclut des représentantes de certaines populations lors de la mise à l'essai de matériels ciblés), ainsi qu'au sein de l'organe de gouvernance globale ou du conseil d'administration.

Registre de dépistage et systèmes informatiques :

Les registres et les systèmes de soutien informatique nécessitent une planification et des essais précoces et détaillés, aucun programme ne pouvant être mis en œuvre en l'absence de ces éléments fondamentaux.

En *Australie*, le registre de dépistage représentait un défi particulier, car il s'agissait de faire évoluer les registres régionaux en un unique registre national, ce qui représentait un changement important au niveau du système informatique. L'opération a donc pris environ quatre ans et demi, certaines complications ayant entraîné des retards dans la mise en œuvre du programme de dépistage, créé de la confusion parmi les FSS et les utilisateurs et engendré des coûts supplémentaires, à l'échelle gouvernementale, consacrés à la maintenance de l'ancien système. Une des leçons tirées de cette expérience est que les registres de santé sont des outils complexes et doivent intégrer des fonctionnalités allant au-delà de la simple base de données, « les fournisseurs de ces systèmes informatiques devant être en mesure de constituer des équipes multidisciplinaires, comprenant, outre des gestionnaires de renseignements de santé ayant une expérience pertinente en la matière, des professionnels de la santé publique et des laboratoires »²⁸.

L'expérience des *Pays-Bas* a montré qu'un système de registre fonctionnel de longue date permettait une mise en œuvre harmonieuse, éliminant les obstacles au recensement et à l'invitation des participantes admissibles au programme.

Au *Royaume-Uni*, les systèmes d'information ont apporté, aux planificateurs des systèmes de santé, des données leur permettant de suivre les progrès de la mise en œuvre. Par exemple, le suivi des retards a permis de déterminer plus facilement les ressources supplémentaires nécessaires.

Lignes directrices et parcours : Des lignes directrices claires et des parcours faciles à comprendre et à utiliser s'avèrent essentiels à la réussite d'un programme de dépistage primaire par détection du VPH. Leur création peut prendre un certain temps (un pays a mentionné qu'une telle opération avait nécessité environ 18 mois) et il est important de commencer le plus en amont possible, des approbations étant requises avant que la mise en œuvre puisse débuter. Les sections précédentes offrent de plus amples renseignements sur les parcours.

Les *États-Unis* et les *Pays-Bas* facilitent la tâche des cliniciens qui utilisent leurs parcours respectifs, grâce à la création d'une application accessible en ligne ou à partir d'un téléphone intelligent. Les applications en ligne sont des outils dynamiques qui remplacent les parcours statiques documentés sur Internet ou sur papier. On les qualifie de « dynamiques », car ils peuvent être mis à jour, au niveau des systèmes d'arrière-plan, de manière transparente pour les utilisateurs⁴².

Modèles prédictifs : Des modèles portant sur l'incidence, sur les taux de mortalité, ainsi que sur les coûts ont aidé les différents pays examinés à analyser les répercussions de la mise en œuvre du dépistage primaire par détection du VPH. Du point de vue de la planification du système de santé, les modèles d'autres pays prévoyaient généralement une augmentation du nombre de coloscopies (on trouvera des renseignements supplémentaires à ce sujet à la section 4.3.1.2 Planification de la mise en œuvre ci-après) et une diminution du nombre d'examens cytologiques^{28,43,44}.

Tous les pays examinés prévoyaient une diminution de l'incidence, des décès et des coûts. En *Australie*, les prévisions annuelles tablaient sur une diminution de 24 % du nombre des cancers du col de l'utérus, sur une baisse de 30 % du nombre des décès et sur un recul de 26 % des coûts³⁶.

4.3.1.2 Planification de la mise en œuvre

La modification d'un programme de dépistage représente une vaste entreprise pour n'importe quel système de soins de santé. Dans ce cadre, une planification concrète et détaillée, mobilisant les bonnes personnes, s'avère essentielle pour le succès de la mise en œuvre du programme modifié. Des plans détaillés doivent aborder les tâches et les décisions tout au long du parcours; les approbations réglementaires et des autorités de la santé; la planification des ressources; et les projets pilotes du parcours. Quelques-uns de ces éléments sont décrits ci-après de manière détaillée.

Équipe de mise en œuvre et champions : Ces personnes sont responsables de la gestion et de l'approbation du programme, du début à la fin. L'équipe de mise en œuvre, composée de personnes dotées d'expériences diversifiées pour exécuter les tâches de cette étape, gère cette dernière de bout en bout. Les **champions** sont des personnes respectées qui plaident en faveur du changement envisagé, au sein de leurs groupes professionnels respectifs (par exemple, des gynécologues oncologues, des cytologistes, des colposcopistes, des médecins généralistes, des infirmières, des responsables communautaires de l'équité).

Plans de mise en œuvre et plans connexes : Un plan de mise en œuvre couvrant tous les aspects est nécessaire pour communiquer les conséquences du programme, pour définir les attentes et pour permettre une transition en douceur. Il contribue à mettre en évidence les décisions à prendre en matière de politiques, les étapes à parcourir et les tâches à accomplir, ainsi que les interdépendances du processus à inclure dans la planification. Les plans de mise en œuvre et les plans connexes couvrent un large éventail de sujets, notamment :

- Les parcours cliniques;
- Les rôles et les responsabilités des travailleurs de la santé;
- L'expérience des patientes, au fur et à mesure de leur progrès le long du parcours;
- Les modèles de financement et les remboursements aux FSP;
- Les modifications aux modèles opérationnels de la pathologie;
- La planification de la main-d'œuvre, y compris les nouvelles formations des cytologistes;
- La sécurité et la qualité;
- Les exigences en matière de registre;
- L'évaluation;
- L'enchaînement des activités de mise en œuvre;
- Les communications.

On s'aperçoit parfois, a posteriori, que le traitement de ces sujets prend plus longtemps que prévu, entraînant des retards inopportuns dans la mise en œuvre du programme modifié, s'ils n'ont pas été planifiés suffisamment longtemps à l'avance.

Ces plans peuvent prendre diverses formes et sont généralement divisés en plusieurs documents, en fonction du public cible. Par exemple, un plan de mise en œuvre détaillé et des outils peuvent

être élaborés pour l'équipe responsable de la mise en œuvre; des descriptions cliniques du parcours et des lignes directrices ou des normes peuvent être décrites dans un document à l'intention des cliniciens; des documents de communication avec le public, intégrant des plans expliqués dans un langage ne nécessitant pas la compréhension du jargon technique, peuvent être créés; et, enfin, un plan d'évaluation peut être mis en place. Les différents pays examinés offrent plusieurs exemples de plans de mise en œuvre et de plans connexes. Dans ce cadre, on peut notamment citer les plans suivants.

En *Australie*, le plan de mise en œuvre a été élaboré par le comité de pilotage initial autour de cinq axes de travail, composés de plusieurs tâches clairement définies ayant toutes des propriétaires. La liste des prestations médicales, le registre, les évolutions de la main-d'œuvre et des pratiques, la sécurité et la qualité, ainsi que les communications et l'information ont constitué les cinq axes autour desquels le comité a structuré son travail⁴¹.

Le *Royaume-Uni* a élaboré un plan de mise en œuvre clair, précisant le long processus d'approvisionnement des laboratoires.

Le plan des *Pays-Bas* porte le nom de « Framework for the Execution of Cervical Cancer Population Screening » (cadre pour l'exécution du dépistage du cancer du col de l'utérus à l'échelle de la population). Il décrit le cadre législatif réglementaire, les relations entre les organisations concernées et le plan d'évaluation garantissant un processus de dépistage de haute qualité, réalisable et abordable⁴⁰.

En *Finlande*, le groupe de travail responsable de la mise en œuvre a créé un document présentant son mandat, les échéanciers, ainsi que différents modèles et diverses analyses (incluant des renseignements sur le VPH, sur la vaccination, sur le dépistage, sur les essais cliniques, sur le dépistage organisé, sur le modèle mathématique du VPH, sur le modèle de transition et sur le modèle de progression).

Messages communs et unifiés : De nombreuses parties prenantes ont un rôle à jouer dans la mise en œuvre d'un programme de dépistage, en particulier s'il s'agit de faire évoluer un programme existant vers un programme différent. En règle générale, les pays examinés avaient des messages communs et étaient dotés d'un document comprenant les renseignements sur la façon dont le processus de dépistage fonctionnerait, ainsi que des données probantes à l'appui du processus.

Le *Royaume-Uni* a dû faire face à des défis en matière de mise en œuvre et de communication, soulignant l'importance d'une communication claire, le plus en amont possible. Le manque de

CONSTATATIONS

communication a eu des répercussions négatives non prévues sur la capacité en matière de cytologie, les effectifs de ce secteur ayant commencé à diminuer dans un contexte où le personnel, ayant anticipé une baisse des emplois dans la foulée de la mise en œuvre du dépistage primaire par détection du VPH, avait cherché du travail ailleurs. En conséquence, on est passé d'une situation dans laquelle, dans le cadre de l'ancien programme, il s'écoulait, dans 89 % des cas, un délai maximal de deux semaines entre le dépistage et l'envoi des résultats de la cytologie, à une situation, durant la mise en œuvre du nouveau programme, où ce pourcentage était tombé à 48 %⁴⁵.

En *Australie*, les champions ont basé leurs communications sur les données probantes disponibles, mettant en avant les résultats obtenus dans le cadre d'études pilotes locales; ce faisant, ils ont été en mesure de répondre à l'anxiété ou aux doutes des différentes parties prenantes et à les maintenir concentrées sur l'objectif d'augmentation de la sensibilisation au dépistage, tout au long du processus de mise en œuvre. Des documents ont été rédigés pour décrire des messages communs et unifiés.

Participation des cliniciens : Les cliniciens, en particulier les cliniciens de premier recours, jouent un rôle essentiel pour la réussite de la mise en œuvre du dépistage. En effet, en tant qu'« agents de liaison » entre la population et le système de santé, ils occupent une place centrale au sein de ce dernier. La participation des cliniciens le plus en amont possible de la planification, au cours du processus de prise de décision, et tout au long du processus de planification, permet de traiter de leurs éventuelles réserves quant à leur adhésion au programme après son lancement.

- On a noté, dans certains des pays examinés, que les taux de participation au dépistage augmentaient lorsque les cliniciens encourageaient leurs patientes dans cette voie.
- En *Finlande*, les cliniciens de tous les districts hospitaliers ont participé, à la demande du comité directeur, à la décision d'aller de l'avant avec un programme de dépistage primaire par détection du VPH.

Changements dans les laboratoires : Les pays examinés ont constaté que la planification précoce de la diminution du nombre d'examen cytologiques était non seulement bénéfique pour le système de santé, mais aussi pour les employés des laboratoires, le groupe amené à connaître les changements les plus importants dans le cadre du nouveau programme de dépistage. Lorsqu'un

pays passe, pour le dépistage primaire du cancer du col de l'utérus, de tests cytologiques à des tests de détection du VPH, la diminution du nombre des premiers s'avère relativement conséquente. Ainsi, le nombre de laboratoires requis diminue. La *Finlande* a eu besoin de trois laboratoires pour desservir une population d'environ 5,5 millions de personnes. Les *Pays-Bas* sont dotés de cinq laboratoires, chacun d'entre eux disposant de trois appareils, pour desservir une population d'approximativement 17 millions de personnes.

- Aux *Pays-Bas*, seuls 9 % des examens de dépistage du cancer du col de l'utérus s'appuient sur la cytologie (réflexe), tandis qu'en *Finlande*, cette proportion est d'environ 25 % (réflexe et tests de personnes plus jeunes, de 25 à 30 ans).
- Tous les pays examinés ont noté que la diminution des besoins en personnel de santé dans le domaine de la cytologie avait été gérée en combinant les démarches suivantes :
 - diminution du nombre de diplômés en cytologie;
 - renouvellement de la formation des cytologistes en exercice dans d'autres domaines;
 - départs à la retraite concomitants des techniciens en colposcopie.
- **Les domaines de renouvellement de la formation** comprenaient l'histologie, la pathologie moléculaire, l'immunologie et l'examen cytologique extemporané (ROSE, de l'anglais *rapid on-site evaluation*)^{46,47}. Au *Royaume-Uni*, on a réaffecté le personnel dans d'autres disciplines de la pathologie, et on a également déployé un petit programme d'apprentissage en vue de recycler les techniciens en dépistage cytologique dans le domaine du dépistage mammaire⁴⁸.
- En *Australie*, la **disponibilité durable d'une main-d'œuvre spécialisée en cytologie** constitue un motif de préoccupation, et ce, même dans un contexte de diminution de la demande pour cette discipline. En effet, les effectifs dans ce domaine diminuent depuis la mise en œuvre du dépistage primaire par détection du VPH²⁸.

Augmentation du nombre d'aiguillages en colposcopie : Les aiguillages en colposcopie ont augmenté au cours du premier cycle de mise en œuvre. Pour les *Pays-Bas* et pour la *Finlande*, on parle d'une période de cinq ans⁴⁴. En fonction des pays, les aiguillages en colposcopie étaient d'environ 30 % à jusqu'à 200 % plus élevés qu'avec le dépistage cytologique⁴³. Outre la collaboration avec

CONSTATATIONS

leurs associations ou leurs sociétés de colposcopie respective, en vue de mettre en évidence les conséquences de l'augmentation du nombre d'aiguillages en colposcopie et d'effectuer des prévisions de volume en la matière, les pays examinés ont également adopté certaines approches visant à réduire au minimum les conséquences de la mise en œuvre du nouveau programme sur les temps d'attente en colposcopie, notamment l'optimisation de la conception des parcours et l'accroissement des capacités en colposcopie⁴⁹. On trouvera, ci-après, quelques exemples de démarches de ce type.

• Conception des parcours

- Mise en place de cycles successifs, composés d'une période d'attente suivie d'un nouveau test, afin de permettre à certaines infections au VPH de disparaître spontanément, sans intervention thérapeutique;
- Utilisation d'autres tests, présentant une plus grande spécificité, pour prévoir de manière plus précise le risque de cancer (p. ex. triage cytologique);
- Compréhension du lien entre histologie et risque de cancer. Par exemple, certains pays aiguillent en colposcopie toutes les femmes présentant un résultat NILM (*Negative for Intraepithelial Lesion or Malignancy* – ni lésion intraépithéliale ni tumeur maligne), tandis que d'autres le font uniquement sur la base d'anomalies cytologiques associées à une CIN de grade 2 ou plus.

