

Plan d'action pour

L'ÉLIMINATION DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS AU CANADA

2020-2030



STRATÉGIE CANADIENNE DE LUTTE
CONTRE LE CANCER 2019-2029



PRIORITÉ 1

Réduire le risque de cancer
dans la population

PARTENARIAT CANADIEN
CONTRE LE CANCER



CANADIAN PARTNERSHIP
AGAINST CANCER



PRIORITÉ 1

Réduire le risque de cancer dans la population

La *Stratégie canadienne de lutte contre le cancer 2019-2029* (la Stratégie) est une feuille de route sur 10 ans visant à améliorer l'équité au sein du système de lutte contre le cancer et à offrir des soins contre le cancer de calibre mondial à l'ensemble de la population du Canada, tout en se concentrant sur la mise en place d'un système de soins de santé durable pour l'avenir. Parmi les huit priorités de la Stratégie, un accent est mis sur la réduction du risque de cancer dans la population, notamment en éliminant le cancer du col de l'utérus.



Plan d'action pour l'élimination du cancer du col de l'utérus au Canada, 2020-2030

TABLE DES MATIÈRES

- 2 Avant-propos : Plan d'action pour l'élimination du cancer du col de l'utérus au Canada
- 4 Le Plan d'action en un coup d'œil
- 6 Agir pour éliminer le cancer du col de l'utérus
- 12 Priorité 1 : Améliorer les taux de vaccination contre le VPH
- 16 Priorité 2 : Mettre en œuvre le test de détection du VPH comme méthode de dépistage primaire
- 22 Priorité 3 : Améliorer le suivi des résultats de dépistage anormaux
- 27 Priorités propres aux Premières Nations, aux Inuits et aux Métis, et mesures propres aux peuples autochtones, en matière de prévention et de soins du cancer du col de l'utérus
- 34 Accélérer les effets positifs
- 36 Annexe A : Modèle OncoSim – Élimination du cancer du col de l'utérus au Canada
- 41 Annexe B : Membres du Comité consultatif sur l'élimination du cancer du col de l'utérus et des groupes de travail
- 44 Références

Le présent Plan d'action a été élaboré avec les conseils de partenaires et d'experts en la matière. Des partenaires issus des Premières Nations, des Inuits et des Métis ont été invités à contribuer au Plan d'action dans son ensemble et à déterminer les mesures propres aux peuples autochtones. L'annexe B comporte une liste de l'ensemble des membres du Comité consultatif sur l'élimination du cancer du col de l'utérus et des groupes de travail.

ISBN 978-1-988000-47-3

La rédaction du présent rapport a été rendue possible grâce au soutien financier de Santé Canada. Les opinions qui y sont exprimées ne sont pas nécessairement celles de Santé Canada.

Plan d'action pour l'élimination du cancer du col de l'utérus



Chaque année, plus de 1 300 personnes au Canada reçoivent un diagnostic de cancer du col de l'utérus et 400 en meurent. Le Canada s'est fixé pour objectif d'éliminer le cancer du col de l'utérus d'ici 2040 — un objectif ambitieux, mais réalisable. Le cancer du col de l'utérus est très facile à prévenir et à soigner. Nous avons à notre disposition un vaccin contre le virus du papillome humain (VPH) qui a déjà fait ses preuves. Nous savons quelles sont les approches de dépistage les plus efficaces pour atteindre les personnes mal desservies. Nous avons fait appel à des partenaires de tout le Canada pour déterminer la voie à suivre.

Le Plan d'action pour l'élimination du cancer du col de l'utérus au Canada, 2020-2030 est la réponse du Canada à l'appel lancé par l'Organisation mondiale de la Santé pour éliminer le cancer du col de l'utérus dans le monde entier au cours de ce siècle. Parallèlement, il permet de progresser vers la réalisation de l'une des principales priorités de la *Stratégie canadienne de lutte contre le cancer 2019-2029* (la Stratégie). Des plans sont déjà en cours pour mettre en œuvre la Stratégie, qui prévoit notamment de faire progresser les partenariats dans tout le Canada afin d'éliminer le cancer du col de l'utérus, en veillant à ce que toutes les personnes bénéficient d'un accès équitable à un dépistage et à des soins de qualité. L'une des principales priorités de la Stratégie est de répondre aux besoins des personnes qui sont le plus exposées au risque de cancer du col de l'utérus.

Les étapes de ce plan d'action accéléreront la transition, au Canada, du test Pap traditionnel au test de détection du VPH comme méthode de dépistage primaire. Elles permettront l'autoprélèvement à domicile et un suivi approprié en cas de résultats de dépistage anormaux, afin de fournir un accès au dépistage et au traitement à plus de personnes dans plus d'endroits, éliminant ainsi les obstacles qui empêchent actuellement d'assurer une réelle équité en matière d'accès et de résultats liés au cancer du col de l'utérus. Le Plan d'action contribuera également à augmenter les taux de vaccination contre le VPH ainsi qu'à normaliser la collecte et la diffusion des données afin de nous aider à repérer les inégalités auxquelles le Canada doit remédier et à déterminer les domaines dans lesquels la qualité et les programmes doivent être améliorés.

Pour l'accès et l'équité

Le Plan d'action pour l'élimination du cancer du col de l'utérus au Canada, 2020-2030 est le résultat d'une démarche intensive et largement collaborative — un effort qui a culminé avec la tenue d'un sommet ayant réuni 100 partenaires lors de la Journée mondiale contre le cancer 2020. Les représentants des communautés qui ont toujours été confrontées à des obstacles au dépistage et aux soins ont joué un rôle clé tout au long du processus, notamment les Premières Nations, les Inuits et les Métis, qui ont reçu trois fois plus de diagnostics et enregistré quatre fois plus de décès attribuables au cancer du col de l'utérus que l'ensemble de la population.

Cette inclusion ne s'arrête pas à la publication de ce plan d'action. Alors que nous passons maintenant à la mise en œuvre, le Partenariat canadien contre le cancer et ses partenaires continueront à s'engager auprès de ceux qui subissent des inégalités : Premières Nations, Inuits et Métis, jeunes à risque, personnes de la communauté LGBTQ2S+, populations rurales et autres populations mal desservies. Nous nous montrerons à la hauteur de l'objectif ambitieux du Canada pour 2040 en adoptant des approches orientées vers l'action pour surmonter et supprimer les obstacles à la vaccination, au dépistage et au suivi des résultats anormaux de dépistage. Nous nous attarderons en priorité à répondre aux besoins des personnes les plus exposées. Nous fixerons des objectifs, mesurerons les progrès réalisés et en rendrons compte au fur et à mesure.

