



Test de dépistage du virus du papillome humain (VPH) foire aux questions (FAQ) à l'intention des colposcopistes

Le test du virus du papillome humain et les raisons pour lesquelles il a été introduit dans le Programme ontarien de dépistage du cancer du col de l'utérus

1. Pourquoi changeons-nous le test le test de la cytologie au test du dépistage de dépistage du virus du papillome humain (VPH)?

- Il y a plusieurs avantages à utiliser le test du VPH pour dépister le cancer du col de l'utérus plutôt que le test cytologique.
 - Les professionnels peuvent être plus confiants que les personnes dont le test du VPH est négatif ne présentent pas de lésions précancéreuses du col de l'utérus par rapport aux personnes dont le test cytologique est négatif, car le test du VPH est un test de dépistage plus sensible, comme le montre le Tableau 1.
 - L'amélioration du rendement du test du VPH par rapport au test cytologique permet d'allonger les intervalles de dépistage chez les personnes dont le test du VPH est négatif.
 - Le test du VPH est objectif, ce qui signifie que ses résultats sont parfaitement consistants et reproductibles. Le test cytologique est fondé sur une interprétation subjective des résultats, qui peut permettre de détecter des modifications cellulaires qui ne sont pas liées au cancer du col de l'utérus et qui, par conséquent, ne nécessitent pas de suivi au moyen de tests complémentaires.
 - Les essais cliniques randomisés menés dans le cadre des programmes de dépistage structurés ont montré que le test du VPH pouvait réduire l'incidence du carcinome malpighien invasif et de l'adénocarcinome du col utérin¹. Le dépistage du cancer du col de l'utérus par le test du VPH permet une réduction notable de l'adénocarcinome du col utérin par rapport au dépistage par le seul test cytologique. Le test du VPH est également plus efficace pour prévenir l'adénocarcinome du col de l'utérus que le test cytologique, car il permet de détecter de manière plus fiable les personnes atteintes de lésions précancéreuses glandulaires^{2, 3}.

- Le test du VPH permet de détecter les types oncogènes de VPH (c'est-à-dire les souches contenant un ARN ou un ADN oncogène). Le test du VPH ne permet pas de détecter les types de VPH à faible risque (non oncogènes), tels que ceux à l'origine des verrues génitales. Ainsi, un résultat positif au test du VPH signifie que des types oncogènes de VPH ont été détectés, tandis qu'un résultat négatif traduit l'absence de détection de types oncogènes de VPH.
- Le test du VPH effectué dans le cadre du Programme ontarien de dépistage du cancer du col de l'utérus (PODCCU) comprend un génotypage partiel qui permet de déterminer le type d'infection oncogène par le VPH (16, 18, 45 ou autre). Le génotypage partiel permet aux personnes qui présentent des types oncogènes de VPH de recevoir une prise en charge adéquate.
- Le test cytologique sera utilisé parallèlement au test du VPH dans le cadre du PODCCU, à titre de test réflexe pour les résultats positifs aux types oncogènes de VPH ou à titre de test conjoint dans le cadre d'une colposcopie. Le PODCCU associe le test cytologique au test du VPH, car leur utilisation combinée offre de meilleures chances de détecter correctement la présence de lésions précancéreuses ou cancéreuses du col de l'utérus que le seul test du VPH. Le test cytologique réflexe sera effectué sur le même échantillon que celui soumis au laboratoire pour le test du VPH.
- Le dépistage primaire par le test du VPH est de plus en plus considéré comme la norme de soins dans le cadre des programmes structurés de dépistage du cancer du col de l'utérus mis en place à l'échelle internationale, et de nombreux pays sont déjà passés du test cytologique au test du VPH^{4, 5, 6, 7}.

Tableau 1 – Caractéristiques particulières du test du VPH et du test cytologique pour le dépistage du cancer du col de l’utérus

Caractéristique	Test du VPH	Test cytologique
Sensibilité ponctuelle ^a dans la détection des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l’utérus (définie dans l’étude comme néoplasie intra-épithéliale du col utérin 2+ [CIN2+])	96 % ^{8, b}	53 % ^{8, b}
Spécificité ponctuelle ^c dans la détection des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l’utérus (définie dans l’étude comme CIN2+)	91 % ^{8, b}	96 % ^{8, b}
Ce que le test permet de détecter	Types oncogènes de VPH dans le col utérin	Modifications anormales des cellules du col utérin
Interprétation du test ⁹	Objectif et reproductible ⁹	Subjectif ⁹

2. Quand est-ce que le test du virus du papillome humain (VPH) sera accessible pour le dépistage et la colposcopie dans le cadre du Programme ontarien de dépistage du cancer du col de l’utérus (PODCCU)?

- Santé Ontario (Action Cancer Ontario) travaille en collaboration avec le ministère de la Santé sur les changements à apporter au PODCCU avant de pouvoir mettre en place le test du VPH. Une fois que ces changements auront été effectués, le test du VPH, accompagné du test cytologique réflexe (également appelé « test Pap »), remplacera le test cytologique et deviendra le test primaire de dépistage du cancer du col de l’utérus en Ontario. Dans le cadre de la colposcopie, le test du VPH et le test cytologique seront utilisés de manière conjointe au lieu du seul test cytologique.

^a La sensibilité est l’efficacité avec laquelle un test de dépistage du cancer du col de l’utérus peut détecter les lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l’utérus chez les personnes qui en sont atteintes (96,1 % des personnes concernées par ce cas de figure obtiennent un résultat positif au test du VPH).

^b Les estimations de sensibilité et de spécificité indiquées ici sont issues des données sur le rendement dans le contexte des programmes de dépistage du cancer du col de l’utérus qui sont mis en œuvre en Europe et en Amérique du Nord. Néanmoins, les estimations spécifiques devraient varier en fonction du test utilisé et de la population de dépistage.

^c La spécificité est l’efficacité avec laquelle un test de dépistage du cancer du col de l’utérus peut indiquer un résultat normal chez les personnes qui ne sont pas atteintes de lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l’utérus (90,7 % des personnes concernées par ce cas de figure obtiennent un résultat négatif au test de dépistage).

- Une fois qu'ils seront connus, des renseignements complémentaires, notamment la date de lancement, seront communiqués aux praticiens de services de dépistage du cancer du col de l'utérus ou de colposcopie.
- Pour faire en sorte que les professionnels soient bien préparés au lancement du test du VPH, des ressources supplémentaires seront mises à leur disposition dans le centre de ressources consacrées à la mise en place du test du VPH, accessible à l'adresse santeontario.ca/pole-vph

Changements apportés au Programme ontarien de dépistage du cancer du col de l'utérus et aux recommandations en matière de dépistage

3. Qui est admissible au Programme ontarien de dépistage du cancer du col de l'utérus (PODCCU)?

- Une personne est admissible au dépistage du cancer du col de l'utérus dans le cadre du PODCCU si :
 - elle possède un col de l'utérus^a, y compris les femmes, les personnes bispirituelles, les personnes transmasculines et les personnes non binaires, ainsi que les personnes qui ont subi une hystérectomie subtotale et qui ont conservé leur col de l'utérus;
 - elle est âgée de 25 à 69 ans (certaines personnes peuvent faire l'objet d'un dépistage jusqu'à 74 ans)^b;
 - elle a déjà eu des contacts sexuels^c;
 - elle dispose d'une couverture au titre de l'Assurance-santé de l'Ontario^d;

^a Le dépistage n'est pas recommandé chez les personnes nées sans col de l'utérus et chez les personnes transféminines dotées d'un néovagin, car il peut ne pas être indiqué sur le plan clinique ou scientifique. Le dépistage systématique n'est pas recommandé chez les personnes dont le col de l'utérus a été retiré à la suite d'une hystérectomie; pour de plus amples renseignements, consultez le guide du PODCCU sur le dépistage au niveau de la voûte vaginale.