• Augmentation de la capacité des cliniciens et des laboratoires

- Communication avec les colposcopistes en exercice et demande de mise à disposition, si possible, d'une plus grande capacité;
- Autorisation octroyée, à d'autres rôles de clinicien, comme les infirmières, de mettre en œuvre les colposcopies¹³;

- Lorsque certaines régions et leurs laboratoires mettent en place des projets pilotes et passent à l'utilisation privilégiée du dépistage primaire par détection du VPH, avant sa généralisation à l'échelle nationale, ils peuvent disposer d'une capacité excédentaire pour prendre en charge les retards accumulés, lorsque d'autres régions et leurs laboratoires passeront, à leur tour, à la nouvelle méthode.

Parcours pilotes : Tous les pays examinés ont noté que les essais pilotes du nouveau parcours avaient généré des données locales et qu'ils avaient également permis de s'assurer que les défis opérationnels étaient mis en évidence et surmontés, suffisamment tôt, avant la mise en œuvre du nouveau système à grande échelle.

- Les *Pays-Bas* ont, avant la mise en œuvre du nouveau programme, lancé des pilotes dont les activités de sensibilisation ont contribué à mieux faire comprendre à la population les enjeux du dépistage par détection du VPH et ont permis de réduire le risque de stigmatisation liée au VPH, au sein de la population, lors de la mise en œuvre du programme à l'échelle nationale.
- La *Finlande* n'a pas connu beaucoup de problèmes de stigmatisation. La manière de présenter le VPH dans le cadre des communications publiques, en précisant que ce virus était relativement commun et qu'environ 80 % des femmes en seraient un jour porteuses, a en effet permis de lutter contre la stigmatisation.
- Au *Royaume-Uni*, la mise en œuvre a été échelonnée par pays, après l'achèvement des différents projets pilotes de chacun d'entre eux.

4.3.1.3 Exécution

Les éléments à prendre en considération lors de la phase d'exécution comprennent la préparation des professionnels de la santé et des femmes pour qu'ils s'y retrouvent du mieux possible au sein du programme et y évoluent le plus efficacement possible, en les dotant des moyens d'atteindre cet objectif, grâce à des activités de communication, à la mise à disposition de matériels de soutien et à des formations d'aide. La mise en place d'un cadre de suivi et d'évaluation continu garantit également le fonctionnement du programme conformément à ce qui a été défini dans les lignes directrices, dans les parcours et dans les modèles prédictifs. On trouvera, ci-après, quelques exemples de démarches de ce type.

Communication, matériels de soutien et formation :

Les mises en œuvre du programme ayant intégré un important effort de communication, du matériel de soutien et de la formation se sont, plus souvent que celles qui ne l'avaient pas fait, avérées un succès; il s'agissait, notamment, de fournir des renseignements concis et suffisamment simples, dans les langues les plus adaptées à la population, sous forme électronique (texte, vidéo, médias sociaux) ou papier. Ces approches garantissent que les utilisateurs du programme (professionnels de la santé et public) disposent du matériel pédagogique, de la formation et d'un accès à une personne-ressource susceptible de répondre à leurs questions adéquats. Les cliniciens et le public ont besoin d'être bien informés sur le fait que l'on dispose de données probantes montrant que l'utilisation du test de détection du VPH comme méthode de dépistage primaire du cancer du col de l'utérus fonctionne, en toute sécurité, ainsi que sur ce à quoi ils doivent s'attendre en matière de processus de dépistage, de résultats et de processus de suivi des résultats anormaux. Le public peut également ressentir des obstacles d'ordre psychologique à la participation, ainsi qu'une anxiété et une détresse accrues liées à un résultat positif à la détection du VPH, que la cytologie soit anormale ou non. Dans ce contexte, mieux les femmes seront informées, plus les conditions ainsi créées faciliteront le processus⁵⁰.

Au *Royaume-Uni*, les recherches préalables à la mise en œuvre ont révélé que le fait que les femmes trouvaient ou non le dépistage acceptable pourrait être un facteur limitant la participation, en raison

de la peur du jugement de la collectivité ou de partenaires qui associent principalement le VPH à l'idée de maladie transmissible sexuellement⁵¹. La planification des communications et le travail effectué pour répondre à de possibles réserves ont permis de s'assurer que ces dernières étaient effectivement traitées et que leurs effets négatifs sur la participation étaient limités. En ce qui concerne les cliniciens, des cours d'apprentissage en ligne ont été conçus pour les préposés aux prélèvements, pour les colposcopistes et pour le personnel de laboratoire, ces formations ayant permis de s'assurer que ces professionnels comprenaient les changements apportés au protocole de dépistage, pourraient répondre aux questions habituelles des patientes et possédaient les compétences requises.

En *Finlande*, aucun déficit de participation lié à la stigmatisation n'a été observé. Des structures de soutien adéquates peuvent aider les utilisateurs à se sentir à l'aise avec le changement et à l'accepter plus facilement.

La sensibilisation communautaire, par le biais de campagnes, s'est également révélée efficace pour accroître tant la prise de conscience de l'importance du dépistage que la participation. Comme on l'a déjà mentionné à la section 4.2.3.2 Considérations relatives à la mise en œuvre de l'autoprélèvement, une étude ayant analysé des essais sur la participation à l'autoprélèvement a montré que les femmes appartenant aux groupes d'étude exposés à la sensibilisation communautaire, au soutien dans les médias et à des campagnes de porte-à-porte avaient un taux de participation plus élevé que celles invitées à effectuer un prélèvement chez un clinicien (15,6 % contre 6,0 %, pour les campagnes communautaires, et 94,2 % contre 53,0 %, pour les campagnes de porte-à-porte)³¹. On trouve, en *Australie*, d'autres exemples de sensibilisation, notamment des campagnes sur les médias sociaux ciblant les jeunes de moins de 25 ans et les personnes LGBTQI, ainsi qu'un site Web d'information. Le *Royaume-Uni* n'a pas mis en œuvre de campagne nationale visant à encourager la participation des femmes pour lesquelles la date prévue du dépistage approchait, voire était dépassée⁵².

On trouvera, ci-après, des exemples du type de renseignements et des canaux utilisés pour informer les différents groupes.

Tableau 7 : Exemples de renseignements et de canaux utilisés à des fins d'information

	TYPE DE RENSEIGNEMENTS	CANAL UTILISÉ
Public	<ul style="list-style-type: none"> • Le public peut poser des questions sur la stigmatisation, par exemple : « Mon partenaire a-t-il été infidèle? » ou « Est-ce que j'ai un cancer? ». Conjointement, certaines inquiétudes du type « Personne ne voudra plus de rendez-vous amoureux avec moi parce que j'ai le VPH. », peuvent également se manifester. • Les messages et les réponses clés qui ont fonctionné dans les pays examinés incluent : « 80 % des gens contracteront un jour le VPH. », « Le système immunitaire se débarrasse spontanément de la plupart des infections au VPH. », « Cela ne signifie pas que vous avez un cancer. », « La plupart des gens ne sauront même pas qu'ils sont infectés au VPH. » et « C'est un virus, ce n'est pas nécessairement facile, mais vous devez expliquer pourquoi c'est important. » • Des ensembles de messages ciblant particulièrement les personnes susceptibles de mal vivre le dépistage, p. ex. les victimes de violences sexuelles, les personnes présentant un handicap, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • Le public a accès à des lignes d'assistance téléphonique pour poser des questions et obtenir des réponses. • Les messages clés et des renseignements supplémentaires sur le VPH et le dépistage sont fournis sur des sites Web et sur des blogues. • Des pays, comme le <i>Royaume-Uni</i>, fournissent des renseignements sur le VPH, dans la foulée de résultats positifs au test de détection, afin de gérer l'anxiété initiale qu'ils ont suscitée. • Assistance téléphonique (communication avec une infirmière spécialisée dans les soins contre le cancer)
Cliniciens	<ul style="list-style-type: none"> • Cours de formation en personne et en ligne • Contenu adapté à différentes fins (p. ex. pour les FSS travaillant dans des collectivités mal desservies) • Formation offerte très en amont de la mise en œuvre (en <i>Australie</i>, cependant, le retard pris dans la mise en œuvre a également retardé la formation, ce qui a conduit à une certaine confusion et à un délai insuffisant pour que les cliniciens puissent se préparer et poser des questions) • Formation du personnel administratif de la santé, p. ex. les réceptionnistes et les infirmières, dans des contextes de soins primaires, afin de contribuer à ce qu'il se sente à l'aise pour parler du dépistage • Renseignements sur les domaines dans lesquels l'équité fait défaut 	<ul style="list-style-type: none"> • Assistance téléphonique (communication avec une infirmière spécialisée dans les soins contre le cancer) • Blogues • Site Web présentant des lignes directrices et des parcours • Articles de recherche

CONSTATATIONS

Des pays ont également diffusé du matériel afin d'informer le public et les FSS. On trouvera, ci-après, quelques exemples de matériel de ce type.

Tableau 8 : Exemples de matériels de communication

	EXEMPLES DE MATÉRIELS DE COMMUNICATION
Public	<p>Australie</p> <p><u>À qui s'adresse le dépistage du cancer du col de l'utérus?</u> Cette page Web contient des renseignements exhaustifs sur le dépistage du cancer du col de l'utérus, ainsi que certains renseignements en diverses langues. Elle traite de différents sujets en relation avec le test de dépistage et avec son changement, et offre également de l'information sur le VPH et sur le cancer du col de l'utérus. Elle contient également des liens vers d'autres ressources portant sur le programme national de dépistage, sur les rendez-vous de dépistage et sur les résultats.</p> <p>Pays-Bas</p> <p><u>Dépistage du cancer du col de l'utérus : l'invitation</u>⁵³. Cette brochure, disponible en néerlandais, en anglais, en arabe et en turc, fournit des renseignements sur le dépistage, afin de permettre à chaque femme de déterminer si elle souhaite y participer.</p> <p><u>Dépistage du cancer du col de l'utérus : les résultats</u>⁵⁴. Cette brochure, également disponible dans ces mêmes langues, explique les différents résultats du dépistage et d'une infection au VPH.</p>
Professionnels de la santé	<p>Australie</p> <p><u>Renseignements pour les professionnels de la santé.</u> Ce site Web fournit des renseignements sur le programme national de dépistage du cancer du col de l'utérus, sur les lignes directrices et sur les différents rôles des professionnels de la santé dans le processus de dépistage.</p> <p><u>Parcours de soins optimaux pour les femmes atteintes d'un cancer du col de l'utérus</u>¹⁷. Ce document, visant à améliorer les résultats pour les patientes en leur offrant des renseignements sur les soins, dans le contexte d'un parcours normalisé de soins, constitue un bon exemple de description de soins optimaux contre le cancer, grâce à la cartographie du parcours de la patiente, depuis la prévention et la détection précoce, jusqu'à la prise en charge et au traitement.</p> <p><u>Parcours de soins optimaux pour les Autochtones et les insulaires du détroit de Torres atteintes d'un cancer</u>³⁷. À l'instar du guide précédent, ce document vise à faciliter les soins le long d'un parcours normalisé, avec, toutefois, un but supplémentaire consistant à améliorer les résultats et les expériences d'une collectivité particulière</p>

Contrôle et évaluation : Les équipes de surveillance et d'assurance de la qualité ont créé des cadres de qualité et d'analyse comparative pour suivre les progrès de leurs programmes de dépistage. Ces documents étaient revus et mis à jour périodiquement, les valeurs de référence étant mises à jour à partir des données supplémentaires collectées. Ils comprenaient des indicateurs descriptifs, déterminés à différentes étapes tout au long du parcours et

précisaient les responsabilités en matière de collecte des données (presque tous les professionnels intervenant dans le parcours de dépistage sont censés collecter des données, sous une forme ou sous une autre, qui contribueront globalement à la production de différents rapports^{36,10,55,56}.

En Australie, le *National Cervical Screening Program Quality Framework* (cadre de la qualité du programme national de dépistage du cancer du col

CONSTATATIONS

de l'utérus) détermine « la façon dont le programme sera mesuré, surveillé et évalué, et dont on atteindra et maintiendra des normes élevées de gestion du programme et de prestation de services »⁵⁷. Il définit les normes et les valeurs de référence qui seront utilisées pour surveiller le rendement et les résultats du programme et inclut le cadre, les normes de qualité et les cibles de sa gouvernance.

Il incombe à l'équipe de surveillance et d'assurance de la qualité, composée de professionnels de la santé, notamment des médecins généralistes, des

pathologistes, des gynécologues, des gynécologues oncologues, des colposcopistes, des cytopathologistes, des épidémiologistes, des techniciens, des patientes potentielles et des gestionnaires de programmes qui conseillent les organisations responsables de la surveillance et de l'assurance de la qualité de ces programmes, d'élaborer le contenu et les outils du cadre de la qualité et de l'analyse comparative.

Le tableau suivant résume les étapes du parcours et fournit quelques exemples d'indicateurs pour chacune d'entre elles.

Tableau 9 : Exemples d'indicateurs, par étape du parcours

ÉTAPE DU PARCOURS	EXEMPLE D'INDICATEUR	EXEMPLES DE GROUPES RESPONSABLES DE LA COLLECTE DE DONNÉES
1. Invitation au dépistage	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'invitations envoyées • Taux de participation • Invitations à un autoprélèvement (invitation au dépistage, rappel d'admissibilité à l'autoprélèvement) 	<ul style="list-style-type: none"> • Registre/Gouvernement
2. Dépistage primaire par détection du VPH 3. Triage	<ul style="list-style-type: none"> • Résultats du test de détection du VPH • Résultats de la cytologie • Résultats de l'autoprélèvement (participantes présentant un résultat positif à la détection des VPH oncogènes [hors 16 et 18], ayant subi une CML dans les 6 derniers mois; participantes présentant un résultat positif à la détection des VPH 16 et 18, ayant subi une colposcopie dans les 6 derniers mois) • Méthode de collecte des tests de détection du VPH • Taux de suivis 	<ul style="list-style-type: none"> • Laboratoires • Cliniciens de dépistage (p. ex. médecins généralistes, infirmières de dépistage)
4. Colposcopie	<ul style="list-style-type: none"> • Aiguillage en colposcopie • Temps d'attente pour la colposcopie • Taux de colposcopie • Taux de biopsie 	<ul style="list-style-type: none"> • Colposcopistes • Laboratoires
5. Traitement 6. Suivi postérieur au traitement	<ul style="list-style-type: none"> • Taux de diagnostic • Procédures et résultats • Résultats de la répétition des tests 	<ul style="list-style-type: none"> • Cliniciens • Gouvernement
Résultats (indépendamment de l'étape du parcours)	<ul style="list-style-type: none"> • Temps d'attente et participation à différentes étapes du parcours • Résultats sur l'incidence et sur la mortalité 	<ul style="list-style-type: none"> • Cliniciens • Gouvernement

CONSTATATIONS

4.3.2 Synthèse des équipes et des intervenants jouant un rôle dans la mise en œuvre

Comme nous l'avons déjà mentionné ci-dessus, à la section 4.3.1 Phases de la mise en œuvre, divers intervenants participent à la planification initiale. D'autres groupes ou sous-groupes de parties prenantes jouent un rôle à différentes étapes du processus^{10,41}. Le tableau ci-après décrit quand et pourquoi ces groupes interviennent.