Le Plan d'action pour l'élimination du cancer du col de l'utérus au Canada, 2020-2030 est le résultat d'une démarche intensive et largement collaborative — un effort qui a culminé avec la tenue d'un sommet ayant réuni 100 partenaires lors de la Journée mondiale contre le cancer 2020.

Vers un système plus résilient

La pandémie de COVID-19 met en évidence la nécessité de repenser de manière nouvelle la question de l'accès au dépistage. Les programmes de dépistage du cancer ont été temporairement suspendus et, au milieu de l'été 2020, il était évident que lorsque le dépistage reprendrait, il devrait être modifié pour pouvoir s'adapter aux futures perturbations.

Le Partenariat travaille avec des partenaires pour explorer et fournir des services de lutte contre le cancer plus près du domicile des personnes qui en ont besoin, dans tous les domaines des soins et du dépistage du cancer, y compris le dépistage à domicile lorsqu'il est disponible et qu'il a fait ses preuves. L'adoption de l'autoprélèvement pour détecter la présence du VPH, prévue par le plan d'action dans tout le Canada, contribuera à atteindre cet objectif en donnant la possibilité aux femmes de procéder à un test de dépistage partout et à tout moment, ce qui permettra, du même coup, de résoudre les problèmes de respect de la vie privée, de confidentialité et d'inconfort vécus par les femmes à l'égard du test Pap. Cette mesure pourra même contribuer à améliorer l'accès aux soins, car elle permettra de prendre en considération la méfiance de certaines personnes envers le système de santé. Le Canada est également prêt à adopter de nouvelles approches en matière de vaccination contre le VPH pour atteindre les jeunes à risque là où ils vivent, travaillent et se rassemblent, qu'il s'agisse de la sensibilisation en ligne ou de nouvelles approches de prestation de services telles que les cliniques mobiles. Compte tenu de ces avantages

indéniables et de la nécessité d'une action immédiate pour atteindre l'objectif de 2040, le Partenariat et ses partenaires dans tout le pays s'emploient déjà à accélérer la prise de mesures dans plusieurs domaines clés, notamment l'augmentation des taux de vaccination contre le VPH et le déploiement du test de détection du VPH.

Ensemble, nous avons le pouvoir d'éliminer le cancer du col de l'utérus. Ce plan d'action montre comment les partenaires utiliseront ce pouvoir et feront progresser *la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer 2019-2029*. Ce plan d'action et la Stratégie qu'il fait avancer sont des outils qui permettent d'apporter une plus grande équité et une meilleure accessibilité en ce qui concerne la prévention, le dépistage, le traitement et les soins du cancer. Tous deux ont été façonnés directement par ceux dont les besoins doivent être mieux satisfaits, et ensemble, ils contribueront à réduire l'incidence du cancer au Canada tout en augmentant les taux de survie.



Cynthia Morton
Présidente-directrice générale

Le Plan d'action en un coup d'œil



PRIORITÉ 1 :

Améliorer les taux de vaccination contre le VPH

CIBLE

D'ici 2025 :

- 90 % des jeunes de 17 ans seront entièrement vaccinés contre le VPH.

MESURES

1. Accroître la connaissance et l'acceptabilité du vaccin contre le VPH
2. Augmenter la participation à la vaccination dans le cadre des programmes scolaires de vaccination contre le VPH
3. Améliorer la mesure et la déclaration des taux de couverture vaccinale des programmes scolaires de vaccination contre le VPH afin de cerner les inégalités et d'orienter l'amélioration des programmes



PRIORITÉ 2 :

Mettre en œuvre le test de détection du VPH comme méthode de dépistage primaire

CIBLES

D'ici 2030 :

- 90 % des personnes admissibles auront subi un test de détection du VPH;
- 90 % des personnes admissibles seront à jour quant au dépistage du cancer du col de l'utérus;
- Pas moins de 80 % des personnes admissibles appartenant à tout groupe identifiable seront à jour quant au dépistage du cancer du col de l'utérus.

MESURES

1. Mettre en œuvre le test de détection du VPH comme méthode de dépistage primaire dans le cadre de programmes de dépistage organisé dans l'ensemble du Canada
2. Assurer l'équité en matière de participation au dépistage du cancer du col de l'utérus
3. Mettre en œuvre le test de détection du VPH par autoprélèvement dans le cadre des programmes de dépistage du cancer du col de l'utérus
4. Recueillir et communiquer des données agrégées sur le dépistage du cancer du col de l'utérus, et les utiliser pour améliorer les programmes



PRIORITÉ 3 :

Améliorer le suivi des résultats de dépistage anormaux

CIBLES

D'ici 2030 :

- 90 % de toutes les personnes ayant obtenu un résultat de dépistage anormal (test de détection du VPH positif) devront avoir un plan de suivi clair et approprié, conçu et communiqué au cours des trois mois suivant le test associé au résultat positif;
- 90 % de toutes les personnes considérées comme présentant un risque élevé d'anomalies importantes du col de l'utérus subiront une colposcopie en temps opportun;
- Pas moins de 90 % des personnes de tout groupe identifiable feront l'objet d'un suivi.

MESURES

1. Normaliser le suivi approprié et en temps opportun des résultats de dépistage anormaux (tests de détection du VPH positifs)
2. Fournir un accès équitable aux services de suivi en cas de résultats de dépistage anormaux, et assurer leur utilisation
3. Recueillir et communiquer des données agrégées sur le suivi des patientes, et les utiliser pour orienter l'amélioration des programmes



Agir pour éliminer le cancer du col de l'utérus

Chaque année au Canada, plus de 1 300 personnes reçoivent un diagnostic de cancer du col de l'utérus et plus de 400 en meurent. Pourtant, le cancer du col de l'utérus est presque entièrement évitable et facilement guérissable lorsqu'il est détecté et traité à un stade précoce.

Le Canada n'est pas le seul pays confronté à ce défi. En 2018, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a appelé les pays du monde entier à prendre des mesures pour éliminer le cancer du col de l'utérus dans le monde entier au cours de ce siècle^{1,2}. L'Union internationale contre le cancer s'est jointe à cet appel, en exhortant ses membres, dont le Partenariat canadien contre le cancer (le Partenariat), à agir³.