^b Les personnes âgées de 65 à 69 ans qui obtiennent un résultat négatif au test du VPH peuvent, à quelques exceptions près, arrêter le dépistage du cancer du col de l'utérus. Les personnes suivantes doivent se soumettre à un dépistage jusqu'à 74 ans : les personnes qui n'ont pas subi de dépistage entre 65 et 69 ans, les personnes immunodéprimées et les personnes qui sont sorties d'une colposcopie, mais qui ne répondent pas encore aux critères nécessaires pour reprendre le dépistage systématique du cancer du col de l'utérus à l'âge de 69 ans.

^c L'activité sexuelle est définie comme tout contact sexuel avec les organes génitaux (parties intimes) d'une autre personne. Ce contact peut se faire avec les mains, la bouche ou les organes génitaux, et comprend le partage d'accessoires sexuels. Les praticiens doivent définir ce que l'on entend par « contact sexuel » afin que leurs patients comprennent que cette notion englobe les personnes qui ont eu des contacts sexuels avec une seule personne, qui ont eu le même partenaire sexuel pendant longtemps, qui n'ont pas eu de contacts sexuels depuis longtemps ou qui ont eu des contacts sexuels avec une personne du même sexe.

^d Pour aider une personne à obtenir une couverture au titre de l'Assurance-santé de l'Ontario, rendez-vous sur ontario.ca/fr/page/sinscrire-lassurance-sante-de-lontario-et-obtenir-une-carte-sante, appelez ServiceOntario sans frais au 1-800-267-8097 ou envoyez un message texte sans frais au 1-800-268-7095 (ATS) pour obtenir de plus amples renseignements.

- elle ne présente aucun symptôme laissant présager un cancer du col de l'utérus, comme des pertes ou saignements vaginaux inhabituels, des saignements après une activité sexuelle^c ou des douleurs pelviennes.
- Les personnes immunisées contre le virus du papillome humain (VPH), les personnes enceintes et les personnes ménopausées qui répondent aux critères d'admissibilité du PODCCU mentionnés ci-dessus doivent quand même subir un dépistage du cancer du col de l'utérus.

4. Quelles sont les recommandations en matière de dépistage du cancer du col de l'utérus chez les personnes immunodéprimées?

- La plupart des cas de cancer du col de l'utérus sont causés par une infection persistante par des types oncogènes de virus du papillome humain (VPH). L'immunodépression peut réduire la capacité d'une personne à éliminer une infection par le VPH. Elle peut également accélérer le rythme des modifications des cellules du col de l'utérus et l'évolution vers le cancer du col de l'utérus. C'est pourquoi les personnes immunodéprimées ont un risque plus élevé de voir apparaître des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus¹⁰.
- Il existe peu de données probantes pour déterminer l'âge auquel il convient de commencer le dépistage chez les personnes immunodéprimées, ainsi que l'intervalle à observer entre chaque dépistage. De ce fait, les recommandations visant les personnes immunodéprimées sont fondées sur l'opinion des experts, les pratiques en vigueur dans les autres territoires et le principe de précaution (c'est-à-dire qu'en présence de risques de préjudice, l'incertitude scientifique doit être résolue en faveur de la prévention des préjudices).
- Le Programme ontarien de dépistage du cancer du col de l'utérus (PODCCU) recommande que les personnes immunodéprimées subissent un dépistage tous les trois ans (tant que leurs résultats au test du VPH sont négatifs), soit plus fréquemment que l'intervalle de cinq ans préconisé pour les personnes de la population générale de dépistage.
- Les recommandations du PODCCU en matière de dépistage chez les personnes immunodéprimées s'appliquent aux personnes qui répondent aux critères d'admissibilité du programme et à la définition de l'immunodépression de celui-ci. Les personnes immunodéprimées comprennent :
 - les personnes qui vivent avec le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ou le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA), quel que soit leur nombre de cellules CD4;
 - les personnes qui sont atteintes d'une immunodéficience congénitale (primaire);
 - les personnes qui ont subi une greffe (qu'il s'agisse d'une greffe d'organe solide ou de cellules souches allogènes);
 - les personnes qui doivent être traitées (de manière continue ou à intervalles fréquents) à l'aide de médicaments occasionnant une immunodépression pendant trois ans ou plus;
 - les personnes qui vivent avec un lupus érythémateux disséminé, qu'elles fassent l'objet d'un traitement immunodépresseur ou non;

- les personnes qui souffrent d'insuffisance rénale et ont besoin d'une dialyse.

5. Comment les intervalles de dépistage du cancer du col de l'utérus vont-ils changer avec le test du virus du papillome humain (VPH)?

- Avant le lancement du test du VPH, le Programme ontarien de dépistage du cancer du col de l'utérus (PODCCU) recommandait de procéder à un dépistage du cancer du col de l'utérus au moyen d'un test cytologique (également appelé « test Pap ») trois ans après chaque résultat normal obtenu à ce test.
- Le PODCCU recommande désormais que la plupart des personnes admissibles se soumettent à un dépistage à l'aide du test du VPH cinq ans après chaque résultat négatif obtenu à ce test.
- Il existe toutefois quelques exceptions :
 - **Les personnes immunodéprimées.**
 - L'intervalle de dépistage chez les personnes immunodéprimées est de trois ans après l'obtention d'un résultat négatif au test du VPH.
 - **Les personnes positives au VPH (autres types à risque élevé) dont les résultats au test cytologique réflexe sont normaux ou de bas grade.**
 - Les personnes chez lesquelles des types oncogènes de VPH autres que les types 16, 18 et 45 ont été détectés (positives au VPH [autres types à risque élevé]) et dont les résultats au test cytologique réflexe sont normaux ou de bas grade doivent se soumettre à nouveau à un dépistage au bout de deux ans.
 - Si elles sont toujours positives au VPH lors de leur test de dépistage suivant, elles doivent être orientées directement vers une colposcopie, quel que soit leur type de VPH ou leur résultat au test cytologique réflexe.
 - **Les personnes qui sont sorties d'une colposcopie.**
 - Les personnes qui sont sorties d'une colposcopie doivent se soumettre à un dépistage au bout de deux, trois ou cinq ans, en fonction de leurs résultats au test cytologique lors de la demande de consultation, de leur état immunitaire, de leurs résultats aux tests histologique et cytologique, de leur test du VPH au moment de la sortie, et de la nécessité éventuelle d'un traitement avant la sortie de la colposcopie.
 - Pour de plus amples détails, consultez les parcours de colposcopie du Programme ontarien de dépistage du cancer du col de l'utérus et le tableau de suivi après la sortie, qui se trouvent dans le centre de ressources consacrées à la mise en place du test du VPH, accessible à l'adresse santeontario.ca/pole-vph

6. Pourquoi l'intervalle de dépistage passe-t-il de trois à cinq ans chez les personnes dont les résultats au test du virus du papillome humain (VPH) sont négatifs?