Tableau 10 : Autres intervenants jouant un rôle dans la mise en œuvre

INTERVENANT	CONSTRUCTION D'UNE INFRASTRUCTURE	PLANIFICATION PRÉALABLE À LA MISE EN ŒUVRE	MISE EN ŒUVRE
Gouvernement : Responsables de la santé, représentants des ministères	Approuvent le programme et l'appuient	Travaillent sur les mécanismes de paiement et sur les autres approbations gouvernementales ou réglementaires	Surveillent et évaluent le programme une fois mis en œuvre
Cliniciens : Médecins, infirmières, autres équipes interdisciplinaires	Élaborent le parcours et en déterminent les différentes composantes, ainsi que les personnes qui joueront un rôle dans la planification plus détaillée et dans la mise en œuvre	Apportent leur éclairage au plan de mise en œuvre, aux lignes directrices, aux protocoles et aux affaires gouvernementales	Se mobilisent pour clarifier les points soulevés dans les questions de leurs pairs et des patientes, concernant le parcours ou le programme, ainsi que les situations susceptibles de poser des problèmes; recueillent des commentaires et participent à la collecte de données
Laboratoires : Direction des laboratoires, cytopathologistes	Élaborent les protocoles de tests des laboratoires	Apportent leur éclairage au plan de mise en œuvre, aux lignes directrices, aux protocoles et aux affaires gouvernementales	Se mobilisent pour clarifier les points soulevés dans les questions de leurs pairs et des patientes, concernant le parcours ou le programme ainsi que les situations susceptibles de poser des problèmes; recueillent des commentaires et participent à la collecte de données
Public : a) Partenaires et organisations communautaires b) Personnes admissibles, groupes particuliers	Apportent leur éclairage à l'élaboration du parcours	Apportent leur éclairage au plan de mise en œuvre : a) en exprimant les besoins des personnes qu'ils représentent; b) en contribuant à satisfaire leurs besoins et à trouver des solutions aux problèmes socioéconomiques qu'elles rencontrent	a) Fournissent des contenus pédagogiques, en conduisant des recherches et en déterminant des approches de sensibilisation b) Consultent les contenus pédagogiques, en participant au programme et en fournissant leurs commentaires

5 Résumé des leçons tirées

Il y a beaucoup à apprendre des autres pays et plusieurs thèmes sont ressortis de la recherche et des entrevues avec des informateurs clés. La liste ci-après fournit une synthèse des principaux enseignements tirés de ces constatations.



Leçons tirées :

1. Adapter les programmes aux groupes confrontés à des inégalités en matière de dépistage, en vue d'augmenter leur participation
2. Élaborer un parcours de soins le plus en amont possible
3. Équilibrer les risques et les ressources
4. Prioriser les taux de participation en tant que mécanisme clé pour faire baisser l'incidence du cancer du col de l'utérus
5. Examiner la façon dont l'autoprélèvement peut être utilisé pour accroître la participation aux programmes de dépistage du cancer du col de l'utérus
6. Réfléchir à la mesure selon laquelle le programme de dépistage intervient dans le suivi des résultats anormaux
7. Concevoir et mettre en place un plan de limitation et de gestion de l'augmentation temporaire de la demande de colposcopies
8. Dialoguer avec les cliniciens et avec le public pour communiquer la supériorité du dépistage primaire par détection du VPH
9. Surveiller les progrès des technologies et des approches de dépistage du cancer du col de l'utérus

On trouvera, ci-après, une description plus détaillée de ces différents éléments.

1. **Adapter les programmes aux groupes confrontés à des inégalités en matière de dépistage, en vue d'accroître leur participation :** Certains groupes doivent faire face à des inégalités, conduisant à une moindre participation de leurs membres au dépistage, c'est-à-dire à un dépistage insuffisant,

voire inexistant, et à de moins bons résultats. Plusieurs tactiques peuvent être utilisées pour accroître l'équité et la participation au sein de ces groupes. Il s'agit notamment de dialoguer avec eux pour comprendre leurs besoins uniques et les obstacles à la participation auxquels ils font face; de mener des recherches pour approfondir cette appréhension de leurs besoins et de ces obstacles; de concevoir, avec eux, les modalités de modification des programmes, en vue de surmonter ces obstacles; et d'établir des relations permanentes avec eux, sur la base d'un dialogue et d'une prise en compte réguliers de leurs commentaires. Des approches et du matériel de communication, adaptés aux besoins du groupe ciblé, permettent une communication claire et contribuent à éviter les idées fausses en matière de dépistage. L'autoprélèvement est également prometteur, car il augmente la participation de nombreux groupes confrontés à des inégalités en matière de dépistage.

2. **Élaborer un parcours de soins le plus en amont possible :** Les parcours, dans les différents pays examinés, présentent à la fois de nombreuses différences et certains éléments communs. Un élément fondamental consiste à aboutir à une entente sur ce que sera le parcours.

Il est important de commencer l'élaboration de ces parcours le plus tôt possible étant donné qu'il faut généralement beaucoup de temps pour examiner les données probantes et pour se mettre d'accord sur les différentes options. Ces difficultés sont exacerbées par le temps limité dont disposent les cliniciens et les chercheurs ayant des connaissances spécialisées dans le dépistage primaire par détection du VPH et le suivi des résultats anormaux, à qui on doit faire appel. Selon les pays, ce processus a pris jusqu'à cinq ans et, dans les meilleurs des cas, été mené « rondement » en 18 mois.

3. Équilibrer les risques et les ressources : La conception du parcours a des répercussions sur l'utilisation des ressources du système de santé, sur la pratique des cliniciens et sur l'expérience des patientes. Les pays examinés ont également reconnu qu'en consommant plus de ressources, on n'améliorait pas nécessairement les résultats pour les patientes de manière notable. S'il est vrai que l'élaboration des parcours doit être fermement enracinée dans les données probantes, il n'en demeure pas moins que les responsables du système et les personnes qui conçoivent les parcours doivent également prendre des décisions s'appuyant sur des valeurs et sur l'analyse des risques. Les décisions s'appuyant sur des valeurs portent notamment sur des enjeux comme :

- La quantité de ressources du système de santé qui devrait être utilisée pour obtenir une augmentation marginale des résultats du dépistage du cancer du col de l'utérus;
- Les dispositions de la société à accepter un risque supplémentaire de ne pas détecter des cas évitables de cancer du col de l'utérus, afin de permettre l'attribution de ressources du système de santé à un autre domaine susceptible d'avoir une incidence plus importante sur la santé globale de la population.

Certains pays examinés ont choisi une approche intégrant une plus grande aversion au risque, dans le cadre de laquelle les cas ayant un plus faible risque d'évoluer en cancer du col de l'utérus sont aiguillés vers des tests supplémentaires et un traitement éventuel. D'autres pays ont adopté une démarche caractérisée par une moins grande aversion au risque, prévoyant la réintégration, dans le cycle de dépistage systématique, des femmes ayant obtenu un résultat positif au test de détection du VPH, mais qui présentent un faible risque de cancer du col de l'utérus. D'autres pays ont estimé qu'ils avaient fait preuve d'une trop grande aversion au risque lors du démarrage de leur programme de dépistage primaire par détection du VPH et qu'ils n'avaient pas constaté de corrélation entre cette démarche excessivement prudente et une amélioration des résultats.

4. Prioriser les taux de participation en tant que mécanisme clé pour faire baisser l'incidence du cancer du col de l'utérus : Lors de l'affectation de ressources aux programmes de dépistage, il est important de ne pas perdre de vue le but fondamental du dépistage du cancer du col de l'utérus, à savoir les résultats

en matière de mortalité et de morbidité, en évaluant la mesure selon laquelle ces ressources auront une incidence sur ces résultats.

S'il ne fait aucun doute que la conception du parcours joue un rôle important, on a tout de même signalé que le degré de minutie ayant présidé à cette activité s'était avéré, *in fine*, avoir une influence moindre sur l'amélioration des résultats que le simple accroissement des taux de participation. Même s'il conviendrait de confirmer cette perception sur la base de données, il semble toutefois généralement admis que l'augmentation des taux de participation a un effet positif plus important sur les résultats que l'optimisation méticuleuse des différents aspects du parcours.

On trouvera, ci-après, certains des moyens permettant d'améliorer la participation mis en évidence dans la présente analyse de l'environnement :

- L'autoprélèvement, en particulier pour les populations qui font face à des obstacles au dépistage;
- Des relations de qualité entre la patiente et un clinicien, généralement de premier recours, favorable au dépistage primaire par détection du VPH;
- Des matériels de communication, surtout lorsqu'ils sont adaptés au public cible.

5. Examiner la façon dont l'autoprélèvement peut être utilisé pour accroître la participation aux programmes de dépistage du cancer du col de l'utérus : L'autoprélèvement est considéré comme une méthode prometteuse pour permettre la participation au dépistage des populations faisant l'objet d'un dépistage insuffisant, pendant la pandémie de COVID-19 et, dans certains des pays examinés, pour l'ensemble de la population. S'il est vrai que l'autoprélèvement constitue une démarche prometteuse, mise en œuvre avec succès dans certains des pays examinés, il n'y est en place que depuis quelques années. Des difficultés réglementaires et logistiques en la matière demeurent et, s'il ne fait aucun doute qu'elles peuvent être largement surmontées, il n'en demeure pas moins qu'elles entravent les possibilités de mise en place d'une démarche d'autoprélèvement réussie.

Il est important de noter qu'au Canada, il conviendra de bien appréhender les exigences réglementaires, locales et nationales, le plus en amont possible du processus. L'autorisation d'avoir recours à des dispositifs de prélèvement d'échantillons, dans le cadre d'une démarche

d'autoprélèvement, si cette dernière utilisation n'est pas clairement indiquée par le fabricant, pourrait ou non être accordée à l'échelon des différentes provinces ou territoires canadiens. Dans le cas d'un refus d'approbation, il pourrait tout de même être possible de mettre en œuvre l'autoprélèvement, si les laboratoires étaient autorisés, et en mesure, de confirmer la conformité d'un dispositif de prélèvement particulier, pour une utilisation par autoprélèvement, dans le cadre de leur propre processus de traitement des échantillons en laboratoire. Toutefois, si les laboratoires ne bénéficient pas d'incitations suffisantes pour mener à bien ce processus interne d'homologation, on pourrait faire face à un déficit de capacités de traitement des échantillons autoprélevés. Cette situation souligne l'importance d'une compréhension précoce des modalités possibles de l'autoprélèvement, dans le cadre des exigences réglementaires existantes.

Il existe également différents points de vue, entre les pays examinés, quant à savoir si l'autoprélèvement a des répercussions importantes sur l'augmentation de la participation au suivi en cas de résultats anormaux et sur la réduction de l'incidence du cancer du col de l'utérus. Alors que l'on s'attend à ce que l'autoprélèvement débouche sur une augmentation de la participation au dépistage, il n'est cependant pas certain que les participantes adhéreront au suivi et qu'elles bénéficieront de solutions accessibles pour le faire. Dans ce contexte, certains des pays examinés sont plus avancés dans la mise en œuvre de l'autoprélèvement que d'autres, cette démarche étant généralement considérée comme une méthode de dépistage venant en complément du prélèvement d'échantillons par des cliniciens.

- 6. Réfléchir à la mesure selon laquelle le programme de dépistage intervient dans le suivi des résultats anormaux :** La transition entre un résultat anormal et des soins de suivi peut constituer une étape du parcours de soins au cours de laquelle les personnes « se sentent perdues » dans leur évolution le long du parcours, ce qui peut, finalement, les amener à ne pas bénéficier des soins de suivi dont elles ont besoin. Il peut également s'agir d'une étape qui voit la fin du rôle du programme de dépistage et le transfert des cas concernés vers d'autres rôles de cliniciens. Dans ce contexte, il est essentiel que les rôles et les responsabilités, ainsi que les procédures de communication, soient maîtrisés par les différents acteurs. Le rôle du programme varie entre les différents pays examinés et des

mécanismes diversifiés peuvent être mis en place pour réduire au minimum ces « pertes » lors du passage au suivi. En *Finlande*, il y a des cliniques de colposcopie organisées qui planifient le suivi directement avec les femmes dont les résultats de dépistage pointent vers la nécessité de cet examen, créant ainsi un mécanisme, pour le suivi, au sein du programme de dépistage. Aux *Pays-Bas*, il incombe à la patiente de convenir d'un rendez-vous avec un gynécologue lorsque le programme de dépistage le lui conseille; cependant, le programme de dépistage vérifie auprès du laboratoire si ce dernier a bien reçu les échantillons supplémentaires prélevés chez la patiente, ce qui fournit ainsi une indication à savoir si la patiente a reçu ou non des soins de suivi. S'il s'avère que le laboratoire n'a pas reçu ces échantillons, il en informe le FSP de la patiente, auquel il incombe alors de tenter d'assurer un suivi auprès d'elle. Il convient de bien étudier la mesure dans laquelle le programme de dépistage organisé participe au suivi, ainsi que les mécanismes utilisés en vue de maximiser la probabilité que les patientes participent aux soins de suivi prévus après des résultats anormaux.

- 7. Concevoir et mettre en place un plan de limitation et de gestion de l'augmentation temporaire de la demande de colposcopies :** Lors de l'introduction du dépistage primaire par détection du VPH, on constate souvent une multiplication par deux, voire par trois, du nombre d'aiguillages en colposcopie. Pour autant, il est possible de jouer sur un certain nombre de paramètres pour ramener cette demande à des niveaux plus acceptables, notamment en matière de conception du parcours, d'âges et d'intervalles de dépistage, ainsi que de types de tests utilisés. Au fur et à mesure que de nouvelles techniques et de nouvelles technologies auront fait leurs preuves, on disposera probablement d'une plus grande marge de manœuvre pour faire baisser le nombre d'aiguillages en colposcopie. Par exemple, le test p16 s'avère prometteur comme moyen de prédire, plus précisément, les cas qui évolueront vers un cancer du col de l'utérus et, donc, de faire baisser les conséquences de la nouvelle démarche sur les services de colposcopie. Il est important de noter que l'augmentation du nombre d'aiguillages en colposcopie s'avère temporaire. Une fois que les femmes admissibles au dépistage ont subi leur première série de dépistage primaire par détection du VPH et de suivi d'éventuels résultats anormaux, la demande en services de colposcopie diminue.