Aujourd'hui, le Partenariat dirige les efforts visant à faire du Canada un chef de file de ce mouvement mondial. L'objectif : éliminer le cancer du col de l'utérus au Canada d'ici 2040^{a,4}. Cet objectif est ambitieux mais réalisable, nécessitant un engagement commun à l'égard d'une action concertée des partenaires dans tout le pays.

a Le Canada utilise la définition de l'Organisation mondiale de la Santé concernant l'élimination du cancer du col de l'utérus : moins de quatre cas de cancer du col de l'utérus pour 100 000 femmes, normalisés en fonction de l'âge de la population mondiale. Au Canada, en 2016, il y a eu 6,6 cas de cancer du col de l'utérus pour 100 000 femmes, en utilisant le taux normalisé selon l'âge de la population mondiale.

Le plan d'action pour l'élimination du cancer du col de l'utérus au Canada, 2020-2030 (Plan d'action), définit les priorités, les cibles et les mesures pour la prochaine décennie qui permettront au Canada de se rapprocher de ce but, et indique les partenaires qui peuvent faire progresser ce travail. Il s'agit désormais de se concentrer sur la mise en œuvre, pour que les partenaires déterminent leurs rôles et responsabilités précis et, avec le Partenariat, s'efforcent d'obtenir des résultats.

Miser sur les réalisations

De grands progrès ont été réalisés dans la réduction de l'incidence du cancer du col de l'utérus au Canada au cours des dernières décennies. Cette baisse est en grande partie due au dépistage systématique par frottis cervical pour détecter les cellules anormales (à l'aide du test Pap), suivi d'un traitement approprié pour éviter qu'elles ne se transforment en cellules cancéreuses^{5,6}.

Des avancées plus récentes sont encore plus prometteuses. Un vaccin qui protège contre le virus du papillome humain (VPH), qui est à l'origine de presque tous les cancers du col de l'utérus, a été introduit il y a un peu plus de dix ans⁷. Au Canada, le vaccin contre le VPH a déjà permis de réduire considérablement l'incidence des lésions précancéreuses du col de l'utérus chez les personnes vaccinées⁸. Dans le domaine du dépistage, un test est désormais capable de détecter la présence du VPH dans le col de l'utérus. Les gouvernements, organismes et communautés des Premières Nations, des Inuits et des Métis de l'ensemble du Canada mènent en outre des travaux avec leurs partenaires de la santé, afin de promouvoir la vaccination contre le VPH et la participation au dépistage du cancer du col de l'utérus au sein de ces populations.

Mais malgré ces progrès, le cancer du col de l'utérus reste une préoccupation majeure. Au Canada, la plupart des personnes qui sont atteintes d'un cancer du col de l'utérus sont âgées de 25 à 69 ans⁹ et, en 2019, on estime que 1 350 personnes ont reçu le diagnostic de cette maladie. Cette même année, 410 personnes sont décédées d'un cancer du col de l'utérus⁵. De plus, l'incidence du cancer du col de l'utérus demeure plus élevée dans certaines populations au Canada, notamment les personnes vivant dans des régions rurales ou éloignées, les personnes à faible revenu et les Premières Nations, les Inuits et les Métis^{10,11,12,13,14}. Il est essentiel de remédier à ces inégalités : le cancer du col de l'utérus ne sera éliminé que si tout le monde au Canada a un accès équitable à une prévention et à des soins de qualité optimale.

b L'Organisation mondiale de la Santé définit l'équité comme l'absence de différences évitables ou injustes entre différents groupes de personnes, qu'elles soient définies selon des critères sociaux, économiques, démographiques, géographiques ou par d'autres moyens de stratification. L'équité en santé signifie que chacun a une chance équitable d'atteindre son plein potentiel sur le plan de la santé et que personne ne devrait se voir refuser cette chance.

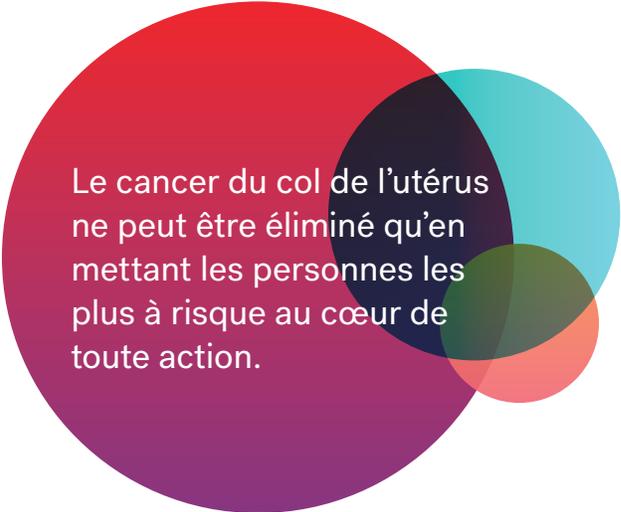
LE PLAN D'ACTION ET LA STRATÉGIE CANADIENNE DE LUTTE CONTRE LE CANCER

Le Plan d'action pour l'élimination du cancer du col de l'utérus au Canada, 2020-2030, est un élément clé de la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer 2019-2029, un plan ambitieux concernant le cancer et le système de santé en général. La Stratégie repose sur une vision : moins de Canadiens atteints de cancer, plus de personnes qui y survivent et une meilleure qualité de vie pour ceux qui sont touchés par la maladie¹⁸.

Façonnée par les commentaires de plus de 7 500 personnes à l'échelle du pays, la Stratégie définit des priorités et des mesures visant à garantir que tout le monde au Canada ait un accès équitable à des services de prévention, de diagnostic, de traitement et de soutien de qualité optimale en matière de cancer, et que chaque étape du parcours soit prise en charge selon une approche centrée sur la personne et durable pour les générations futures.

Les Premières Nations, les Inuits et les Métis continuent d'obtenir des résultats moins satisfaisants que les autres personnes au Canada en raison d'inégalités et d'obstacles en matière d'accès aux soins, notamment à des soins adaptés à leur culture^{11,13,14,15,16,17}. Les traumatismes et les abus historiques ainsi que le racisme systémique et la colonisation en cours contribuent à ces inégalités. Pour répondre à ces enjeux, la Stratégie comprend des priorités et des mesures propres aux peuples autochtones qui ont été définies conjointement par les gouvernements, les organismes et les communautés des Premières Nations, des Inuits et des Métis, représentant l'engagement du Canada envers la réconciliation.

En tant que coordonnateur de la Stratégie, le Partenariat travaille avec une large coalition de partenaires pour mettre en œuvre la Stratégie. L'une des priorités de la Stratégie est de réduire le risque de cancer. Le Plan d'action pour l'élimination du cancer du col de l'utérus au Canada, 2020-2030, met en avant cette priorité, et sa mise en œuvre par des partenaires clés positionnera le Canada en chef de file dans le mouvement mondial pour l'élimination du cancer du col de l'utérus.