- Étant donné que le cancer du col de l'utérus met de nombreuses années à se développer, le risque qu'une personne développe des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus est très faible si elle est infectée par un type oncogène de VPH au cours des cinq années suivant l'obtention d'un résultat négatif au test du VPH^{11, 12, 13, 14, 15, 16, 17}. Par ailleurs, les praticiens peuvent être confiants dans le fait qu'un résultat négatif au test du VPH permet de détecter correctement les personnes qui ne sont pas atteintes de lésions précancéreuses ou cancéreuses (le test du VPH donne une valeur prédictive négative élevée)^{18, 19}.
- Les données publiées montrent que le risque de modifications anormales de haut grade des cellules du col de l'utérus cinq ans après l'obtention d'un résultat négatif au test du VPH est inférieur au risque trois ans après l'obtention d'un résultat normal au test cytologique (également appelé « test Pap »), l'intervalle de dépistage de cinq ans n'augmentera pas le nombre de diagnostics de cancers du col de l'utérus²⁰.
- Les données disponibles n'encouragent pas un dépistage plus fréquent à l'aide du test du VPH, car elles montrent que les risques liés à des intervalles de dépistage plus courts l'emportent sur les avantages²¹. Un dépistage plus fréquent peut se traduire par une détection accrue de faux positifs et par une hausse du nombre d'orientations vers la colposcopie²², ce qui est source d'anxiété, d'inconfort et de douleur inutiles²³.
- L'intervalle de dépistage de cinq ans a été largement adopté à l'échelle internationale au sein de populations similaires à celles de l'Ontario.

7. Les personnes ayant des antécédents de modifications anormales des cellules du col de l'utérus et ayant subi une hystérectomie doivent-elles se soumettre à un dépistage au niveau de la voûte vaginale?

- Seules les personnes appartenant aux deux groupes suivants doivent se soumettre à un test de dépistage du virus du papillome humain (VPH) au niveau de la voûte vaginale après une hystérectomie^a :

^a L'utilisation du test de dépistage du VPH est approuvée par Santé Canada pour les échantillons cervicaux prélevés par les professionnels de la santé, mais n'a pas été examinée ou autorisée par Santé Canada pour une utilisation à la voûte vaginale. La performance du test de dépistage du VPH n'a pas été spécifiquement évaluée pour la détection des précancers/cancers vaginaux dans les populations concernées, par conséquent, les risques pour la patiente peuvent inclure, sans s'y limiter, une diminution de la précision du test. Les lignes directrices du Programme ontarien de dépistage du cancer du col de l'utérus concernant les tests de la voûte vaginale ont été élaborées par le ministère de la Santé de l'Ontario en consultation avec un groupe d'experts internationaux et multidisciplinaires. D'autres administrations canadiennes et internationales fournissent également des conseils sur l'utilisation du test de dépistage du VPH de la voûte vaginale. Les renseignements fournis par Santé Ontario ne visent pas à remplacer l'expérience professionnelle, le jugement indépendant et la prise de décisions d'un(e) clinicien(ne). Santé Ontario n'assume aucune responsabilité pour toute erreur ou omission associée aux renseignements fournis dans le présent document et n'assume aucune responsabilité pour toute décision ou action prise par le ou la clinicien(ne) ou d'autres en se fiant sur les renseignements contenus dans ces documents.

- Les personnes dont le col utérin présente l'une des histologies suivantes au moment de l'hystérectomie (c'est-à-dire dans la pièce d'hystérectomie), quel que soit l'état des marges ou l'état connu à l'égard du VPH :
 - Lésion intra-épithéliale malpighienne de bas grade (LSIL)
 - Lésion intra-épithéliale malpighienne de haut grade (HSIL)
 - Adénocarcinome in situ (AIS)
- Les personnes ayant des antécédents de cancer du col de l'utérus de stade précoce (cancer du col de l'utérus micro-invasif, stade 1A1 uniquement), indépendamment du fait qu'il y ait encore des signes de lésions cancéreuses ou précancéreuses au moment de l'hystérectomie (celles-ci ayant pu être excisées à l'aide d'une technique LEEP ou d'un cône avant l'hystérectomie).
- Si le **premier** test du VPH au niveau de la voûte vaginale donne un résultat négatif, aucun autre test du VPH n'est nécessaire.
- Si une personne obtient un résultat positif au test du VPH, il convient de l'orienter directement vers une colposcopie, quel que soit le type de VPH ou le résultat obtenu au test cytologique réflexe.
- Pour de plus amples détails, consultez le document intitulé *Guide du Programme ontarien de dépistage du cancer du col de l'utérus pour le dépistage au niveau de la voûte vaginale*, disponible dans le centre de ressources consacrées à la mise en place du test du VPH, accessible à l'adresse santeontario.ca/pole-vph

Lancement du test du virus du papillome humain

8. Quel est le délai recommandé pour le prochain test de dépistage d'une personne de moins de 25 ans ayant obtenu un résultat normal au test cytologique (également appelé « test Pap ») avant la mise en place du test du virus du papillome humain (VPH)?

- Les personnes ayant obtenu un résultat normal au test cytologique et qui ont moins de 25 ans et sont immunocompétentes doivent repousser leur prochain dépistage jusqu'à l'âge de 25 ans, ou trois ans après leur dernier test, la date la plus tardive étant à retenir.
- Les personnes ayant obtenu un résultat normal au test cytologique et qui ont moins de 25 ans et sont immunodéprimées doivent repousser leur prochain dépistage jusqu'à l'âge de 25 ans, ou douze mois après leur dernier test, la date la plus tardive étant à retenir.

9. Après le lancement du test de dépistage du virus du papillome humain (VPH), comment les colposcopistes doivent-ils prendre en charge les personnes qui leur ont été référées avant le lancement et qui n'ont que des résultats de tests cytologiques (également connus sous le nom de tests Pap)?

Après le lancement du test VPH, les consultations en colposcopie devraient suivre les nouveaux parcours de colposcopie du Programme ontarien de dépistage du cancer du col de l'utérus (PODCCU). Les colposcopistes doivent utiliser ces nouveaux parcours de soins pour toutes leurs patientes, y compris pour les personnes qui n'ont été dépistées que par cytologie et qui entrent en colposcopie ou qui sont déjà en colposcopie avec un statut VPH inconnu.

Pour les personnes entrant en colposcopie qui ont été référées et qui n'ont que des résultats de cytologie (statut VPH inconnu), veuillez suivre les nouveaux parcours de colposcopie du PODCCU sur la base de leurs :

- Résultats de cytologie (test Pap) au moment de la référence
- Résultats histologiques prélevés à la première colposcopie et disponibles à la suite de celle-ci (c'est-à-dire si l'on a détecté une lésion intraépithéliale malpighienne de haut grade ou un adénocarcinome in situ).