Si l'on ajoute, à ce phénomène, les effets de la vaccination contre le VPH, on pourrait réduire la demande pour ces services à des niveaux inférieurs à ceux qui prévalaient avant la mise en œuvre du nouveau programme.

- 8. Dialoguer avec les cliniciens et avec le public pour communiquer la supériorité du dépistage primaire par détection du VPH :** L'élaboration d'un parcours ou de lignes directrices, ainsi que la gestion du changement, mobilisent des efforts considérables. Comme l'a indiqué l'une des personnes interrogées : « L'élaboration de lignes directrices représente 90 % du travail, les 90 % restants consistant à convaincre les cliniciens de modifier leurs pratiques! ». Les pays ayant mis en œuvre le dépistage primaire par détection du VPH ont dû former les cliniciens et les patientes à ce sujet, et bien leur faire comprendre pourquoi cette méthode s'avérait supérieure à celle utilisée auparavant.

Dans ce contexte, il est indispensable d'aboutir à une compréhension solidement ancrée des données probantes existantes, qui doivent être présentées sans ambiguïté. Cette entreprise de conviction peut prendre de multiples formes, en fonction du public cible :

- **Pour les cliniciens**, des rencontres en personne avec des gens qu'ils respectent, par exemple dans le cadre d'une conférence de cliniciens, fonctionnent de manière satisfaisante. Il est indispensable que ces professionnels puissent constater l'existence de données probantes, dialoguer avec leurs pairs et poser des questions. Ils doivent également pouvoir, si nécessaire, communiquer avec une personne ayant une bonne connaissance du processus, lorsqu'ils ont besoin de clarifier la conduite à adopter dans telle ou telle situation.
- **Pour les patientes**, la méthode produisant les meilleurs résultats s'avère être la diffusion de messages clairs formulés dans un langage accessible. On dispose d'un certain nombre de données probantes montrant que l'on obtient une efficacité maximale pour inciter les patientes à participer à un programme de dépistage primaire par détection du VPH lorsque c'est le médecin ou l'infirmière, avec lesquels la patiente entretient déjà une relation, qui s'en chargent. Par conséquent, il est véritablement capital de convaincre préalablement les cliniciens des avantages de cette démarche.

Certains groupes d'intervenants ont manifesté de la résistance au changement, pour des raisons autres qu'un déficit de compréhension des données probantes existantes. Il s'agissait, dans certains des pays examinés, des catégories de professionnels ci-après.

- **Cytologistes :** Ces techniciens de laboratoire doivent faire face à des pertes d'emplois, dans le cadre d'une diminution du travail en cytologie lors de la mise en œuvre du dépistage par détection du VPH. On considère que des formations, offertes en vue de réduire les effets négatifs sur leurs perspectives de carrière, peuvent jouer un rôle positif.
- **Pathologistes :** Ces médecins produisent des rapports sur les échantillons cytologiques et peuvent être payés « à la pièce ».
- **Cliniciens de premier recours :** Ces médecins qui, dans le passé, ont été convaincus par de solides données probantes de la pertinence de l'approche de dépistage du cancer du col de l'utérus par test Pap doivent maintenant, compte tenu des progrès technologiques réalisés et des recherches menées, être persuadés, avant de changer leurs pratiques, que le dépistage primaire par détection du VPH est supérieur à l'ancienne méthode.

- 9. Surveiller les progrès des technologies et des approches de dépistage du cancer du col de l'utérus :** La science et la technologie en matière de dépistage primaire par détection du VPH progressent rapidement. Il y a à peine quelques années, le dépistage primaire par détection du VPH n'avait pas encore été mis en œuvre et l'efficacité de l'autoprélèvement était remise en question, alors qu'aujourd'hui, ces deux démarches sont en cours d'adoption et font l'objet d'études plus approfondies.

Les nouvelles technologies de test semblent prometteuses pour la mise en œuvre de parcours de triage encore plus performants susceptibles de prédire, avec plus de précision, les cas qui évolueront vers un cancer du col de l'utérus et qui doivent donc recevoir un traitement, permettant ainsi d'optimiser l'utilisation des ressources du système de santé et les résultats pour les patientes. Dans ce contexte, les nouvelles études et les technologies innovantes peuvent être systématiquement analysées, en vue de garantir que les pratiques de dépistage s'appuient sur les meilleures données probantes dont on dispose.

6 Annexes



6.1 QUESTIONS DE RECHERCHE DE L'ANALYSE DE L'ENVIRONNEMENT

On trouvera, ci-après, les questions de recherche, en matière de conception et de mise en œuvre du parcours, ayant orienté la présente analyse de l'environnement.

Parcours de dépistage et de suivi des résultats anormaux :

1. Quelles **structures du système de santé soutiennent** le dépistage primaire par détection du VPH et le suivi des résultats anormaux?
2. Quels sont les **parcours** de dépistage primaire par détection du VPH et de suivi des résultats anormaux?
3. Quels **facteurs** ont été pris en considération dans la **conception** du parcours? Quels ont été les compromis?

Conception de la mise en œuvre et résultats :

4. Quels ont été les **obstacles et les facteurs ayant facilité** la mise en œuvre du dépistage primaire par détection du VPH et du suivi? Comment les obstacles ont-ils été surmontés?
5. Y a-t-il eu des approches ciblées visant à **promouvoir un accès équitable** pour les populations autochtones et/ou mal desservies? Si oui, lesquelles?
6. Quels en ont été **les effets et les résultats**? Certains éléments se sont-ils avérés surprenants?

6.1.1 Comparaison de la conception de parcours entre les différents pays

Le tableau ci-après présente une comparaison, entre les différents pays, des pratiques de dépistage primaire par détection du VPH et de suivi des résultats anormaux abordées dans le présent rapport.

Tableau 11 : Comparaison, entre les différents pays, des pratiques de dépistage primaire par détection du VPH et de suivi des résultats anormaux

	ROYAUME-UNI	PAYS-BAS	AUSTRALIE	ÉTATS-UNIS
Canaux de transmission des invitations, des rappels et des résultats	<ul style="list-style-type: none"> · Envoi de lettres aux personnes · Messages électroniques pour les médecins généralistes 	<ul style="list-style-type: none"> · Envoi de lettres aux personnes qui doivent prendre rendez-vous avec leur FSP, en vue d'un dépistage · En l'absence de réponse, dans les 4 à 6 mois suivant l'envoi de la lettre d'invitation, envoi d'une lettre de rappel, incluant un formulaire de demande d'un dispositif d'autoprélèvement que la personne peut remplir et envoyer si elle le souhaite¹⁰ · Réception des résultats de dépistage par la personne et par son FSP · Envoi, si nécessaire, des demandes d'aiguillage par le FSP 	<ul style="list-style-type: none"> · Lettres postées¹¹ · Système de rappel et d'invitation à un nouveau rendez-vous par messages textes³⁶ · Rappels, envoyés entre 6 et 24 mois après l'envoi de la première lettre, en fonction des antécédents de dépistage et des résultats 	Il incombe au FSP d'envoyer les invitations, les rappels et les résultats, car il n'y a pas de programme de dépistage organisé.
Test de dépistage utilisé	VPHhr	VPHhr (n'inclut pas le génotypage partiel ou n'indique pas le type de VPH)	Test de détection des VPH oncogènes, avec génotypage partiel pour les VPH 16 et 18. Certains tests peuvent également détecter d'autres types de VPH oncogènes, notamment les VPH 31 et 45	Les lignes directrices 2012 de l'American Cancer Society recommandent l'utilisation combinée de tests Pap et de détection du VPH, avec test de triage réflexe pour les génotypes 16 et 18.

	ROYAUME-UNI	PAYS-BAS	AUSTRALIE	ÉTATS-UNIS
Description globale du parcours de dépistage	<ul style="list-style-type: none"> · D'un statut VPHhr- au dépistage systématique · D'un statut VPHhr+ à la cytologie; d'une cytologie anormale à la colposcopie · 2 cycles de répétition du test de détection des VPHhr à 12 mois d'intervalle en cas de statut VPHhr+ et de cytologie normale · D'un statut VPHhr+ (aux 2 cycles de répétition du test de détection des VPHhr) à la colposcopie 	<ul style="list-style-type: none"> · D'un statut VPHhr- au dépistage systématique · D'un statut VPHhr+ à la cytologie réflexe; d'un résultat anormal (ASC-US) à la colposcopie par un gynécologue · 1 cycle de répétition du test cytologique de triage après 1 an en cas de statut VPHhr+ et de cytologie réflexe normale · Réintégration du dépistage systématique si la cytologie de triage donne un résultat NILM, et passage en colposcopie si elle indique la présence d'une ASC-US⁵⁸ 	<ul style="list-style-type: none"> · D'un statut VPHhr- au dépistage systématique · D'un statut VPHhr+ (hors 16 ou 18) à la cytologie; d'un statut VPHhr+ (16 ou 18) à la colposcopie en cas d'autoprélèvement; d'un statut VPHhr+ (16 ou 18) à la colposcopie indépendamment du résultat de la CML · Du test de détection du VPH à la répétition de ce test après 12 mois, en cas de présence d'une LSIL, à la réintégration du cycle de dépistage systématique si VPH-, à la colposcopie si VPH+ · D'une HSIL à la colposcopie 	<ul style="list-style-type: none"> · Pas de parcours statique; on utilise plutôt des tableaux de risque déterminant l'étape suivante, en fonction du risque « pour de nombreuses combinaisons des derniers résultats et des résultats précédents récents de dépistage ». On recommande entre une et six des mesures cliniques suivantes : traitement; traitement facultatif, ou colposcopie ou biopsie; colposcopie ou biopsie; un an de surveillance; trois ans de surveillance; cinq ans de surveillance³⁵.
Cycles de répétition du test de détection du VPH si le test initial était positif et que la cytologie était normale	2 tests de détection du VPH à 12 mois d'intervalle; tout type de VPH	1 examen cytologique de triage après 6 mois; tout type de VPH	1 nouveau test de détection du VPH après 12 mois (test initial de détection du VPH positif pour n'importe quel type, pas uniquement pour les VPH 16 et 18)	Basé sur le risque selon les tableaux de risque et les lignes directrices de l'ASCCP 2019

	ROYAUME-UNI	PAYS-BAS	AUSTRALIE	ÉTATS-UNIS
Parcours de colposcopie	<p>Les étapes suivantes dépendent :</p> <ul style="list-style-type: none"> · de la pertinence d'un examen par colposcopie; · du statut VPHhr; · du grade de cytologie; · des résultats de la biopsie et de l'impression de CIN; et/ou · de l'impression colposcopique de CIN. <p>Les étapes suivantes peuvent inclure :</p> <ul style="list-style-type: none"> · la répétition de la colposcopie; · une discussion avec l'équipe multidisciplinaire; et/ou · un nouveau test de détection des VPHhr (p. ex. à 6, 12 ou 36 mois). <p>On pourra consulter des parcours particuliers à l'annexe Autres parcours.</p>	<p>Les parcours après colposcopie dépendent du grade de la CIN mise en évidence et de la volonté ou non de la patiente de recevoir un traitement. En cas d'absence de CIN ou de présence d'une CIN de grade 1, il n'y a généralement pas de traitement, et la patiente réintègre le cycle systématique de dépistage et de surveillance^{59,60}.</p>	<p>Les parcours commencent sur la base de la prédiction effectuée à partir de la CML, avant la colposcopie. Les parcours de colposcopie et de suivi dépendent d'un certain nombre de facteurs, notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> · les résultats cytologiques ou histologiques; · ce que l'on voit à la colposcopie et dans la zone de transformation du col; · les résultats de la biopsie; · les résultats des cycles ultérieurs de tests de détection du VPH, et de la répétition des examens de cytologie et de colposcopie. <p>Les parcours conduisent généralement à un retour au dépistage normal, à des tests supplémentaires ou à un traitement.</p> <p>On pourra consulter des parcours particuliers à l'annexe Autres parcours.</p>	<p>Basé sur le risque selon les tableaux de risque et les lignes directrices de l'ASCCP 2019</p>

	ROYAUME-UNI	PAYS-BAS	AUSTRALIE	ÉTATS-UNIS
Traitement	Aucune technique chirurgicale conservatrice supérieure ⁵⁵	On conseille généralement les traitements ci-après au stade préliminaire ⁶¹ : <ul style="list-style-type: none"> · CIN de grade 1 : pas de traitement. Habituellement, cette anomalie disparaît automatiquement dans un délai de deux ans. Le risque de complications du fait du traitement est supérieur au risque que ces cellules anormales évoluent en cancer. · CIN de grade 2 : la patiente évalue le traitement, conjointement avec le médecin, en fonction des facteurs ci-après. On peut également surveiller l'anomalie, en effectuant des frottis tous les six mois. Chez les jeunes, cette anomalie disparaît également souvent après un certain temps. · CIN de grade 3 : traitement 	Les modalités de traitement comprennent l'ablation au laser au dioxyde de carbone, la biopsie conique à lame froide, la technique LEEP, la technique LLETZ, l'excision électrochirurgicale profilée, la technique SWETZ, la technique NETZ et la biopsie conique au laser ⁶² .	Les traitements courants comprennent : la chirurgie, la radiothérapie, la chimiothérapie, la thérapie ciblée et l'immunothérapie ⁶³ .

	ROYAUME-UNI	PAYS-BAS	AUSTRALIE	ÉTATS-UNIS
Suivi postérieur au traitement; test de contrôle postérieur au traitement	Nouveau test de détection des VPHhr, après 6 et 36 mois, en cas de CIN de grade 2 ou plus. Nouveau test de détection d'un VPHhr après 6, 12 et 36 mois, en cas de néoplasie intraépithéliale glandulaire cervicale (CGIN). Si la patiente est VPHhr+, on effectue une cytologie et on l'aiguille éventuellement en colposcopie.	Déterminé avec le gynécologue; surveillance pendant au moins 1 an	<p>Suivi postérieur au traitement en cas de HSIL (CIN de grade 2 ou 3), utilisation combinée de la CML et du test de détection du VPH après 12 mois et, une nouvelle fois, après 12 mois supplémentaires, en cas de statut VPH- ou VPH+ autre que 16 ou 18 et/ou de LSIL.</p> <p>En cas de statut VPH+ autre que 16 ou 18, ou de cytologie anormale (en dehors d'une HSIL), alors on utilise la cytologie et le test de détection du VPH combinés jusqu'à l'obtention de deux résultats négatifs successifs. Aiguillage en colposcopie en cas de statut VPH+ pour les types 16 ou 18 et/ou de HSIL⁶⁴.</p> <p>En cas d'AIS, utilisation combinée de la cytologie et du test de détection du VPH indéfiniment.</p>	<p>Après un traitement pour une HSIL, test de détection du VPH après 6 mois; après 3 tests annuels de détection du VPH négatifs, tests de détection du VPH pendant au moins 25 ans⁶⁵</p> <p>Les lignes directrices de l'ASCCP 2019 présentent d'autres situations.</p>

6.2 AUTRES PARCOURS

Cette annexe présente les parcours de dépistage primaire par détection du VPH et de suivi des résultats anormaux, dans les pays examinés.