Le cancer du col de l'utérus ne peut être éliminé qu'en mettant les personnes les plus à risque au cœur de toute action.

Une élaboration en partenariat

Le Plan d'action a été élaboré avec des partenaires de l'ensemble du Canada, qui seront chargés de veiller à sa mise en œuvre. Il tient compte de données probantes issues de la recherche et de la pratique, ainsi que de conseils d'experts nationaux et internationaux en matière de vaccination contre le VPH, de dépistage, de diagnostic et de traitement du cancer du col de l'utérus. Les points de vue des patientes et du grand public ont été recueillis grâce à une enquête nationale et à des entretiens avec des personnes ayant des antécédents de cancer du col de l'utérus. D'autres données ont été tirées de l'expérience d'autres pays qui ont mis en place des stratégies efficaces pour réduire le cancer du col de l'utérus.

En outre, le Partenariat a organisé, en février 2020, un sommet réunissant près de 100 partenaires afin d'examiner et d'approuver le projet de plan d'action, et de commencer à planifier les rôles respectifs dans sa mise en œuvre. Le sommet a réuni des patientes et des représentants de gouvernements, d'organisations non gouvernementales, d'établissements universitaires et de gouvernements et organismes des Premières Nations, des Inuits et des Métis.

Les partenaires des Premières Nations, des Inuits et des Métis ont été invités à contribuer au Plan d'action dans son ensemble et à définir des mesures propres aux peuples autochtones qui tiennent compte des réalités ayant une incidence sur la prévention et les soins du cancer du col de l'utérus chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis. Ces mesures propres aux peuples autochtones (voir page 27) s'alignent sur les trois priorités définies conjointement par les Premières Nations, les Inuits et les Métis pour la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer 2019-2029 (la Stratégie) : des soins adaptés à la culture dispensés plus près du domicile; des soins contre le cancer propres aux peuples autochtones et déterminés par ces derniers; et des recherches et des systèmes de données régis par les Premières Nations, les Inuits et les Métis¹⁸.

Un engagement en faveur de l'équité

Conformément à l'approche utilisée pour la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer 2019-2029¹⁸, le Plan d'action entreprend de lever les inégalités et les obstacles en matière d'accès à la prévention et aux soins auxquels font face les communautés rurales et éloignées, les personnes à faible revenu, les immigrants récents, les Premières Nations, Inuits et Métis ainsi que d'autres populations telles que les personnes appartenant à la communauté LGBTQ2S+.

Les données actuelles mettent en évidence ces inégalités, mais il existe d'importantes lacunes en matière de données. Par exemple, on ne sait pas exactement quels groupes affichent les taux de vaccination contre le VPH les plus faibles ni pourquoi, et il faudrait davantage de données sur les personnes qui ne sont pas suivies à temps en cas de résultats de dépistage anormaux. Il sera nécessaire de mettre en place des stratégies et des partenariats nouveaux et différents au sein de ces communautés pour comprendre et relever ces défis. Le cancer du col de l'utérus ne peut être éliminé qu'en mettant les personnes les plus à risque au cœur de toute action.

Cet accent intentionnel sur l'équité permettra de garantir que les plans et les mesures visant à éliminer le cancer du col de l'utérus au Canada sont équitables et culturellement adaptés, et que l'élaboration de toutes les politiques et de tous les programmes tient compte des obstacles qui empêchent les personnes d'accéder aux services dont elles ont besoin.

Un objectif ambitieux nécessite une action immédiate

Le Plan d'action définit les priorités, les cibles, les mesures et les partenaires clés pour améliorer la vaccination contre le VPH, mettre en œuvre le test de détection du VPH comme méthode de dépistage primaire et assurer un suivi rapide des personnes ayant obtenu des résultats de dépistage anormaux. Ces améliorations permettront de renforcer la prévention et les soins pour toutes les personnes au Canada, quelles qu'elles



soient et où qu'elles vivent. Les mesures propres aux peuples autochtones définies par les partenaires inuits, métis et des Premières Nations réduiront encore les inégalités en matière de santé et apporteront les changements nécessaires à l'échelle du système pour que le Canada puisse éliminer le cancer du col de l'utérus d'ici 2040.

Cependant, pour que cet objectif soit atteint, le travail doit commencer immédiatement.

Le Plan d'action invite le Canada à s'appuyer sur la réussite des programmes de vaccination et de dépistage déjà en place. Plus précisément, il requiert que des mesures soient prises dès maintenant pour améliorer les taux de vaccination contre le VPH et introduire le test de détection du VPH comme méthode de dépistage primaire, en remplacement du test Pap. Il est prouvé que les tests de détection du VPH sont plus efficaces que les tests Pap pour réduire le taux de lésions précancéreuses du col de l'utérus¹⁹. L'introduction du test de détection du VPH comme méthode de dépistage primaire sauvera rapidement des vies et aura l'incidence la plus importante sur la capacité du Canada à atteindre son objectif de 2040^c. Il est également essentiel de prendre des mesures pour améliorer le suivi des résultats de dépistage anormaux afin de commencer à combler les lacunes actuelles en matière de soins.

La mise en œuvre du Plan d'action nécessitera l'engagement et la collaboration de partenaires clés à l'échelle du pays ayant la capacité et la responsabilité d'impulser des mesures concrètes. La réussite dépendra de la participation d'un large groupe de partenaires issus des systèmes de lutte contre le cancer et de santé publique, ainsi que d'organisations œuvrant dans le domaine de l'équité et de la santé des femmes. Le travail au niveau communautaire est essentiel et nécessitera de communiquer avec les écoles, les responsables communautaires et les organisations non gouvernementales.

Les gouvernements, organisations et communautés des Premières Nations, des Inuits et des Métis apporteront un leadership précieux pour mettre en œuvre le Plan d'action de manière à assurer l'équité pour tous les habitants du Canada et à faire progresser les mesures propres aux peuples autochtones et définies par eux. Cela suppose un travail en partenariat afin de recueillir les données concernant les Premières Nations, les Inuits et les Métis conformément aux principes PCAP^d, aux principes métis de propriété, contrôle, accès et intendance^e ainsi qu'aux autres principes et lignes directrices des Inuits et des Métis concernant la recherche et les données.