Le PODCCU a formulé des recommandations sur le parcours colposcopique à suivre, ainsi que sur le moment où il convient d'effectuer un co-test VPH-cytologie sur la base des résultats de cytologie au moment de la référence et des résultats de la colposcopie de la première consultation. Ces recommandations sont résumées dans les tableaux ci-dessous.

Tableau 1. Recommandations concernant la colposcopie pour les personnes entrant en colposcopie qui n'ont que des résultats de cytologie (statut VPH inconnu)

Résultat du test cytologique au moment de la référence	Un co-test VPH-cytologie doit-il être prélevé à la première consultation en colposcopie?	Résultat histologique de la première consultation en colposcopie	Quelles sont les étapes recommandées après la première consultation en colposcopie?
Bas grade	Prélever un co-test VPH-cytologie à la première consultation en colposcopie ^a	Aucune histologie de haut grade détectée (aucune lésion observée ou lésion non détectée par biopsie $\leq$ LSIL)	Selon le parcours 1 de colposcopie du PODCCU, donner le congé de colposcopie et déterminer l'intervalle entre le congé et le prochain test de dépistage du cancer du col de l'utérus en soins primaires sur la base des résultats du co-test : Si la cytologie est $\leq$ LSIL, l'intervalle pour retourner à un dépistage en soins

^a Un co-test VPH-cytologie est recommandé à la première consultation en colposcopie pour toutes les personnes qui entrent en colposcopie et qui ont été référées avec une cytologie de bas grade. Ce test est prélevé en même temps qu'une biopsie et avant que les résultats histologiques de la biopsie ne soient disponibles. Lorsqu'aucune histologie de haut grade n'est détectée (aucune lésion observée ou lésion non détectée par biopsie $<$ LSIL), les résultats du co-test VPH-cytologie peuvent être utilisés pour déterminer l'intervalle entre le congé et le prochain test de dépistage du cancer du col de l'utérus en soins primaires, selon les résultats du co-test. Si une histologie de haut grade est détectée, il est recommandé de procéder à un traitement.

Résultat du test cytologique au moment de la référence	Un co-test VPH-cytologie doit-il être prélevé à la première consultation en colposcopie?	Résultat histologique de la première consultation en colposcopie	Quelles sont les étapes recommandées après la première consultation en colposcopie?
			primaires est déterminé par le résultat VPH. • Si les résultats pour le VPH sont positifs, retourner à un dépistage en soins primaires dans 2 ans • Si les résultats pour le VPH sont négatifs, retourner à un dépistage en soins primaires dans 5 ans (ou 3 ans en cas d'immunodépression^b) Si le résultat cytologique du co-test est de haut grade, prendre en charge en suivant le parcours colposcopique du PODCCU correspondant, sur la base du résultat cytologique.
Bas grade	Prélever un co-test VPH-cytologie à la première consultation en colposcopie ^a	Histologie de haut grade détectée	Traiter et suivre le parcours 6 : Prise en charge post-traitement pour les HSIL confirmées par histologie ^c
Haut grade, à l'exclusion de l'AIS	Aucun co-test VPH-cytologie n'est requis à la première consultation en colposcopie ^d	Aucune histologie de haut grade détectée	Suivre le parcours 2 : Les personnes référées avec des résultats cytologiques de haut grade (ASC-H, LSIL-H, HSIL)

^b Le PODCCU inclut les groupes suivants dans sa définition de personne immunodéprimée : Les personnes vivant avec le VIH/sida (quel que soit le nombre de cellules CD4); Les personnes ayant une immunodéficience congénitale (primaire); Les personnes ayant eu une greffe (d'organe solide ou de cellules souches allogéniques); Les personnes nécessitant un traitement (continu ou à intervalles fréquents) avec des médicaments qui entraînent une immunodépression pendant 3 ans ou plus; Les personnes atteintes de lupus érythémateux disséminé, qu'elles reçoivent ou non un traitement immunosuppresseur; Les personnes vivant avec une insuffisance rénale et nécessitant une dialyse

^c Les parcours de colposcopie du PODCCU peuvent être consultés à l'adresse santeontario.ca/pole-vph

^d Les co-tests VPH-cytologie sont utilisés pour déterminer l'intervalle entre le congé et le prochain test de dépistage du cancer du col de l'utérus en soins primaires. Ainsi, les co-tests ne sont pas recommandés lorsque des consultations supplémentaires en colposcopie sont nécessaires et que le congé n'est pas imminent.

Résultat du test cytologique au moment de la référence	Un co-test VPH-cytologie doit-il être prélevé à la première consultation en colposcopie?	Résultat histologique de la première consultation en colposcopie	Quelles sont les étapes recommandées après la première consultation en colposcopie?
Haut grade, à l'exclusion de l'AIS	Aucun co-test VPH-cytologie n'est requis à la première consultation en colposcopie ^d	Histologie de haut grade détectée	Traiter et suivre le parcours 6 : Prise en charge post-traitement pour les HSIL confirmées par histologie ^c
AGC^e	Aucun co-test VPH-cytologie n'est requis à la première consultation en colposcopie ^d	Aucune histologie de haut grade détectée	Suivre le parcours 3 : Personnes référées avec des résultats cytologiques AGC ou AEC ^c
AIS	Aucun co-test VPH-cytologie n'est requis à la première consultation en colposcopie ^d	Un ou l'autre	Suivre le parcours 4 : Personnes référées avec des résultats cytologiques AIS

AIS = adénocarcinome in situ; ASC-H = atypie des cellules malpighiennes, sans pouvoir exclure une lésion malpighienne intraépithéliale de haut grade; ASCUS = atypie des cellules malpighiennes de signification indéterminée; VPH = virus du papillome humain; HSIL = lésion intraépithéliale malpighienne de haut grade; LSIL = lésion intraépithéliale malpighienne de bas grade; LSIL-H = LSIL, sans pouvoir exclure HSIL; NILM = négatif pour lésion intraépithéliale ou malignité; PODCCU = Programme ontarien de dépistage du cancer du col de l'utérus

Pour les personnes déjà prises en charge en colposcopie qui n'ont que des résultats de dépistage cytologique (statut VPH inconnu) :

- Suivre les nouveaux parcours de colposcopie du PODCCU sur la base des résultats de test cytologique du grade le plus élevé, et
- Prendre en charge et donner le congé sur la base des résultats du co-test VPH-cytologie.

Le tableau ci-dessous fournit des recommandations sur le co-test VPH-cytologie pour le congé de colposcopie pour plusieurs scénarios cliniques.

^e Comprend AGC-N/NOS, AEC-N/NOS (AGC-N = cellules glandulaires atypiques, favorables à la néoplasie; AGC-NOS = AGC, non spécifié autrement; AEC-N = cellules endocervicales atypiques, favorables à la néoplasie; AEC-NOS = AEC, non spécifié autrement).