6.2.1 Royaume-Uni

Figure 12 : Parcours de dépistage primaire par détection du VPH, au Royaume-Uni

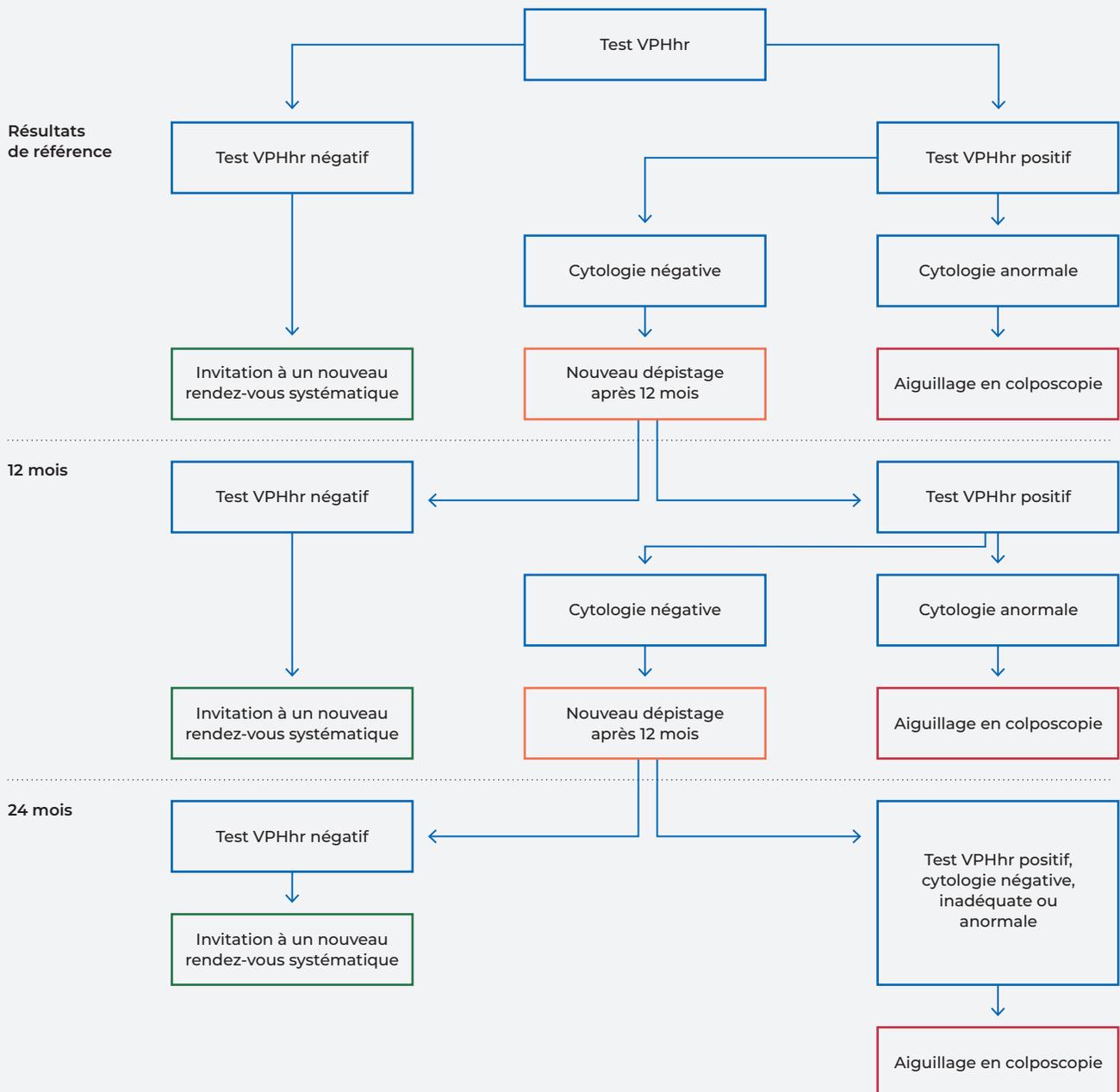
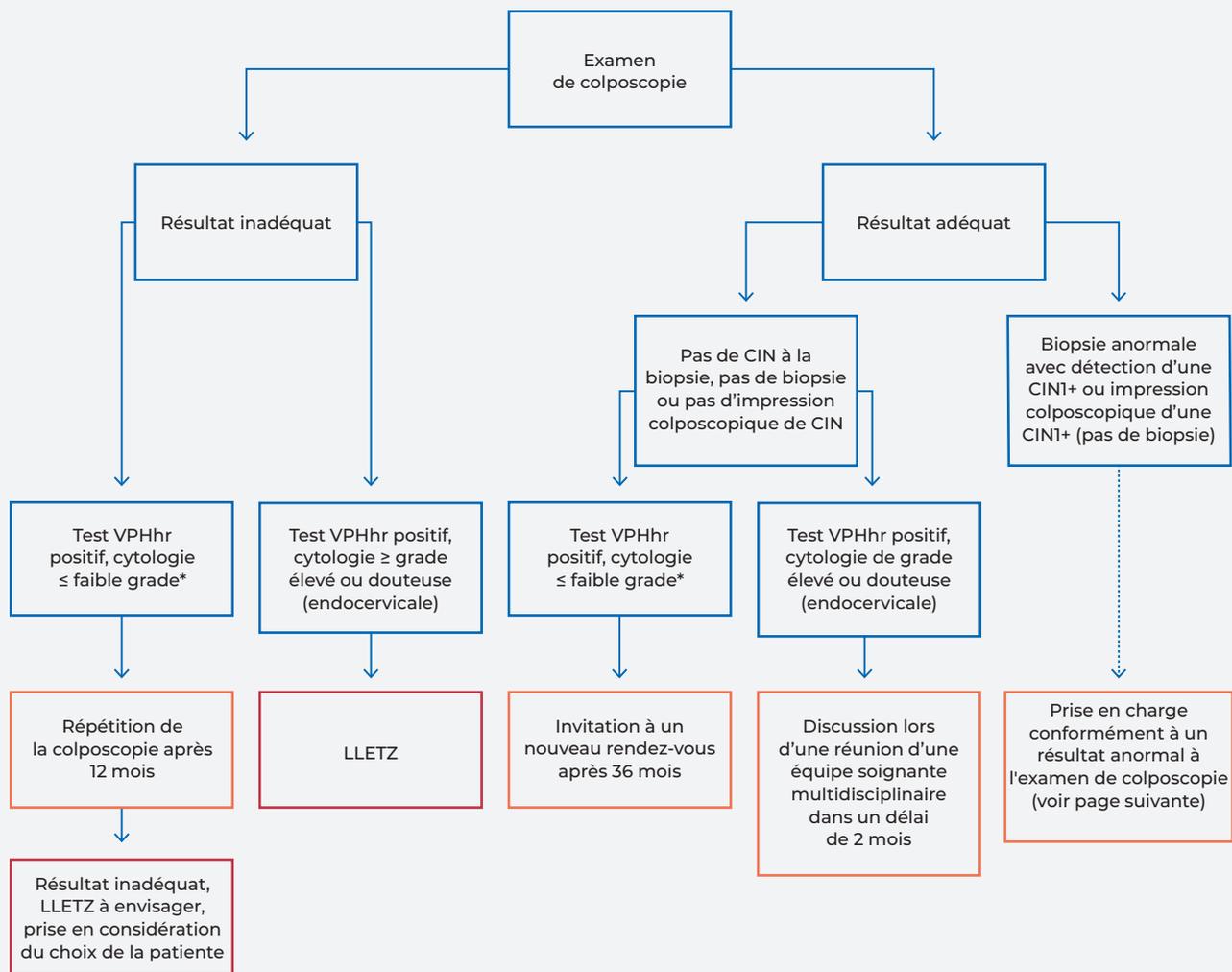
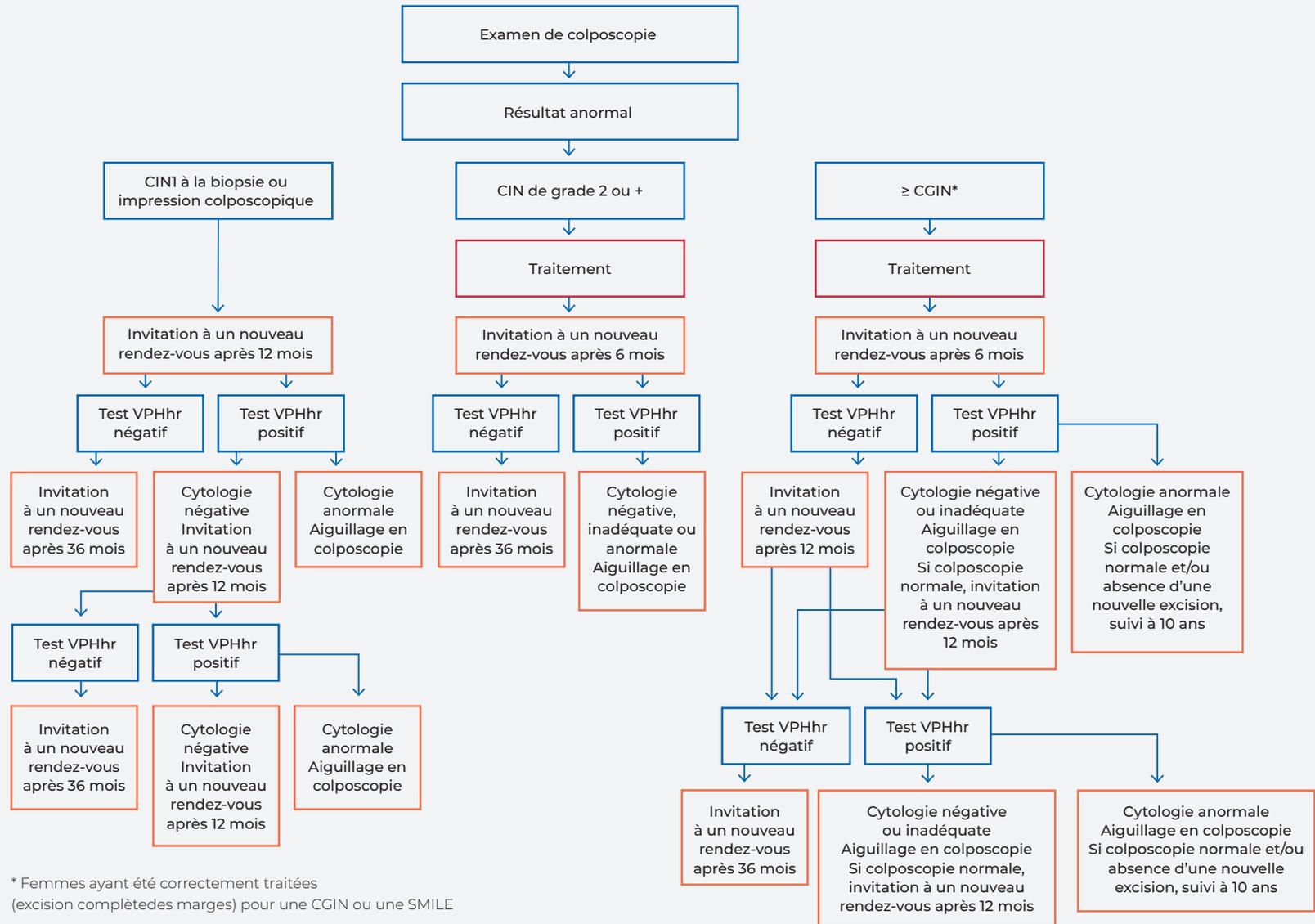


Figure 13 : Recommandations du Royaume-Uni sur la prise en charge des patientes ayant obtenu un résultat inadéquat ou adéquat à un examen de colposcopie dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus⁶⁶



* exclut les changements douteux dans les cellules endocervicales.

Figure 14 : Recommandations du Royaume-Uni sur la prise en charge des patientes ayant obtenu un résultat anormal à un examen de colposcopie dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus



Pour de plus amples renseignements, veuillez consulter la page d'orientations sur la mise en œuvre du dépistage primaire par détection du VPH sur le site Web du gouvernement du Royaume-Uni, à l'adresse <https://www.gov.uk/government/publications/cervical-screening-primary-hpv-screening-implementation>.