Si les cibles fixées dans le Plan d'action en matière de vaccination contre le VPH, de recours au test de détection du VPH comme méthode de dépistage primaire et de suivi des résultats de dépistage anormaux sont atteints, le Canada éliminera le cancer du col de l'utérus d'ici 2040.

c Des détails sont disponibles dans l'annexe A – Modèle OncoSim.

d Les principes PCAP® (propriété, contrôle, accès et possession) stipulent que les Premières Nations ont le contrôle sur les processus de collecte de données dans leurs communautés, et que les Premières Nations possèdent et contrôlent la façon dont ces renseignements sont utilisés (Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations).

e Les principes métis de propriété, contrôle, accès et intendance sont définis comme suit : la propriété fait référence à la possession légale de quelque chose; le contrôle fait référence au pouvoir de prendre des décisions au sujet de quelque chose et de décider de ce qui doit se passer; l'accès fait référence au droit ou à la possibilité d'utiliser quelque chose qui apportera des avantages; et l'intendance fait référence aux questions de planification et de gestion responsables des ressources et à la responsabilité envers les Métis de s'assurer que les recherches effectuées servent leur meilleur intérêt, qu'elles donneront lieu à des changements positifs relativement à la santé des Métis et à la prestation des services de santé, et qu'elles sont menées de la manière la plus rigoureuse et la plus éthique possible (Université du Manitoba, Framework for Research Engagement with First Nation, Metis, and Inuit Peoples [cadre sur la participation à la recherche des peuples des Premières Nations, des Inuits et des Métis]).



Priorités



PRIORITÉ 1



Améliorer les taux de vaccination contre le VPH

Presque tous les cas de cancer du col de l'utérus sont dus au virus du papillome humain (VPH), une infection transmissible sexuellement courante²⁰. Il existe maintenant des vaccins efficaces contre le VPH, et la vaccination jouera un rôle majeur dans l'élimination du cancer du col de l'utérus au Canada et dans le monde.

Accroître les taux de vaccination

Le vaccin contre le VPH est le plus efficace lorsqu'il est administré pendant les années de préadolescence, avant toute exposition au VPH^{f21}. Les programmes de vaccination contre le VPH en milieu scolaire, financés par le gouvernement, constituent un moyen équitable et efficace d'atteindre les jeunes²². Ils sont en place dans toutes les provinces et tous les territoires du Canada. Ces programmes ont débuté dans certaines provinces en 2007 (pour les filles uniquement). Ils ont été mis en place dans l'ensemble des provinces et des territoires en 2013, et les garçons, inclus dans tous les programmes en 2017²³.

La majorité des enfants reçoivent le vaccin contre le VPH entre 9 et 13 ans, selon la province ou le territoire. La plupart des provinces et des territoires prolongent la période d'admissibilité au vaccin financé par les fonds publics jusqu'à la fin des études secondaires, et quelques-uns le proposent aux adultes parmi les personnes exposées à un risque accru²³.

Dans les programmes de vaccination contre le VPH en milieu scolaire, deux doses du vaccin sont administrées, à six mois d'intervalle. Les taux d'administration de la dose finale dans les programmes de vaccination contre le VPH en milieu scolaire varient considérablement d'une province et d'un territoire à l'autre, allant de 57 % à 91 % pour les filles et les garçons au cours de l'année scolaire 2017-2018^g. Même au sein d'une même province ou d'un même territoire, ce chiffre varie considérablement²⁴. Le Plan d'action appelle à des efforts pour augmenter la participation à la vaccination dans le cadre des programmes scolaires à l'échelle du Canada au moyen de stratégies innovantes d'éducation et de prestation de programmes.

Vaincre l'hésitation à la vaccination

Malgré la grande disponibilité de la vaccination contre le VPH dans les écoles, certains parents choisissent de retarder ou de refuser la vaccination de leurs enfants. Connue sous le nom d'hésitation à la vaccination²⁵, cette décision peut être due à des préoccupations concernant l'innocuité ou l'efficacité du vaccin, ou résulter de normes culturelles ou sociales^{26,27}. Des études ont montré que l'information et la sensibilisation des parents en matière de vaccination peuvent faire évoluer les mentalités et mener à une augmentation du taux de vaccination^{27,28,29,30}. Le Plan d'action appelle à l'information du public et à des stratégies communautaires pour répondre à l'hésitation à la vaccination.

Repérer et traiter les inégalités

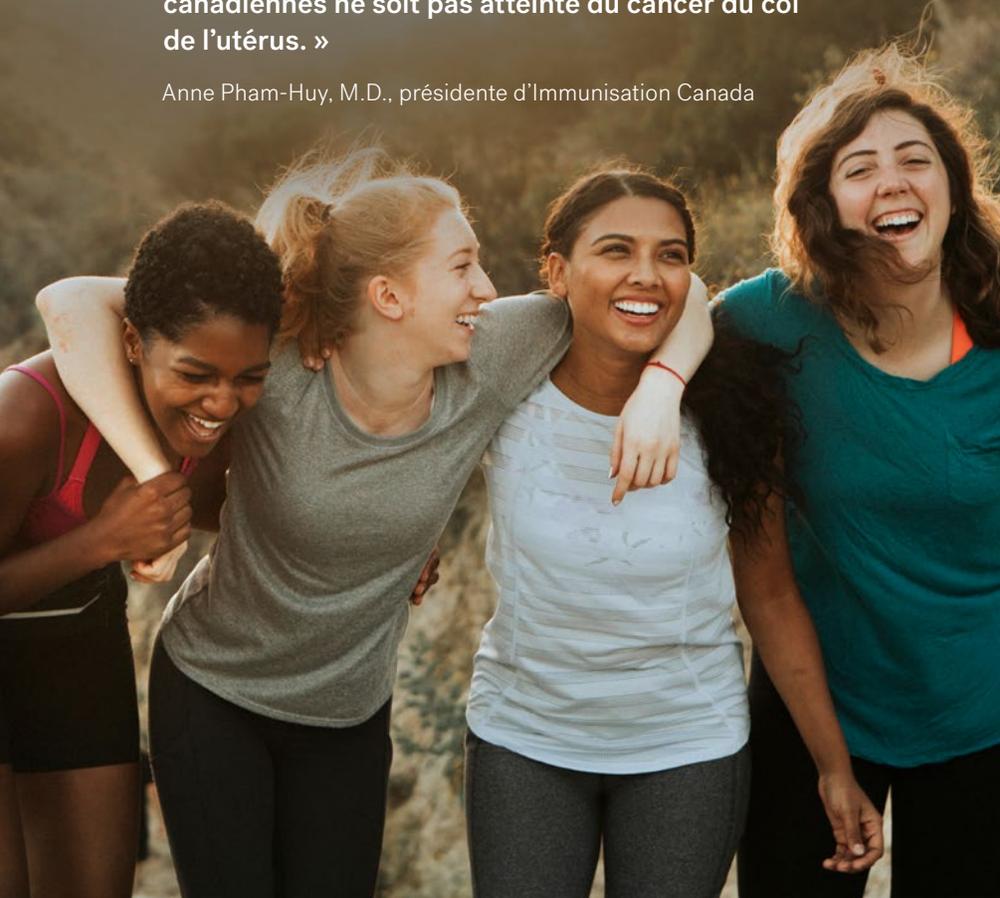
Les efforts visant à améliorer les taux de vaccination, en particulier parmi les populations mal desservies, sont limités par le manque de données normalisées. Au niveau fédéral, l'Agence de santé publique du Canada s'appuie sur les données relatives à la vaccination recueillies dans le cadre d'une enquête distribuée aux parents tous les deux ans. La plupart des provinces et des territoires disposent d'un registre de vaccination qui comprend des données sur la vaccination contre le VPH, mais les différences dans le mode de déclaration des données empêchent les comparaisons entre provinces et territoires. En outre, très peu de données ont été recueillies sur les taux de vaccination contre le VPH au sein de populations particulières en fonction de leur appartenance ethnique ou de leur statut socio-économique, ou sur les obstacles à la vaccination qu'elles connaissent. Les données sur les taux de vaccination contre le VPH au sein des Premières Nations, des Inuits et des Métis ne sont pas non plus facilement accessibles.