Tableau 2. Recommandations en matière de colposcopie pour les personnes déjà prises en charge en colposcopie et n'ayant que des résultats de cytologie (statut VPH inconnu)

Résultat du test cytologique du grade le plus élevé	Parcours de colposcopie du PODCCU recommandé ^a	Recommandations concernant la colposcopie et le co-test VPH-cytologie pour déterminer le congé de colposcopie et quand reprendre le dépistage en soins primaires
Bas grade	Suivre le parcours 1 : Personnes référées avec des résultats cytologiques normaux (NILM) ou de bas grade (ASCUS, LSIL)	En entrant dans le parcours 1, une seule consultation en colposcopie est nécessaire pour confirmer l'absence d'histologie de haut grade et l'admissibilité au congé de colposcopie. Un co-test VPH-cytologie est recommandé avant le congé pour déterminer quand reprendre le dépistage en soins primaires ^f
Haut grade	Suivre le parcours 2 : Les personnes référées avec des résultats cytologiques de haut grade (ASC-H, LSIL-H, HSIL)	En entrant dans le parcours 2, au moins deux consultations en colposcopie sont nécessaires pour confirmer l'absence d'histologie de haut grade et l'admissibilité au congé de colposcopie. Par conséquent, si toutes les investigations requises à la première consultation en colposcopie dans le cadre du parcours 2 ^b sont complètes et normales, au moins une autre consultation est nécessaire. Un co-test VPH-cytologie est recommandé avant le congé pour déterminer quand reprendre le dépistage en soins primaires ^f
AGC^e	Suivre le parcours 3 : Personnes référées avec des résultats cytologiques AGC ou AEC	En entrant dans le parcours 3, au moins deux consultations en colposcopie sont nécessaires pour confirmer l'absence d'histologie de haut grade et l'admissibilité au congé de colposcopie. Par conséquent, si toutes les investigations requises à la première consultation en colposcopie dans le cadre du parcours 3 ^c sont complètes et normales, au moins une autre consultation est nécessaire.

^f Les personnes dont les résultats du test VPH sont négatifs peuvent reprendre le dépistage avec le test VPH en soins primaires dans cinq ans (ou trois ans si elles sont immunodéprimées) et les personnes dont les résultats du test VPH sont positifs peuvent reprendre le dépistage dans deux ans. Le PODCCU inclut les groupes suivants dans sa définition de personne immunodéprimée : Les personnes vivant avec le VIH/sida (quel que soit le nombre de cellules CD4); Les personnes ayant une immunodéficience congénitale (primaire); Les personnes ayant eu une greffe (d'organe solide ou de cellules souches allogéniques); Les personnes nécessitant un traitement (continu ou à intervalles fréquents) avec des médicaments qui entraînent une immunodépression pendant 3 ans ou plus; Les personnes atteintes de lupus érythémateux disséminé, qu'elles reçoivent ou non un traitement immunosuppresseur; Les personnes vivant avec une insuffisance rénale et nécessitant une dialyse

Résultat du test cytologique du grade le plus élevé	Parcours de colposcopie du PODCCU recommandé ^a	Recommandations concernant la colposcopie et le co-test VPH-cytologie pour déterminer le congé de colposcopie et quand reprendre le dépistage en soins primaires
		Un co-test VPH-cytologie est recommandé avant le congé pour déterminer quand reprendre le dépistage en soins primaires ^f
Post-traitement (à l'exclusion de l'AIS)	Suivre le parcours 6 : Prise en charge post-traitement pour les HSIL confirmées par histologie	En entrant dans le parcours 6, au moins deux consultations en colposcopie sont nécessaires pour confirmer l'absence d'histologie de haut grade et l'admissibilité au congé de colposcopie. Il est recommandé d'utiliser deux co-tests VPH-cytologie (chacun effectué lors de consultations différentes) pour déterminer quand reprendre le dépistage en soins primaires. <u>Seule exception</u> : si une personne a déjà eu deux consultations en colposcopie avant le lancement du test VPH et que, lors de la troisième consultation, aucune dysplasie de haut grade n'est détectée, un seul co-test VPH-cytologie est recommandé pour déterminer quand reprendre le dépistage en soins primaires^f
AIS ou post-traitement pour AIS	Suivre le parcours 7 : Prise en charge post-traitement pour les AIS confirmés par histologie	Un minimum de 5 ans de suivi en colposcopie avec des résultats cytologiques négatifs est recommandé pour confirmer l'absence d'histologie de haut grade ou d'AIS ou trois co-tests VPH/cytologie négatifs consécutifs sont nécessaires avant de passer au dépistage en soins primaires. Pour les personnes déjà en soins post-traitement, les colposcopistes peuvent envisager de prolonger le suivi pour réaliser un co-test VPH/cytologie.

AIS = adénocarcinome in situ; ASC-H = atypie des cellules malpighiennes, sans pouvoir exclure une lésion malpighienne intraépithéliale de haut grade; ASCUS = atypie des cellules malpighiennes de signification indéterminée; VPH = virus du papillome humain; HSIL = lésion intraépithéliale malpighienne de haut grade; LSIL = lésion intraépithéliale malpighienne de bas grade; LSIL-H = LSIL, sans pouvoir exclure HSIL; NILM = négatif pour lésion intraépithéliale ou malignité; PODCCU = Programme ontarien de dépistage du cancer du col de l'utérus

10. Quel est le délai recommandé pour le prochain test de dépistage d'une personne de moins de 25 ans ayant obtenu un résultat anormal au test cytologique (également appelé « test Pap ») avant la mise en place du test du virus du papillome humain (VPH)?

- Pour les personnes de moins de 25 ans ayant obtenu un résultat anormal au test cytologique avant la mise en place du test du VPH, les recommandations relatives aux prochaines étapes varient en fonction des résultats de leur test cytologique, de leurs antécédents de dépistage et de leur état immunitaire.
- Pour les personnes immunocompétentes ayant obtenu un premier résultat de bas grade au test cytologique avant le lancement du test du VPH, le nouveau dépistage à l'aide du test du VPH doit être repoussé jusqu'à ce qu'elles atteignent l'âge de 25 ans.
 - Cette recommandation repose sur des données montrant que les infections par le VPH et les modifications des cellules du col utérin qui en découlent devraient disparaître d'elles-mêmes chez les personnes de moins de 25 ans²⁴.
 - Toutefois, si une personne choisit de ne pas repousser le dépistage après avoir discuté avec son fournisseur des avantages limités et des risques potentiellement liés à un nouveau dépistage avant l'âge de 25 ans, elle a la possibilité de se soumettre à un nouveau dépistage à l'aide d'un test du VPH dans un délai de douze mois.
 - Le suivi des personnes qui choisissent de se soumettre à un nouveau dépistage avant l'âge de 25 ans doit être fondé sur les recommandations relatives au test du VPH.
- Pour les personnes immunodéprimées^a ayant obtenu un premier résultat de bas grade au test cytologique avant le lancement du test du VPH, le nouveau dépistage à l'aide du test du VPH doit être effectué douze mois après avoir obtenu leur résultat de bas grade, quel que soit leur âge.
 - La plupart des cas de cancer du col de l'utérus sont causés par une infection persistante par des types oncogènes de VPH. L'immunodépression peut réduire la capacité d'une personne à éliminer une infection par le VPH.
 - L'immunodépression peut également accélérer le rythme des modifications des cellules du col de l'utérus induites par une infection par le VPH, y compris l'évolution vers le cancer du col de l'utérus.