6.2.2 Australie

Figure 15 : Parcours de dépistage primaire par détection du VPH, en Australie

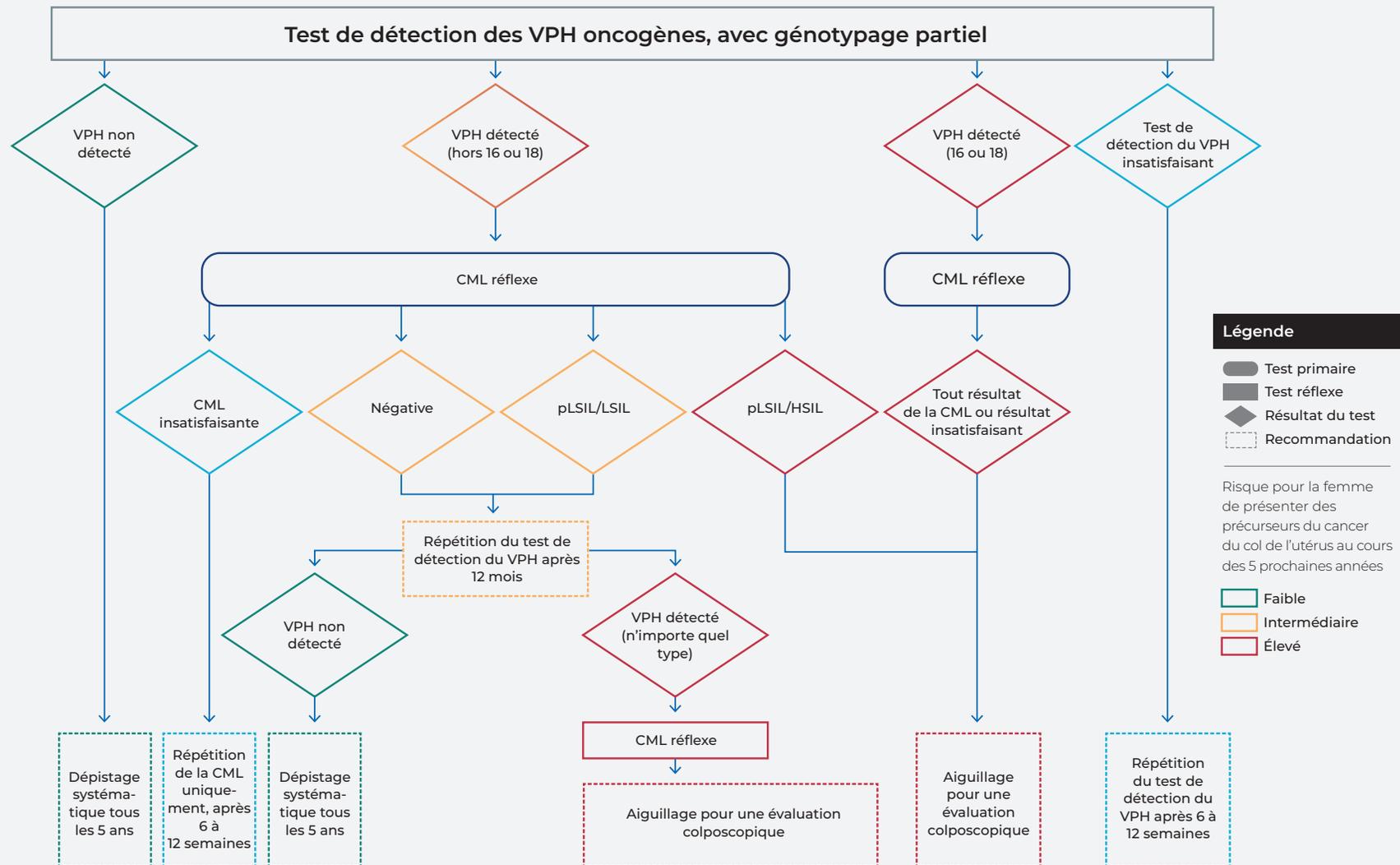
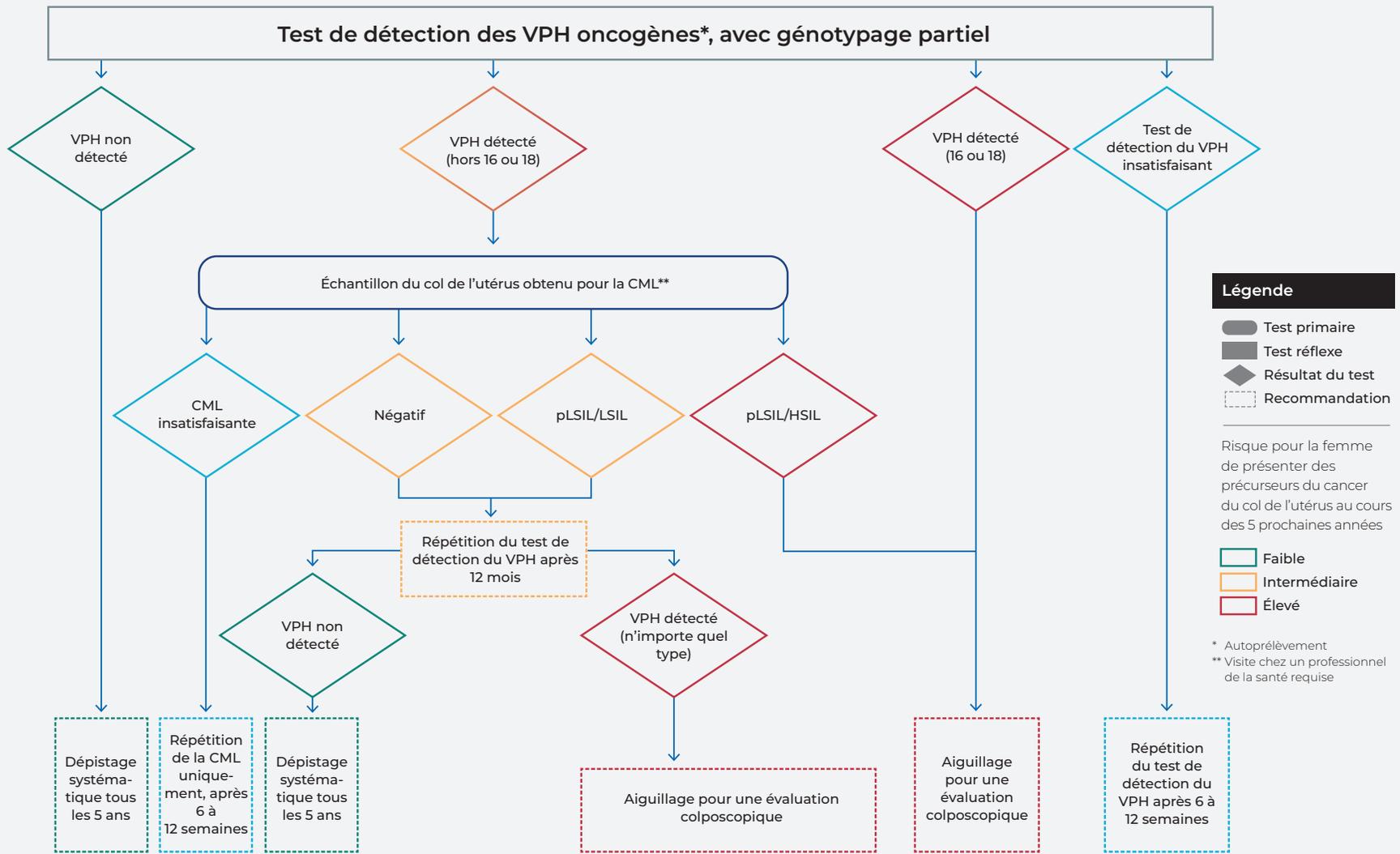


Figure 16 : Parcours de dépistage primaire par détection du VPH, en Australie – autoprélèvement



L'Australie est dotée de nombreuses pages documentant les parcours de suivi des résultats anormaux. Voici deux exemples, les autres pouvant être consultés sur le site Web du Clinical Guidelines Network du Cancer Council Australia, à l'adresse https://wiki.cancer.org.au/australia/Guidelines:Cervical_cancer/Screening.

Figure 17 : Parcours en cas de colposcopie normale après une prévision de pLSIL ou de LSIL par CML, en Australie
 (Remarque : La zone de la figure en couleurs atténuées est conforme à la figure de l'Australie.)

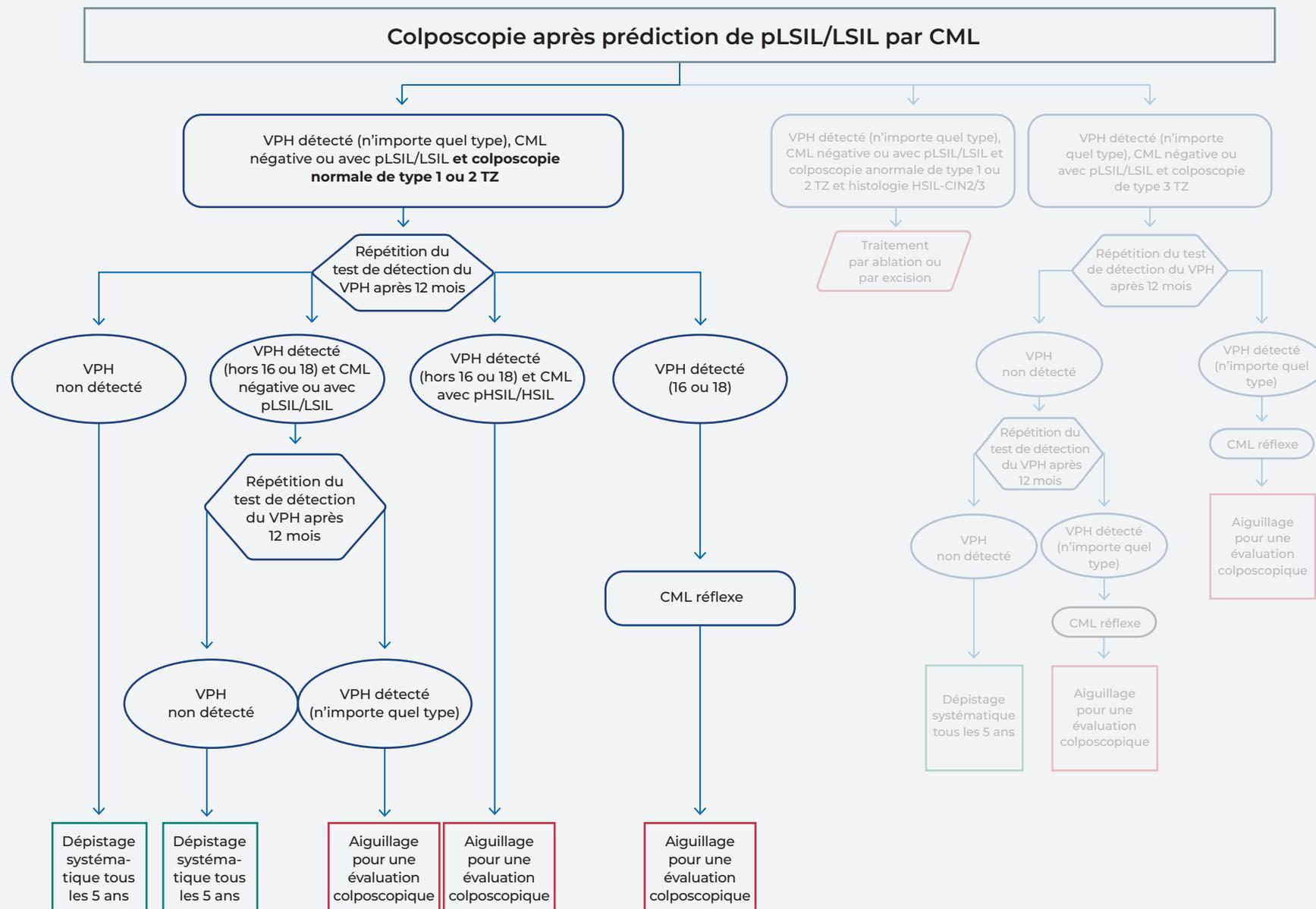
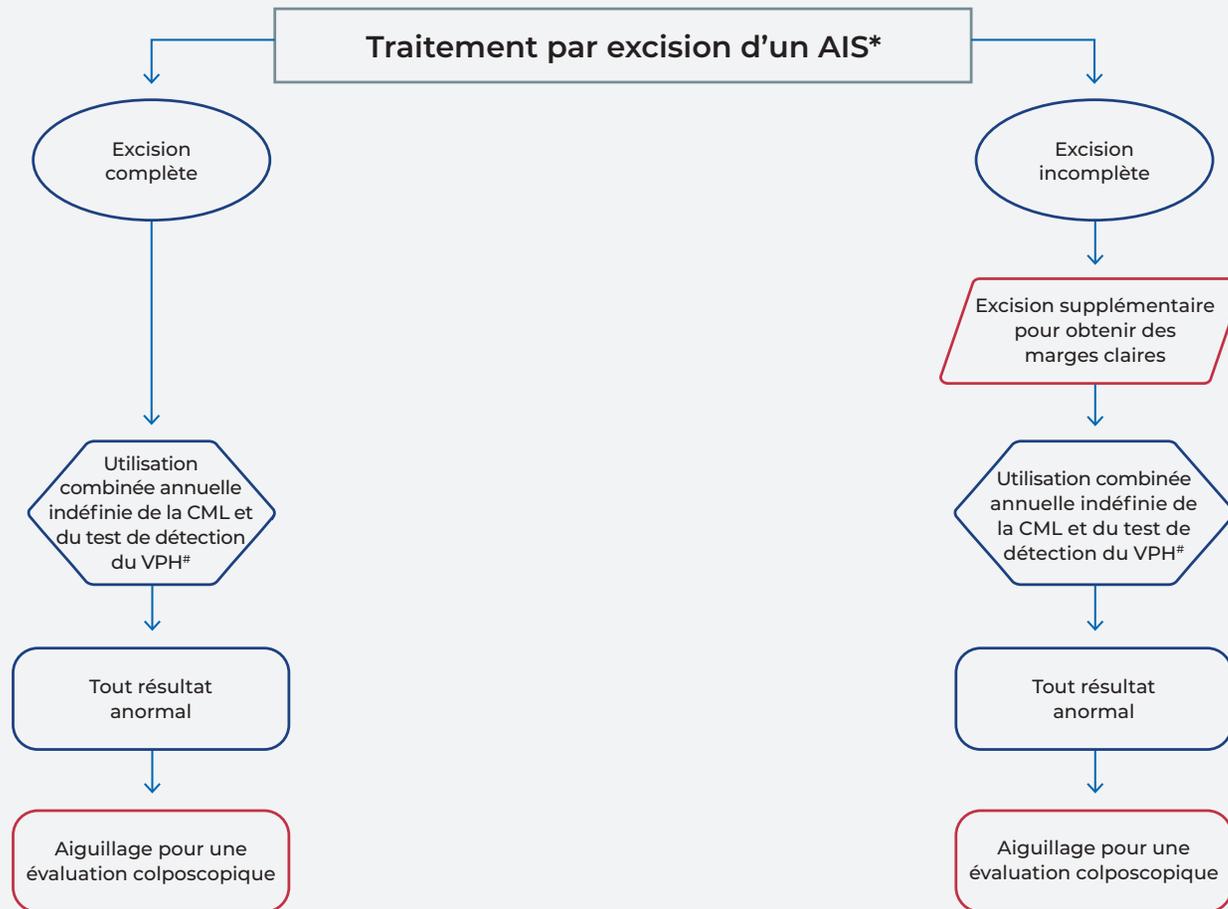