f Au Canada, le Comité consultatif national de l'immunisation recommande la vaccination contre le VPH chez les personnes âgées de 9 à 26 ans. Le vaccin peut également être administré aux personnes âgées de 27 ans et plus, selon le risque.

g Données non publiées du Partenariat canadien contre le cancer. Dépistage du cancer du col de l'utérus au Canada : analyse de l'environnement, 2019. Données disponibles uniquement pour les filles et/ou pour les années scolaires 2015-2016 ou 2016-2017 dans certains territoires de compétence.

« La vaccination contre le VPH est une mesure de santé publique sûre et efficace pour réduire la propagation de ce virus. L'une des meilleures choses que nous puissions faire pour la santé des femmes est d'augmenter les taux d'immunisation pour garantir que la prochaine génération de femmes canadiennes ne soit pas atteinte du cancer du col de l'utérus. »

Anne Pham-Huy, M.D., présidente d'Immunisation Canada



Le Plan d'action préconise d'améliorer la mesure et la déclaration normalisée des taux de couverture vaccinale par les programmes scolaires afin de repérer les inégalités et d'aider les programmes à y remédier. Il appelle également à des mesures visant à garantir l'accès au vaccin pour les étudiants plus âgés et les jeunes qui ne sont pas scolarisés.

Il est essentiel que les stratégies visant à accroître l'adoption et l'évaluation de la vaccination contre le VPH chez les enfants et les jeunes membres des Premières Nations, des Inuits et des Métis soient intégrées dans les programmes scolaires et de santé publique existants, et élaborées en partenariat avec leurs gouvernements, organisations et communautés afin de garantir qu'elles soient culturellement appropriées et équitables.

VPH ET CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

Presque tous les cas de cancer du col de l'utérus sont dus au virus du papillome humain (VPH), une infection transmissible sexuellement courante.

Il existe plus de 100 types de VPH, mais certains sont considérés comme à haut risque et peuvent rendre les cellules anormales et précancéreuses. Sans vaccination, trois personnes sur quatre au Canada seront infectées par le VPH à un moment donné de leur vie et, pour la plupart des gens, les infections disparaîtront en quelques années. De nombreuses personnes ne sauront même pas qu'elles sont infectées. Cependant, certaines infections ne disparaissent pas et peuvent conduire au cancer²¹.

Vaccination contre le VPH

Les vaccins contre le VPH sont maintenant disponibles, et la vaccination est recommandée chez tous les enfants et les jeunes avant qu'ils ne deviennent sexuellement actifs et ne soient exposés au VPH. Les garçons sont vaccinés pour augmenter le nombre de personnes immunisées contre le VPH et parce que les types de VPH à haut risque peuvent également entraîner d'autres cancers, notamment le cancer de l'anus, du pénis, ainsi que de la tête et du cou²¹.

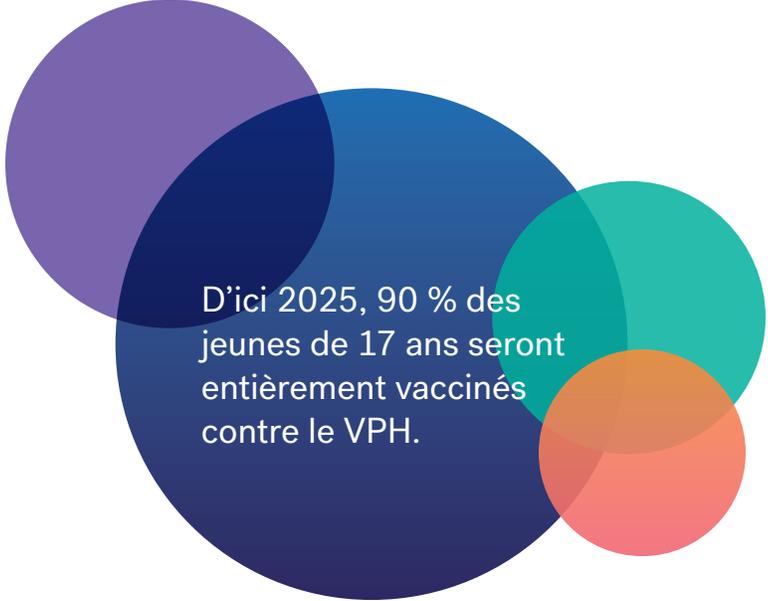
Dépistage du cancer du col de l'utérus

Le dépistage du cancer du col de l'utérus au moyen d'un test Pap, qui consiste à prélever un échantillon de cellules du col de l'utérus d'une personne, permet de détecter les changements précancéreux à un stade précoce, lorsqu'ils sont très faciles à traiter⁹. Toutefois, il existe désormais un test de détection du VPH au niveau du col de l'utérus, qui permet de déterminer le risque de contracter la maladie plus tôt que le test Pap et, en fin de compte, de réduire le nombre de lésions précancéreuses du col de l'utérus^{19,31}. Le test de détection du VPH permet également l'autoprélèvement, c'est-à-dire le prélèvement par les femmes elles-mêmes de leur propre échantillon vaginal à l'aide d'un écouvillon fourni dans une trousse de dépistage du cancer du col de l'utérus. L'autoprélèvement a le potentiel d'améliorer considérablement l'équité en matière de participation au dépistage du cancer du col de l'utérus.