^a Le Programme ontarien de dépistage du cancer du col de l'utérus englobe les groupes suivants dans sa définition de l'immunodépression : Les personnes qui vivent avec le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ou le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA), quel que soit leur nombre de cellules CD4; Les personnes qui sont atteintes d'une immunodéficience congénitale (primaire); Les personnes ayant reçu une greffe (qu'il s'agisse d'une greffe d'organe solide ou de cellules souches allogènes); Les personnes qui doivent être traitées (de manière continue ou à intervalles fréquents) à l'aide de médicaments occasionnant une immunodépression pendant trois ans ou plus; Les personnes qui vivent avec un lupus érythémateux disséminé, qu'elles fassent l'objet d'un traitement immunodépresseur ou non; Les personnes qui souffrent d'insuffisance rénale et ont besoin d'une dialyse.

- De ce fait, les personnes immunodéprimées qui présentent des anomalies connues au niveau du col de l'utérus ne doivent pas repousser leur nouveau dépistage jusqu'à l'âge de 25 ans.
- Les personnes ayant obtenu deux fois de suite un résultat de bas grade au test cytologique et celles ayant obtenu un résultat de haut grade au test cytologique avant le lancement du test du VPH doivent être orientées directement vers la colposcopie, quel que soit leur état immunitaire.

11. Quel est le délai recommandé pour le prochain test de dépistage d'une personne de moins de 25 ans ayant obtenu un résultat insuffisant au test cytologique (également appelé « test Pap ») avant la mise en place du test du virus du papillome humain (VPH)?

- Le Programme ontarien de dépistage du cancer du col de l'utérus (PODCCU) recommande de repousser le nouveau dépistage jusqu'à l'âge de 25 ans si une personne de moins de 25 ans a obtenu un résultat insuffisant au test cytologique avant la mise en place du test du VPH.
- L'obtention de résultats insuffisants au test cytologique est due à des erreurs de prélèvement et de traitement des échantillons, et non à une augmentation du risque de lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus.
- Il est indiqué d'attendre jusqu'à l'âge de 25 ans pour se soumettre à un nouveau dépistage, car l'incidence du cancer du col de l'utérus chez les personnes de moins de 25 ans est extrêmement faible²⁵. Le risque est plus faible dans ce groupe d'âge, car les modifications anormales des cellules du col de l'utérus chez les personnes de moins de 25 ans ont tendance à être transitoires et sont moins susceptibles d'évoluer vers des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus²⁶.
- En raison de la longue histoire naturelle du cancer du col de l'utérus, les cas d'évolution vers des lésions précancéreuses et cancéreuses sont susceptibles d'être détectés par un dépistage régulier après l'âge de 25 ans.
- Laisser le temps aux modifications anormales transitoires des cellules du col de l'utérus de se normaliser chez les personnes de moins de 25 ans permet également d'éviter les examens de suivi ou les traitements inutiles par colposcopie, qui peuvent avoir des effets néfastes connexes.
- Dès lors, le dépistage chez les personnes de moins de 25 ans ne comporte pas d'avantages notables et peut avoir des effets néfastes.
- Les données disponibles confirment la nécessité d'attendre l'âge de 25 ans pour procéder à un nouveau dépistage. Néanmoins, si, après avoir discuté des avantages et des risques avec son fournisseur, une personne souhaite se soumettre à un nouveau dépistage plus tôt, le PODCCU recommande de le faire à l'aide du test du VPH au moment qui lui convient le mieux.

12. Comment les colposcopistes doivent-ils gérer le suivi des personnes âgées de 21 à 24 ans ayant subi une colposcopie après la mise en place du test du virus du papillome humain (VPH)?

- Pour les personnes âgées de 21 à 24 ans qui sont immunocompétentes et qui présentent une histologie de lésion intra-épithéliale malpighienne de haut grade (HSIL), détectée lors de la colposcopie, le Programme ontarien de dépistage du cancer du col de l'utérus recommande ce qui suit :
 - Prise en charge conservatrice avec deux visites de colposcopie de suivi espacées de douze mois. La prise en charge conservatrice peut comprendre une inspection visuelle et des biopsies sans traitement (c'est-à-dire sans intervention d'excision diagnostique comme une technique d'excision électrochirurgicale à l'anse).
 - Si l'histologie HSIL persiste au bout de deux ans, il est recommandé d'entreprendre un traitement. Néanmoins, dans certains cas, les colposcopistes peuvent choisir de la traiter au cours de la période de prise en charge conservatrice de deux ans.
 - Pour les personnes âgées de 21 à 24 ans qui présentent une histologie d'adénocarcinome in situ (AIS), détectée lors de la colposcopie, le PODCCU recommande une prise en charge conforme au parcours de colposcopie à suivre en cas d'AIS.
- Le PODCCU recommande une prise en charge selon le parcours de colposcopie numéro 3 chez les personnes âgées de 21 à 24 ans qui sont référées en colposcopie en raison :
 - d'une atypie des cellules glandulaires suggérant une néoplasie (AGC-N);
 - d'une atypie des cellules glandulaires ne pouvant être précisée (AGC-NOS);
 - d'une atypie des cellules endocervicales suggérant une néoplasie (AEC-N);
 - d'une atypie des cellules endocervicales ne pouvant être précisée (AEC-NOS).

Commande du test du virus du papillome humain et prélèvement de l'échantillon

13. Y aura-t-il un nouveau formulaire de demande spécifique au Programme ontarien de dépistage du cancer du col de l'utérus (PODCCU) pour le test du virus du papillome humain (VPH) et le test cytologique (également appelé « test Pap ») dans le cadre d'une colposcopie?

- Oui. Il y aura un nouveau formulaire de demande spécifique au PODCCU à utiliser dans le cadre d'un épisode de soins colposcopiques (*Demande de test du VPH et de test cytologique à des fins de suivi des anomalies liées au dépistage*).
- Les praticiens ne pourront pas commander des tests financés par le PODCCU au moyen de tout autre formulaire de demande.

14. Où les colposcopistes peuvent-ils trouver le nouveau formulaire de demande spécifique au Programme ontarien de dépistage du cancer du col de l'utérus (PODCCU) pour le test du virus du papillome humain (VPH) et le test cytologique (également appelé « test Pap ») dans le cadre d'une colposcopie?

- Dans la perspective du lancement du test du VPH, les programmes régionaux de cancérologie travailleront en collaboration avec les établissements de colposcopie partenaires pour faciliter l'intégration du formulaire de demande spécifique à la colposcopie (*Demande de test du VPH et de test cytologique à des fins de suivi des anomalies liées au dépistage*) dans les systèmes de dossiers médicaux électroniques, si nécessaire.
- Ce formulaire sera également disponible dans le centre de ressources consacrées à la mise en place du test du VPH, accessible à l'adresse santeontario.ca/pole-vph, et sera envoyé dans le cadre d'une trousse informative de documents préalables au lancement, destinée aux colposcopistes.
- Pour toute question, les colposcopistes peuvent communiquer directement avec leur programme régional de cancérologie ou avec leur établissement.
- Contrairement au formulaire de demande de test cytologique, le nouveau formulaire de demande de test du VPH et de test cytologique du PODCCU ne sera pas disponible par l'intermédiaire des laboratoires.