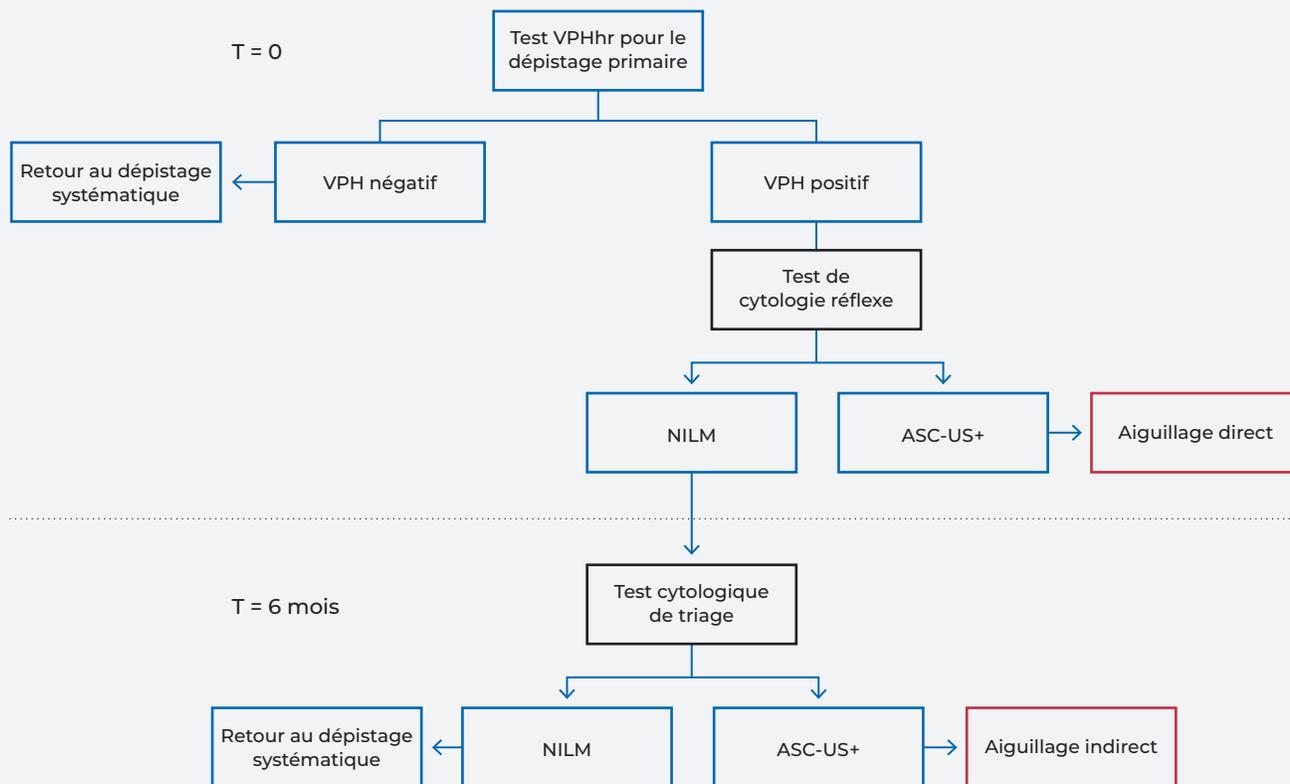
Figure 18 : Parcours de suivi après un traitement par excision d'un AIS, en Australie



* AIS = adénocarcinome in situ

#Jusqu'à l'obtention de données suffisantes à l'appui d'une décision, sur la base des politiques, comme quoi l'arrêt des tests est approprié

6.2.3 Pays-Bas

Figure 19 : Parcours de dépistage primaire par détection du VPH, aux Pays-Bas⁶⁷

On trouvera des renseignements supplémentaires sur le site Web du National Institute for Public Health and the Environment des Pays-Bas au <https://www.rivm.nl/documenten/framework-for-execution-of-cervical-cancer-population-screening>.

6.2.4 États-Unis

Les parcours ne sont pas, à dessein, fournis pour les *États-Unis*, qui ont adopté une approche basée sur les risques. Des lignes directrices supplémentaires peuvent être consultées sur le site Web de l'American Society for Colposcopy and Clinical Pathology (ASCCP), à l'adresse <https://www.asccp.org/guidelines>.

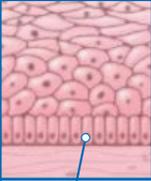
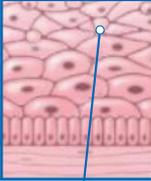
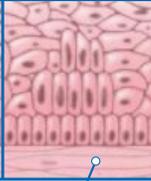
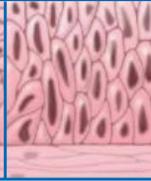
6.3 GLOSSAIRE TERMINOLOGIQUE PARTIEL

Le tableau ci-après fournit, pour chaque acronyme, le terme complet ou la définition, dans le contexte du présent document et du sujet qu'il traite.

TERME	TERME COMPLET ET/OU DÉFINITION
AIS	Adénocarcinome in situ
ASC-H	Cellules squameuses atypiques, sans pouvoir exclure une lésion malpighienne intraépithéliale de haut grade histologique, de l'anglais <i>atypical squamous cells, cannot exclude high-grade squamous intraepithelial lesion</i>
ASC-US	Atypie des cellules malpighiennes de signification indéterminée, de l'anglais <i>atypical squamous cells of undetermined significance</i>
CGIN	Néoplasie intraépithéliale glandulaire cervicale, de l'anglais <i>cervical glandular intraepithelial neoplasia</i>
CIN	Néoplasie intraépithéliale cervicale, de l'anglais <i>cervical intraepithelial neoplasia</i>
CML	Cytologie en milieu liquide
Cytologie réflexe	Cytologie réalisée sur le même échantillon que celui utilisé pour le test de détection du VPH comme méthode de dépistage primaire du cancer du col de l'utérus
HSIL	Lésion malpighienne épithéliale de haut grade histologique, de l'anglais <i>high-grade squamous intraepithelial lesion</i> (CIN de grade 2 ou plus)
LSIL	Lésion malpighienne intraépithéliale de bas grade histologique, de l'anglais <i>low-grade squamous intraepithelial lesion</i>
NILM	Ni lésion intraépithéliale ni tumeur maligne, de l'anglais <i>negative for intraepithelial lesion or malignancy</i>
pLSIL	Lésion malpighienne intraépithéliale de bas grade histologique possible, de l'anglais <i>possible low-grade squamous intraepithelial lesion</i>
SMILE	Lésion intraépithéliale stratifiée mucineuse, de l'anglais <i>stratified mucin-producing intraepithelial lesion</i>
VPH oncogènes	Les types de VPH oncogènes sont définis comme ceux associés à l'apparition d'un cancer infiltrant du col de l'utérus et comprennent les VPH 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59 et 68.

La terminologie utilisée pour décrire les changements cellulaires qui peuvent mener à un cancer varie selon les pays. Pour référence, le diagramme suivant illustre les systèmes CIN et Bethesda, en relation avec la terminologie histologique.

Figure 20. Systèmes de classification de la cytologie du col de l'utérus – Bethesda et néoplasie cervicale intraépithéliale (CIN)

Système CIN	Normal	Inflammation		CIN de grade 1 ou CIN de grade 2	CIN de grade 3	Évocateur d'un cancer
Bethesda 2001	Ni lésion intraépithéliale ni tumeur maligne	A S C - U S	A S C - H	LSIL	HSIL	Carcinome squameux
Histologie						
	Cellules basales	Globules blancs	Membrane basale			Cancer invasif du col de l'utérus

Source : Beckmann, Charles R. B., William Herbert et Douglas Laube. (2013). *Obstetrics and Gynecology* (7^e éd.). Lippincott Williams & Wilkins.

6.4 SOURCES

Cette annexe fournit :

- des liens Web vers les parcours et les lignes directrices de chaque pays, et
- les références qui ont éclairé cette analyse de l'environnement.

6.4.1 Liens vers les principaux sites Web

La liste suivante comprend des liens Web vers les principaux parcours et les principales lignes directrices des pays examinés.

Canada

- Le Partenariat canadien contre le cancer (le Partenariat) coordonne la **Stratégie canadienne de lutte contre le cancer 2019-2029** que l'on peut consulter au <https://www.partnershipagainstcancer.ca/fr/cancer-strategy/>
- Le Partenariat recueille des renseignements, à l'échelon national, provincial et territorial, à propos des lignes directrices, des stratégies et des activités de dépistage du cancer du col de l'utérus. L'analyse de l'environnement 2019-2019 peut être consultée au <https://www.partnershipagainstcancer.ca/fr/topics/cervical-cancer-screening-scan-2019-2020>

États-Unis

- **Use of Primary High-Risk Human Papillomavirus Testing for Cervical Cancer Screening: Interim Clinical Guidance**⁶⁸ : Lignes directrices de dépistage provisoires, mises à jour en 2015, qui fournissent des recommandations sur l'utilisation du test de détection du VPH comme méthode de dépistage primaire du cancer du col de l'utérus, au-delà des lignes directrices fournies en 2012. Téléchargeables sur le site Web de l'American Society of Colposcopy and Cervical Pathology (ASCCP) au <https://www.asccp.org/screening-guidelines>
- **2019 ASCCP Risk-Based Management Consensus Guidelines for Abnormal Cervical Cancer Screening Tests and Cancer Precursors**⁶⁵ : Lignes directrices relatives aux résultats anormaux, publiées en 2020. Téléchargeables sur le site Web de l'American Society of Colposcopy and Cervical Pathology (ASCCP) au <https://www.asccp.org/management-guidelines>
- **L'application mobile de l'ASCCP** se trouve sur le site Web de l'organisation au <https://www.asccp.org/mobile-app>

- **Risk Estimates Supporting the 2019 ASCCP Risk-Based Management Consensus Guidelines**³⁵ : Document d'accompagnement des 2019 ASCCP Risk-Based Management Consensus Guidelines, comprenant des tableaux de risque publiés pour guider la prise en charge. Téléchargeable au https://journals.lww.com/jlgtcd/Fulltext/2020/04000/Risk_Estimates_Supporting_the_2019_ASCCP.4.aspx

Australie

- **National Cervical Screening Program: Guidelines for the management of screen-detected abnormalities, screening in specific populations and investigation of abnormal vaginal bleeding**³⁶ : Téléchargeables au https://wiki.cancer.org.au/australia/Guidelines:Cervical_cancer/Screening et sur le site Web du programme national de dépistage du cancer du col de l'utérus que l'on peut consulter au <https://www.health.gov.au/initiatives-and-programs/national-cervical-screening-program>
- **Cancer Council Australia, Clinical Guidelines Network** : Les parcours cliniques sont répertoriés sur les pages wiki de l'*Australie* au https://wiki.cancer.org.au/australia/Guidelines:Cervical_cancer/Screening
- **National Cervical Screening Program Quality Framework** : Cadre définissant la façon dont le programme sera exécuté, mesuré, suivi et évalué. Le document complet peut être consulté au <https://www.health.gov.au/health-topics/cancer#cancer-screening-programs>
- **Optimal care pathway for women with cervical cancer** : Ce document constitue un bon exemple, grâce à la cartographie du parcours de la patiente, depuis la prévention et la détection précoce, de description de soins optimaux contre le cancer. Le document complet et une référence rapide peuvent être consultés au <https://www.cancervic.org.au/for-health-professionals/optimal-care-pathways>
- **Optimal care pathway for Aboriginal and Torres Strait Islander people** : À l'instar du guide précédent, ce document vise à faciliter les soins le long d'un parcours normalisé, avec, toutefois, un but supplémentaire consistant à améliorer les résultats et les expériences d'une collectivité particulière. Le document complet et une référence rapide peuvent être consultés au <https://www.cancer.org.au/health-professionals/optimal-cancer-care-pathways>
- **Information for health professionals** : Ce site Web fournit des renseignements sur le programme national de dépistage du col de l'utérus, sur les lignes directrices et sur le rôle des professionnels de la santé dans le cadre du

dépistage. Il peut être consulté au <https://www.cancer.nsw.gov.au/prevention-and-screening/screening-and-early-detection/cervical-screening/information-for-health-professionals>

- **Who is cervical screening for?** : Cette page Web contient des renseignements exhaustifs sur le dépistage du cancer du col de l'utérus, ainsi que certains renseignements en diverses langues. Elle traite de différents sujets en relation avec le test de dépistage et avec son changement, et offre également de l'information sur le VPH et sur le cancer du col de l'utérus. Elle contient aussi des liens vers d'autres ressources portant sur le programme national, sur les rendez-vous et sur les résultats de dépistage. Elle peut être consultée au <https://www.cancer.nsw.gov.au/prevention-and-screening/screening-and-early-detection/cervical-screening/about-cervical-screening/who-is-cervical-screening-for>

Pays-Bas

- **Framework for the Execution of Cervical Cancer Population Screening**¹⁰ : « Décrit les responsabilités pour l'exécution du dépistage du cancer du col de l'utérus à l'échelle de la population, ainsi que les règles et procédures applicables. » Peut être téléchargé au <https://www.rivm.nl/documenten/framework-for-execution-of-cervical-cancer-population-screening>. Les différents éléments du document ne sont disponibles ni en anglais ni en français; cependant, le site Web du programme de dépistage du cancer du col de l'utérus peut être consulté en anglais au <https://www.rivm.nl/en/cervical-cancer-screening-programme>
- **Screening for cervical cancer: invitation**⁵³ : Il s'agit d'une brochure destinée aux patientes, disponible en néerlandais, en anglais, en arabe et en turc, fournissant des renseignements sur le dépistage afin de permettre à chacune de décider si elle souhaite y participer. Elle peut être consultée au <https://www.rivm.nl/documenten/screening-for-cervical-cancer-invitation>
- **Screening for cervical cancer: Result**⁵⁴ : Cette brochure, expliquant les différents résultats du dépistage et du test de détection du VPH, est également disponible en néerlandais, en anglais, en arabe et en turc. Elle peut être consultée au <https://www.rivm.nl/documenten/screening-for-cervical-cancer-result>

Royaume-Uni

- **Cervical screening: programme and colposcopy management**⁴⁹ : Lignes directrices du NHS à l'intention des planificateurs, des prestataires de dépistage et des gestionnaires de programme pour le dépistage du cancer du col de l'utérus. Ce document peut être consulté au <https://www.gov.uk/government/publications/cervical-screening-programme-and-colposcopy-management>
- La section sur les orientations de mise en œuvre du dépistage primaire par détection du VPH du **site Web sur le dépistage du cancer du col de l'utérus du gouvernement du Royaume-Uni** répertorie les parcours cliniques. Elle peut être consultée au <https://www.gov.uk/government/publications/cervical-screening-primary-hpv-screening-implementation>
- **Jo's cervical cancer trust** est le principal organisme de bienfaisance du *Royaume-Uni* se consacrant au cancer du col de l'utérus. Il fournit des renseignements et du soutien de qualité, et mène des campagnes pour l'excellence en matière de traitement et de prévention du cancer du col de l'utérus. Il conduit également des travaux en matière de politiques relatives aux traitements, aux soins et à la prévention de cette maladie, partout au *Royaume-Uni*, tout en menant des recherches pour éclairer ces travaux. Ses dernières recherches portent sur l'expérience de la patiente liée à des changements cellulaires ou à un cancer du col de l'utérus. Il s'agit d'une excellente ressource pour répondre à des questions, l'organisme disposant également de lignes d'assistance permettant d'appeler et de poser des questions. On peut consulter le site Web de l'organisme au <https://www.jostrust.org.uk/>
- **Clinician Training Resources** : Ce site Web fournit un aperçu des ressources d'apprentissage en ligne disponibles pour les cliniciens. Certains plans de cours sont disponibles par l'entremise de liens sur la page; cependant, l'accès aux cours d'apprentissage en ligne eux-mêmes nécessite des renseignements de connexion du NHS. Un aperçu est disponible sur la page Web du gouvernement du *Royaume-Uni* « Primary HPV screening training resources launched » au <https://phescreening.blog.gov.uk/2019/02/11/primary-hpv-screening-training-resources-launched/>