Le Plan d'action prévoit que le test de détection du VPH remplace le test Pap comme méthode de dépistage primaire du cancer du col de l'utérus.



PRIORITÉ 1



D'ici 2025, 90 % des jeunes de 17 ans seront entièrement vaccinés contre le VPH.

CIBLE ET MESURES RELATIVES À LA VACCINATION CONTRE LE VPH

D'ici 2025 :

- **90 % des jeunes de 17 ans seront entièrement vaccinés contre le VPH.**

La période optimale pour la vaccination est avant l'âge de 13 ans. Toutefois, la cible s'aligne sur l'âge de déclaration des taux de vaccination des adolescents défini dans la Stratégie nationale de vaccination et son objectif de mise en œuvre (2025)³². L'adoption de cette cible permettra au Canada d'atteindre l'objectif d'éliminer le cancer du col de l'utérus d'ici 2040.

MESURE 1 : ACCROÎTRE LA CONNAISSANCE ET L'ACCEPTABILITÉ DU VACCIN CONTRE LE VPH

1.1 Mettre en œuvre des stratégies de communication et d'éducation pour tous les Canadiens

- Faire connaître à grande échelle la disponibilité, l'innocuité et l'efficacité du vaccin contre le VPH
- Éduquer les fournisseurs de soins de santé sur les groupes pour lesquels le vaccin contre le VPH est recommandé
- Mettre en œuvre des stratégies d'éducation du public qui traitent de l'hésitation à la vaccination en utilisant des données de grande qualité

MESURE 2 : AUGMENTER LA PARTICIPATION À LA VACCINATION DANS LE CADRE DES PROGRAMMES SCOLAIRES DE VACCINATION CONTRE LE VPH

2.1 Mettre en œuvre des stratégies novatrices d'éducation et de prestation de programmes dans le cadre des programmes scolaires

- Mettre en œuvre des stratégies d'éducation et de prestation de programmes qui traitent de l'hésitation à la vaccination dans le cadre de programmes scolaires en utilisant des données probantes de grande qualité
- Collaborer avec les dirigeants des collectivités locales pour élaborer et mettre en œuvre conjointement des stratégies novatrices d'éducation et de prestation de programmes qui traitent de l'hésitation à la vaccination et des obstacles à la participation aux programmes scolaires
- Établir des canaux pour partager et adapter les meilleures pratiques en matière de stratégies d'éducation et de prestation de programmes provenant de programmes de vaccination en milieu scolaire affichant des taux de vaccination élevés

2.2 Créer et promouvoir des possibilités supplémentaires d'accès à la vaccination contre le VPH

- Offrir le vaccin contre le VPH au secondaire aux personnes qui ne l'ont pas reçu à l'école primaire/intermédiaire
- Élaborer des stratégies pour atteindre les personnes, y compris les jeunes qui ne sont pas à l'école, et leur transmettre des renseignements sur la façon dont ils peuvent accéder au vaccin contre le VPH financé par le gouvernement en dehors du programme scolaire

MESURE 3 : AMÉLIORER LA MESURE ET LA DÉCLARATION DES TAUX DE COUVERTURE VACCINALE DES PROGRAMMES SCOLAIRES DE VACCINATION CONTRE LE VPH AFIN DE CERNER LES INÉGALITÉS ET D'ORIENTER L'AMÉLIORATION DES PROGRAMMES

3.1 Recueillir et déclarer des données normalisées provenant des programmes scolaires de vaccination contre le VPH

- Établir des mesures normalisées pour les données recueillies dans les registres de vaccination sur les taux de vaccination contre le VPH, y compris la stratification en fonction de facteurs sociodémographiques pertinents afin de cerner les inégalités
- Déclarer publiquement les taux de couverture vaccinale contre le VPH par rapport à la cible nationale dans l'ensemble des territoires de compétence, en tenant compte de toutes les doses

3.2 Utiliser les données pour orienter les améliorations à apporter aux programmes scolaires de vaccination contre le VPH

- Établir des mesures du rendement pour déterminer les améliorations qui doivent être apportées aux programmes et évaluer si les nouvelles approches des programmes sont efficaces pour augmenter les taux de vaccination
- Entreprendre une évaluation des programmes pour comprendre comment et pourquoi les nouvelles approches des programmes ont ou n'ont pas été efficaces pour augmenter les taux de vaccination

PRINCIPAUX PARTENAIRES DE MISE EN ŒUVRE

Une mise en œuvre réussie nécessitera un effort de collaboration de la part d'un large éventail de partenaires, dont les suivants :

- Agence de la santé publique du Canada et organismes pancanadiens pertinents (par exemple, Statistique Canada, Institut canadien d'information sur la santé, Inforoute Santé du Canada)
- Ministères provinciaux/territoriaux de la Santé
- Services ou organismes provinciaux/territoriaux de santé publique
- Services régionaux/locaux de santé publique
- Gouvernements, organisations et communautés des Premières Nations, des Inuits et des Métis
- Écoles et conseils scolaires/centres de services scolaires
- Associations de fournisseurs de soins de santé
- Groupes de parents et dirigeants communautaires
- Organismes d'immunisation (p. ex. Immunisation Canada)
- Organisations non gouvernementales œuvrant dans les domaines du cancer, de l'équité en santé, de la santé des femmes ou de la sensibilisation de la jeunesse
- Chercheurs (p. ex. Réseau canadien de recherche sur l'immunisation)
- Partenariat canadien contre le cancer

PRIORITÉ 2



Mettre en œuvre le test de détection du VPH comme méthode de dépistage primaire

La mise en œuvre du test de détection du VPH comme méthode de dépistage primaire^h est essentielle pour atteindre l'objectif du Canada d'éliminer le cancer du col de l'utérus d'ici 2040, et le fait d'effectuer ce changement plus tôt permettra de sauver des viesⁱ. Des efforts importants doivent être faits pour accélérer ce changement.

Mise en œuvre du test de détection du VPH pour le dépistage

Le test Pap est la méthode de dépistage la plus utilisée pour détecter les lésions précancéreuses et les cancers du col de l'utérus. Ce test a permis de réduire considérablement l'incidence du cancer du col de l'utérus au Canada depuis son introduction dans les années 1960^{5,6,23}.

Toutefois, des tests de détection du VPH ont maintenant été mis au point pour déceler la présence de types de VPH à haut risque dans les cellules du col de l'utérus, et se sont révélés plus efficaces que les tests Pap pour réduire les taux de lésions précancéreuses du col de l'utérus¹⁹. Le Plan d'action prévoit que le test de détection du VPH remplace le test Pap comme méthode de dépistage primaire du cancer du col de l'utérus.