Changements apportés aux recommandations en matière de colposcopie du Programme ontarien de dépistage du cancer du col de l'utérus

15. Que se passe-t-il lorsqu'une personne sort d'une colposcopie et retourne aux soins primaires?

- Les colposcopistes sont vivement encouragés à envoyer une lettre de sortie lorsqu'une personne est renvoyée vers les soins primaires. La lettre de sortie doit préciser si la personne a eu besoin d'un traitement et le moment où elle doit reprendre le dépistage.
- Le PODCCU est en train de réviser le modèle actuel de lettre de sortie pour le lancement du test du VPH, qui sera disponible dans le centre de ressources consacrées à la mise en place du test du VPH, accessible à l'adresse santeontario.ca/pole-vph

- Les praticiens de soins primaires doivent veiller à ce que les participants se soumettent au dépistage en temps opportun. Les personnes qui sortent d'une colposcopie pour subir un dépistage avant un délai de cinq ans ne recevront pas de lettre de rappel de la part de Santé Ontario (Action Cancer Ontario). Les recommandations en matière de dépistage après une sortie de colposcopie sont disponibles dans le centre de ressources consacrées à la mise en place du test du VPH, accessible à l'adresse santeontario.ca/pole-vph

16. Comment les parcours de colposcopie ont-ils évolué avec l'introduction du test du virus du papillome humain (VPH)?

- Les parcours de colposcopie ont été révisés pour tenir compte de l'intégration du test du VPH dans le Programme ontarien de dépistage du cancer du col de l'utérus et pour concorder avec les nouvelles données publiées depuis l'élaboration des parcours initiaux en 2016.
- Les parcours de colposcopie résument les épisodes de soins et décrivent les prochaines étapes, y compris le nombre de visites de colposcopie, les interventions nécessaires, les tests, le moment où une personne peut être autorisée à sortir de colposcopie et l'intervalle qu'il est recommandé d'observer pour se soumettre à un dépistage après la sortie d'une colposcopie.
- Les parcours de colposcopie ont été élaborés au moyen d'une approche fondée sur les risques, qui consiste à estimer le risque qu'une personne développe des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus en fonction de ses résultats de dépistage (c'est-à-dire au moment de l'orientation) et des résultats de la colposcopie. De plus amples renseignements sur l'élaboration des parcours de colposcopie, y compris les parcours détaillés eux-mêmes, sont disponibles dans le centre de ressources consacrées à la mise en place du test du VPH, accessible à l'adresse santeontario.ca/pole-vph
- Il y a sept parcours de colposcopie :
 - **Parcours de colposcopie 1** : examen et prise en charge des personnes orientées à la suite d'un résultat positif au VPH et d'un résultat normal (NILM) ou de bas grade (ASCUS, LSIL) au test cytologique;
 - **Parcours de colposcopie 2** : examen et prise en charge des personnes orientées à la suite d'un résultat positif au VPH et d'un résultat de haut grade (ASC-H, LSIL-H, HSIL) au test cytologique, à l'exclusion des résultats de type AIS;
 - **Parcours de colposcopie 3** : examen et prise en charge des personnes orientées à la suite d'un résultat positif au VPH et d'un résultat de type AGC ou AEC (AGC-NOS, AEC-NOS, AGC-N et AEC-N) au test cytologique;
 - **Parcours de colposcopie 4** : examen et prise en charge des personnes orientées à la suite d'un résultat positif au VPH et d'un résultat de type AIS au test cytologique;
 - **Parcours de colposcopie 5** : examen et prise en charge des personnes orientées à la suite d'un résultat positif au VPH et d'un résultat de type SCC, ACC ou ACC-E au test cytologique;

- **Parcours de colposcopie 6** : prise en charge après traitement : HSIL détecté et traité, à l'exclusion de l'AIS;
- **Parcours de colposcopie 7** : prise en charge après traitement : AIS détecté et traité.

ACC = adénocarcinome; ACC-E = adénocarcinome endocervical; AEC = atypie des cellules endocervicales; AEC-N = atypie des cellules endocervicales suggérant une néoplasie; AEC-NOS = atypie des cellules glandulaires d'origine endocervicale ne pouvant être précisée; AGC = atypie des cellules glandulaires; AGC-N = atypie des cellules glandulaires suggérant une néoplasie; AGC-NOS = atypie des cellules glandulaires ne pouvant être précisée; AIS = adénocarcinome in situ; ASC-H = atypie des cellules malpighiennes sans exclusion d'une lésion intra-épithéliale malpighienne de haut grade; ASCUS = atypie des cellules malpighiennes de signification indéterminée; HSIL = lésion intra-épithéliale malpighienne de haut grade; LSIL = lésion intra-épithéliale malpighienne de bas grade; LSIL-H = lésion intra-épithéliale malpighienne de bas grade sans exclusion d'une lésion intra-épithéliale malpighienne de haut grade; NILM = absence de lésion intra-épithéliale ou de malignité; SCC = carcinome malpighien.

Formation, ressources et communications

17. Les colposcopistes pourront-ils bénéficier de possibilités de formation sur la mise en place du test du virus du papillome humain (VPH) dans le cadre du Programme ontarien de dépistage du cancer du col de l'utérus (PODCCU)?

- Oui. Santé Ontario (Action Cancer Ontario) accompagnera une présentation offrant une vue d'ensemble des changements apportés aux recommandations du PODCCU en matière de colposcopie avant la mise en place du test du VPH en Ontario. Ces présentations seront offertes à l'échelle régionale, en personne et virtuellement, et seront animées par les responsables régionaux du dépistage du cancer du col de l'utérus et de la colposcopie.
- À l'approche du lancement du test du VPH, Santé Ontario (Action Cancer Ontario) organisera également des webinaires provinciaux détaillant la mise en place du test du VPH. Ces webinaires seront accessibles aux colposcopistes de l'Ontario.
- Par ailleurs, Santé Ontario (Action Cancer Ontario) continuera de faire le point sur la mise en place du test du VPH dans le cadre du PODCCU lors des webinaires de la communauté de pratique (CP) en colposcopie.
- La CP en colposcopie réunit des colposcopistes de l'Ontario et d'autres membres de la communauté colposcopique (p. ex., pathologistes et infirmières en colposcopie) pour échanger, sensibiliser et soutenir la mise en œuvre de pratiques colposcopiques exemplaires fondées sur des données probantes dans le cadre de webinaires agréés.
- Pour participer à la CP en colposcopie ou accéder au centre de ressources de la CP (qui comprend les enregistrements des webinaires précédents, des outils cliniques et bien d'autres ressources pour faciliter l'application des pratiques exemplaires en colposcopie en Ontario), envoyez un courriel à colposcopyCoP@ontariohealth.ca.