6.4.2 Références

1. Organisation mondiale de la Santé. *Stratégie mondiale en vue d'accélérer l'élimination du cancer du col de l'utérus*. Disponible à l'adresse <https://www.who.int/publications/i/item/9789240014107>.
2. Ogilvie, G. S. et coll. (2018). Effect of screening with primary cervical HPV testing vs cytology testing on high-grade cervical intraepithelial neoplasia at 48 months: the HPV FOCAL randomized clinical trial. *JAMA*, **320**, 43.
3. Yeh, P. T., Kennedy, C. E., de Vuyst, H. et Narasimhan, M. (2019). Self-sampling for human papillomavirus (HPV) testing: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Glob Health*, **4**, e001351.
4. Brenner, D. et coll. (2020). Projected estimates of cancer in Canada in 2020. *Can Med Assoc J*, **192**, E199-E205.
5. Chrysostomou, A. C., Stylianou, D. C., Constantinidou, A. et Kostrikis, L. G. (2018). Cervical cancer screening programs in Europe: the transition towards HPV vaccination and population-based HPV testing. *Viruses*, **10**.
6. Ogilvie, G. S. et coll. (2010). A randomized controlled trial of Human Papillomavirus (HPV) testing for cervical cancer screening: trial design and preliminary results (HPV FOCAL Trial). *BMC Cancer*, **10**, 111.
7. Chrysostomou, A. C., Stylianou, D. C., Constantinidou, A. et Kostrikis, L. G. (2018). Cervical cancer screening programs in Europe: the transition towards HPV vaccination and population-based HPV testing. *Viruses*, **10**.
8. Partenariat canadien contre le cancer. *Stratégie canadienne de lutte contre le cancer 2019-2029*.
9. Partenariat canadien contre le cancer. *Plan d'action pour l'élimination du cancer du col de l'utérus au Canada : aperçu 2020-2030*. (prépublication).
10. RIVM. *Framework for the execution of cervical cancer population screening*. Disponible à l'adresse : <https://www.rivm.nl/documenten/framework-for-execution-of-cervical-cancer-population-screening>.
11. Australian Government Department of Health. *Understanding the National Cervical Screening Program management pathway: a guide for healthcare providers*.
12. Australian Government, Australian Institute of Health and Welfare. (2020). *Cervical screening in Australia 2019*. Disponible à l'adresse : <https://www.aihw.gov.au/getmedia/6a9ffb2c-0c3b-45a1-b7b5-0c259bde634c/aihw-can-124.pdf.aspx?inline=true>.
13. Cancer Research UK. (2020). About cervical screening | Cervical cancer. Disponible à l'adresse : <https://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/cervical-cancer/getting-diagnosed/screening/about>.
14. Fontham, E. T. H. et coll. Cervical cancer screening for individuals at average risk: 2020 guideline update from the American Cancer Society. *CA Cancer J Clin*, **n.d.**
15. Karjalainen, L., Anttila, A., Nieminen, P., Luostarinen, T. et Virtanen, A. (2016). Self-sampling in cervical cancer screening: comparison of a brush-based and a lavage-based cervicovaginal self-sampling device. *BMC Cancer*, **16**.
16. von Karsa, L. et coll. (2015). European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening. Summary of the supplements on HPV screening and vaccination. *Papillomavirus Res*, **1**, 22-31.
17. Cancer Council Victoria. (2020). *Optimal care pathway for women with cervical cancer*. Disponible à l'adresse : <https://www.cancervic.org.au/for-health-professionals/optimal-care-pathways>.
18. Cancer Council Australia. (2018). *Screening in Aboriginal and Torres Strait Islander women - Clinical Guidelines Wiki*. Disponible à l'adresse : https://wiki.cancer.org.au/australia/Clinical_question:HPV_screening_strategies_for_Aboriginal_and_Torres_Strait_Islander_women.
19. Polman, N. J. et coll. (2019). Performance of human papillomavirus testing on self-collected versus clinician-collected samples for the detection of cervical intraepithelial neoplasia of grade 2 or worse: a randomised, paired screen-positive, non-inferiority trial. *Lancet Oncol*, **20**, 229-238.
20. Curry, S. J. et coll. (2018). Screening for cervical cancer: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *JAMA*, **320**, 674-686.
21. Jeronimo, J., Perkins, R. B., Scalici, J. et Pierce, J. Y. (2019). Should self-sampling be an option for women in the United States? *J Low Genit Tract Dis*, **23**, 54-57.
22. Zhang, S. et coll. (2019). P830 Feasibility of an online HPV self-collection screening program in Canada: digital health literacy in South Asian women. *Sex Transm Infect*, **95**, A349-A349.
23. Szarewski, A. et coll. (2011). HPV self-sampling as an alternative strategy in non-attenders for cervical screening – a randomised controlled trial. *Br J Cancer*, **104**, 915-920.
24. Sultana, F. et coll. (2016). Home-based HPV self-sampling improves participation by never-screened and under-screened women: results from a large randomized trial (iPap) in Australia. *Int J Cancer*, **139**, 281-290.

25. Polman, N. J. et coll. (2019). Experience with HPV self-sampling and clinician-based sampling in women attending routine cervical screening in the Netherlands. *Prev Med*, **125**, 5-11.
26. McLachlan, E., Anderson, S., Hawkes, D., Saville, M. et Arabena, K. (2018). Completing the cervical screening pathway: factors that facilitate the increase of self-collection uptake among under-screened and never-screened women, an Australian pilot study. *Curr Oncol*, **25**, e17-e26.
27. Sultana, F. et coll. (2015). Women's experience with home-based self-sampling for human papillomavirus testing. *BMC Cancer*, **15**, 849.
28. Smith, M., Hammond, I. et Saville, M. (2019). Lessons from the renewal of the National Cervical Screening Program in Australia. *Public Health Res Pract*, **29**.
29. Bosgraaf, R. P. et coll. (2014). Reasons for non-attendance to cervical screening and preferences for HPV self-sampling in Dutch women. *Prev Med*, **64**, 108-113.
30. Verdoodt, F. et coll. (2015). Reaching women who do not participate in the regular cervical cancer screening programme by offering self-sampling kits: a systematic review and meta-analysis of randomised trials. *Eur J Cancer*, **51**, 2375-2385.
31. Hawkes, D. et coll. (2020). Self-collection for cervical screening programs: from research to reality. *Cancers*, **12**, 1053.
32. Pedersen, H. N. et coll. (2018). Implementation considerations using HPV self-collection to reach women under-screened for cervical cancer in high-income settings. *Curr Oncol*, **25**, 4-7.
33. Aro, K. et coll. (2019). Age-specific HPV type distribution in high-grade cervical disease in screened and unvaccinated women. *Gynecol Oncol*, **154**, 354-359.
34. Cuschieri, K. et coll. (2018). Eurogin roadmap 2017: triage strategies for the management of HPV-positive women in cervical screening programs. *Int J Cancer*, **143**, 735-745.
35. Egemen, D. et coll. (2020). Risk estimates supporting the 2019 ASCCP Risk-Based Management Consensus Guidelines. *J Low Genit Tract Dis*, **24**, 132-143.
36. Cancer Council Australia Cervical Cancer Screening Guidelines Working Party. (2020). *National Cervical Screening Program: guidelines for the management of screen-detected abnormalities, screening in specific populations and investigation of abnormal vaginal bleeding*. Disponible à l'adresse : https://wiki.cancer.org.au/australia/Guidelines:Cervical_cancer/Screening.
37. Australian Government - Cancer Australia. (2018). *Optimal care pathway for Aboriginal and Torres Strait Islander people with cancer*.
38. Bygrave, A., Whittaker, K. et Am, P. S. A. *Inequalities in cancer outcomes by Indigenous status and socioeconomic quintile: an integrative review*.
39. Marlow, L., McBride, E., Varnes, L. et Waller, J. (2019). Barriers to cervical screening among older women from hard-to-reach groups: a qualitative study in England. *BMC Womens Health*, **19**, 38.
40. Cancer Council Australia et Menzes School of Health Research. *Cervical Cancer - Aboriginal and Torres Strait Islander Cancer Information*. Disponible à l'adresse : https://www.cancercouncil.com.au/wp-content/uploads/2020/05/CAN4425J_Cervical_AboriginalIFS_illo_Dec2014.pdf.
41. Saville, A. M. (2016). Cervical cancer prevention in Australia: planning for the future. *Cancer Cytopathol*, **124**, 235-240.
42. American Society for Colposcopy and Cervical Pathology (ASCCP). Application mobile de l'ASCCP. Disponible à l'adresse : <https://www.asccp.org/mobile-app>.
43. Bains, I., Choi, Y. H., Soldan, K. et Jit, M. (2019). Clinical impact and cost-effectiveness of primary cytology versus human papillomavirus testing for cervical cancer screening in England. *Int J Gynecol Cancer. Off J Int Gynecol Cancer Soc*, **29**, 669-675.
44. Polman, N. J., Snijders, P. J. F., Kenter, G. G., Berkhof, J. et Meijer, C. J. L. M. (2019). HPV-based cervical screening: rationale, expectations and future perspectives of the new Dutch screening programme. *Prev Med*, **119**, 108-117.
45. Screening & Immunisations Team (NHS Digital) et PHE Screening (Public Health England). (2019). *Cervical Screening Programme, England - 2018-19*.
46. Chao, Y.-S. et coll. (2019). *Le test de détection du papillomavirus comme mode de dépistage du cancer du col utérin : une évaluation des technologies de la santé*. (Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé).
47. van Zuylen-Manders, L. *Primary HPV screening: the Dutch experience*. Disponible à l'adresse : http://www.britishcytology.org.uk/resources/Primary_HPV_screening_The_Dutch_experience.pdf.
48. Public Health England. *Calling all cytology screeners: the breast screening programme needs you!* - PHE Screening. Disponible à l'adresse : <https://phescreening.blog.gov.uk/2020/01/06/cytology-breast-screening-needs-you/>.

49. Gouvernement du Royaume-Uni, Public Health England. (2020). *Cervical screening: programme and colposcopy management*. Disponible à l'adresse : <https://www.gov.uk/government/publications/cervical-screening-programme-and-colposcopy-management>.
50. McBride, E. et coll. (2020). Anxiety and distress following receipt of results from routine HPV primary testing in cervical screening: the psychological impact of primary screening (PIPS) study. *Int J Cancer*, **146**, 2113-2121.
51. Patel, H., Moss, E. L. et Sherman, S. M. (2018). HPV primary cervical screening in England: women's awareness and attitudes. *Psychooncology*, **27**, 1559-1564.
52. Public Health England. *PHE to launch national cervical screening campaign in March 2019* - PHE Screening. Disponible à l'adresse : <https://phescreening.blog.gov.uk/2018/11/30/phe-to-launch-national-cervical-screening-campaign-in-march-2019/>.
53. RIVM. *Screening for cervical cancer: invitation*. Disponible à l'adresse : <https://www.rivm.nl/documenten/screening-for-cervical-cancer-invitation>.
54. RIVM. *Screening for cervical cancer: result*. Disponible à l'adresse : <https://www.rivm.nl/documenten/screening-for-cervical-cancer-result>.
55. Public Health England. 4. Colposcopic diagnosis, treatment and follow up. Disponible à l'adresse : <https://www.gov.uk/government/publications/cervical-screening-programme-and-colposcopy-management/3-colposcopic-diagnosis-treatment-and-follow-up>.
56. Australian Institute of Health and Welfare. (2017). *National Cervical Screening Program data dictionary version 1.0*: (Cancer series no. 103).
57. Cancer Council Australia Cervical Cancer Screening Guidelines Working Party. *National Cervical Screening Program- Quality framework*. Disponible à l'adresse : <https://www.health.gov.au/health-topics/cancer#caner-screening-programs>.
58. Federatie Medisch Specialisten (Nederland). (2012). *Cervical carcinoma - Screening - Guideline - Guidelines database*. Disponible à l'adresse : <https://richtlijnenendatabase.nl/richtlijn/cervixcarcinoom/screening.html>.
59. Oncoline, cancer clinical practice guidelines. Flowchart Follow-up on Untreated CIN. Oncoline. Disponible à l'adresse : https://www.oncoline.nl/index.php?pagina=richtlijn/item/pagina.php&id=39897&richtlijn_id=1005.
60. Integraal kankercentrum Nederland. (2015). CIN, AIS, en VAIN. Landelijke richtlijn, Versie: 1.0. *Oncoline*. Disponible à l'adresse : <https://www.oncoline.nl/cin-ais-en-vain>.
61. *Colposcopie bij afwijkend uitstrijkje*. Disponible à l'adresse : <https://www.kanker.nl/kankersoorten/baarmoederhalskanker/bevolkingsonderzoek-en-voorstadium/colposcopie-bij-afwijkend-uitstrijkje>.
62. Wrede, C. D., Brand, A., Hammond, I. et Cancer Council Australia. Cervical Cancer Screening Guidelines Working Party. *Treatment*. Disponible à l'adresse : <https://wiki.cancer.org.au/australiawiki/index.php?oldid=190211>. Consulté le 17 juillet 2020.
63. American Cancer Society medical and editorial content team. *Treating cervical cancer*. Disponible à l'adresse : <https://www.cancer.org/content/dam/CRC/PDF/Public/8602.00.pdf>.
64. Cancer Council Australia Cervical Cancer Screening Guidelines Working Party. (2016). *Clinical pathway: test of cure following treatment for high-grade squamous abnormalities pathway*. Disponible à l'adresse : https://wiki.cancer.org.au/australiawiki/images/1/11/ToC_following_tx_for_HGS_abnormalities.pdf.
65. Perkins, R. B. et coll. (2020). 2019 ASCCP risk-based management consensus guidelines for abnormal cervical cancer screening tests and cancer precursors. *J Low Genit Tract Dis*, **24**, 102-131.
66. UK Government, Public Health England. (2019). *Cervical screening: implementation guide for primary HPV screening*. Disponible à l'adresse : https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/789636/Appendix_2_colposcopy_management.pdf.
67. Aitken, C. A. et coll. (2019). Introduction of primary screening using high-risk HPV DNA detection in the Dutch cervical cancer screening programme: a population-based cohort study. *BMC Med*, **17**, 228
68. Huh, W. K. et coll. (2015). Use of primary high-risk human papillomavirus testing for cervical cancer screening: Interim clinical guidance. *Gynecol Oncol*, **136**, 178-182.



La production de la présente analyse de l'environnement a été rendue possible grâce à une contribution financière de Santé Canada. Les opinions qui y sont exprimées ne sont pas nécessairement celles de Santé Canada.

ISBN: 978-1-988000-54-1