RÉFÉRENCES :

- 1** Koliopoulos G, Nyaga VN, Santesso N, Bryant A, Martin-Hirsch PPL, Mustafa RA, et coll. Cytology versus HPV testing for cervical cancer screening in the general population. *Cochrane Database Syst Rev*. 10 août 2017;2017(8).
- 2** Schiffman M, Kinney WK, Cheung LC, Gage JC, Fetterman B, Poitras NE, et coll. Relative Performance of HPV and Cytology Components of Cotesting in Cervical Screening. *JNCI Journal of the National Cancer Institute*. 1er mai 2018;110(5):501.
- 3** Ronco G, Dillner J, Elfström KM, Tunesi S, Snijders PJF, Arbyn M, et coll. Efficacy of HPV-based screening for prevention of invasive cervical cancer: Follow-up of four European randomised controlled trials. *The Lancet*. 8 février 2014;383(9916):524–32.
- 4** Castle PE. New standard of care – HPV testing for cervical cancer screening. *Nature Reviews Clinical Oncology* 2015 12:4. 24 février 2015;12(4):194–6.
- 5** National Cervical Screening Program monitoring report 2021, Formats – Australian Institute of Health and Welfare [Internet]. [Cité le 3 avril 2024]. Accessible à l'adresse : <https://www.aihw.gov.au/reports/cancer-screening/national-cervical-screening-program-monitoring-rep/formats>
- 6** Cervical screening programme, Angleterre, 2021-2022 – GOV.UK [Internet]. [Cité le 3 avril 2024]. Accessible à l'adresse : <https://www.gov.uk/government/statistics/cervical-screening-programme-england-2021-22>
- 7** Maver PJ, Poljak M. Primary HPV-based cervical cancer screening in Europe: implementation status, challenges, and future plans. *Clinical Microbiology and Infection*. 1er mai 2020;26(5):579–83.
- 8** Cuzick J, Clavel C, Petry KU, Meijer CJLM, Hoyer H, Ratnam S, et coll. Overview of the European and North American studies on HPV testing in primary cervical cancer screening. *Int J Cancer*. 1er septembre 2006;119(5):1095–101.
- 9** Stoler MH, Schiffman M, for the Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance–Low-grade Squamous Intraepithelial Lesion Triage Study (ALTS) Group for the ASC of US grade SILTS (ALTS) G. Interobserver Reproducibility of Cervical Cytologic and Histologic Interpretations: Realistic Estimates From the ASCUS-LSIL Triage Study. *JAMA*. 21 mars 2001;285(11):1500–5.
- 10** Moscicki AB, Flowers L, Huchko MJ, Long ME, MacLaughlin KL, Murphy J, et coll. Guidelines for Cervical Cancer Screening in Immunosuppressed Women Without HIV Infection. *J Low Genit Tract Dis*. 1er avril 2019;23(2):87–101.
- 11** Dillner J, Rebolj M, Birembaut P, Petry KU, Szarewski A, Munk C, et coll. Long term predictive values of cytology and human papillomavirus testing in cervical cancer screening: joint European cohort study. *BMJ*. 13 octobre 2008;337.
- 12** Isidean SD, Mayrand MH, Ramanakumar A V., Gilbert L, Reid SL, Rodrigues I, et coll. Human papillomavirus testing versus cytology in primary cervical cancer screening: End-of-study and extended follow-up results from the Canadian cervical cancer screening trial. *Int J Cancer*. 1er décembre 2016;139(11):2456–66.
- 13** Dijkstra MG, van Zummeren M, Rozendaal L, van Kemenade FJ, Helmerhorst TJM, Snijders PJF, et coll. Safety of extending screening intervals beyond five years in cervical screening programmes with testing for high risk human papillomavirus: 14 year follow-up of population based randomised cohort in the Netherlands. *BMJ*. 4 octobre 2016;355:i4924.
- 14** Kitchener HC, Canfell K, Gilham C, Sargent A, Roberts C, Desai M, et coll. The clinical effectiveness and cost-effectiveness of primary human papillomavirus cervical screening in England: extended follow-up of the ARTISTIC randomised trial cohort through three screening rounds. *Health Technol Assess*. 2014;18(23):1.

15 Kjær SK, Frederiksen K, Munk C, Iftner T. Long-term Absolute Risk of Cervical Intraepithelial Neoplasia Grade 3 or Worse Following Human Papillomavirus Infection: Role of Persistence. *JNCI Journal of the National Cancer Institute*. 10 octobre 2010;102(19):1478.

16 Wright TC, Stoler MH, Behrens CM, Sharma A, Zhang G, Wright TL. Primary cervical cancer screening with human papillomavirus: End of study results from the ATHENA study using HPV as the first-line screening test. *Gynecol Oncol*. 1er février 2015;136(2):189–97.

17 Gage JC, Schiffman M, Katki HA, Castle PE, Fetterman B, Wentzensen N, et coll. Reassurance Against Future Risk of Precancer and Cancer Conferred by a Negative Human Papillomavirus Test. *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*. 1er août 2014;106(8):153.

18 Dillner J, Rebolj M, Birembaut P, Petry KU, Szarewski A, Munk C, et coll. Long term predictive values of cytology and human papillomavirus testing in cervical cancer screening: joint European cohort study. *BMJ*. 13 octobre 2008;337.

19 Elfström KM, Smelov V, Johansson ALV, Eklund C, Naucmér P, Arnheim-Dahlström L, et coll. Long term duration of protective effect for HPV negative women: follow-up of primary HPV screening randomised controlled trial. *BMJ*. 16 janvier 2014;348.

20 Dillner J, Rebolj M, Birembaut P, Petry KU, Szarewski A, Munk C, et coll. Long term predictive values of cytology and human papillomavirus testing in cervical cancer screening: joint European cohort study. *BMJ*. 13 octobre 2008;337.

21 Naber SK, de Kok IMCM, Matthijsse SM, van Ballegooijen M. The potential harms of primary human papillomavirus screening in over-screened women: a microsimulation study. *Cancer Causes Control*. 1er avril 2016;27(4):569–81.

22 Naber SK, de Kok IMCM, Matthijsse SM, van Ballegooijen M. The potential harms of primary human papillomavirus screening in over-screened women: a microsimulation study. *Cancer Causes Control*. 1er avril 2016;27(4):569–81.

23 Cotton SC, Sharp L, Little J, Duncan I, Alexander L, Cruickshank ME, et coll. Trial of management of borderline and other low-grade abnormal smears (TOMBOLA): Trial design. *Contemp Clin Trials*. 1er octobre 2006;27(5):449–71.

24 Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. Recommendations on cervical screening. *CMAJ*. 2013;185(10):35–45.

25 Analyse faite par : Surveillance SO (Sources de données sur le cancer : Registre des cas de cancer de l'Ontario [mars 2021]), Santé Ontario (Action Cancer Ontario). Document interne non publié; 2022.

26 Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. Recommendations on cervical screening. *CMAJ*. 2013;185(10):35–45.

Vous voulez obtenir cette information dans un format accessible? 1-877-280-8538, ATS 1-800-855-0511, info@ontariohealth.ca