Le test de détection du VPH présente plusieurs avantages par rapport au test Pap. Il détermine le risque de maladie à un stade plus précoce que le test Pap^{19,31}. Il est également plus sensible et plus objectif que le test Pap. Alors que les tests Pap nécessitent qu'un cytopathologiste évalue si l'échantillon de cellules présente des changements évoquant un état précancéreux, le test de détection du VPH détermine si un type de VPH à haut risque est présent ou non dans l'échantillon de cellules.

Le test de détection du VPH permet également un autoprélèvement. Les tests d'autoprélèvement permettent aux femmes de prélever leur propre échantillon dans un cadre confortable et au moment de leur choix. Pour les personnes se heurtant à des obstacles au dépistage (y compris les personnes qui vivent dans des zones rurales et éloignées, les membres de certaines communautés culturelles, les personnes appartenant à la communauté LGBTQ2S+ ainsi que les Premières Nations, les Inuits et les Métis), l'autoprélèvement peut aider à résoudre les problèmes liés à la vie privée, à la confidentialité, à l'accessibilité des prestataires de soins de santé et à l'inconfort face au test Pap, qui peut être associé à un traumatisme^{33,34,35,36}.

Comme pour tout dépistage du cancer du col de l'utérus, le meilleur moyen d'assurer le recours au test de détection du VPH comme méthode de dépistage primaire est de mettre en place des programmes de dépistage organisé. Ces programmes sont essentiels pour assurer un dépistage de haute qualité et garantir une participation optimale de l'ensemble des populations. Ils sont également importants pour assurer le déploiement et la gestion appropriés de l'autoprélèvement. Les programmes de dépistage organisé comportent des systèmes permettant de s'assurer que les bonnes personnes subissent le dépistage, que les personnes reçoivent leurs résultats, que les résultats anormaux font l'objet d'un suivi, que les taux de participation sont suivis et mesurés, et que l'amélioration de la qualité est continue. Les données sur la participation permettent également aux programmes d'élaborer des initiatives sur mesure pour atteindre les populations sous-dépistées³⁷.

^h La technique utilisée pour les tests de détection du VPH varie. Pour atteindre son objectif d'élimination, le Canada doit adopter le test de détection des VPH oncogènes 16/18, qui décèle les deux types de VPH présentant le plus grand risque.

ⁱ La modélisation à l'aide d'OncoSim, l'outil de microsimulation du Partenariat, indique que si le test de détection du VPH (VPH oncogènes 16/18) est mis en œuvre d'ici 2025, alors d'ici 2050, 6 810 cas de cancer du col de l'utérus seront évités, et 1 750 vies seront sauvées. De plus amples détails figurent dans l'annexe A – Modèle OncoSim.



« J'espère vraiment qu'un jour, l'autodépistage sera possible, car cela permettrait à davantage de femmes de participer au dépistage. Si elles pouvaient le faire à la maison, ce serait rapide et facile. »

Sandra, survivante du cancer



PRIORITÉ 2

Assurer l'équité en matière de dépistage du cancer du col de l'utérus

Le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (GÉCSP) recommande le dépistage systématique du cancer du col de l'utérus tous les trois ans chez les femmes âgées de 25 à 69 ans⁹. Cependant, de nombreuses personnes n'ont pas accès régulièrement aux programmes de dépistage du cancer du col de l'utérus ou n'y participent pas en raison d'obstacles tels que les distances à parcourir, les barrières linguistiques ou le manque de soins culturellement sécuritaires^{38,39,40}. En 2017, le nombre moyen de personnes admissibles^j ayant déclaré avoir subi au moins un test Pap au cours des trois années précédentes était d'environ 80 %, avec des taux de dépistage plus faibles dans certains groupes (p. ex. personnes à faible revenu, immigrants récents et personnes appartenant à la communauté LGBTQ2S+)^{10,41,42}. Par exemple, seulement 66 % des personnes à faible revenu et 62 % des personnes ayant immigré au Canada il y a moins de 10 ans étaient à jour quant au dépistage du col de l'utérus¹⁰.

En outre, si certaines études montrent que les taux de dépistage du cancer du col de l'utérus chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis sont comparables à ceux d'autres personnes au Canada^{43,44,45,46,47,48}, peu de programmes de dépistage ont été élaborés en tenant compte de leurs priorités et de leurs besoins. Cinq provinces et territoires ne disposent d'ailleurs pas de programme de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus²³, ce qui réduit l'accès à un dépistage de qualité et contribue à des inégalités pour les Premières Nations, les Inuits et les Métis, ainsi que pour d'autres résidents. Des approches propres aux peuples autochtones et dirigées par ces derniers ont été élaborées aux niveaux communautaire et régional afin d'améliorer l'accès équitable au dépistage du cancer du col de l'utérus dans certains de ces territoires et certaines de ces provinces. Des partenariats entre les gouvernements, les organisations et les communautés des Premières Nations, des Inuits et des Métis et le système de lutte contre le cancer sont nécessaires pour renforcer et exploiter ces approches, qui peuvent également fournir des indications pour améliorer la qualité dans l'ensemble du système.

Le Plan d'action appelle à l'amélioration des efforts de dépistage existants, à la création de programmes de dépistage organisé là où ils n'existent pas, et à des efforts pour assurer l'équité de l'accès et de la participation au dépistage du cancer du col de l'utérus. Ce travail complètera également l'introduction du test de détection du VPH comme méthode de dépistage primaire dans l'ensemble du pays.

Passage au test de détection du VPH pour le dépistage

Tandis que les lignes directrices sur le dépistage du cancer du col de l'utérus émises en 2013 par le GÉCSP formulaient des recommandations sur le groupe d'âge concerné par le dépistage et sa fréquence⁹, elles ne définissaient pas le type de test à utiliser. Depuis la publication de ces lignes directrices, des données probantes sont apparues au Canada et à l'étranger, démontrant les avantages du test de détection du VPH pour le dépistage. Plusieurs pays, dont l'Australie, le Royaume-Uni et les Pays-Bas, ont désormais introduit le test de détection du VPH comme méthode de dépistage primaire du cancer du col de l'utérus dans le cadre de leurs programmes. Le GÉCSP travaille actuellement à l'élaboration de lignes directrices actualisées sur le dépistage du cancer du col de l'utérus.

L'introduction du test de détection du VPH comme méthode de dépistage primaire au Canada nécessitera une planification et un soutien importants, ainsi que la collaboration des systèmes de santé, des gouvernements et d'autres intervenants de tout le pays pour assurer une transition en douceur.

Le Plan d'action préconise l'information du public et du système de santé concernant l'innocuité et l'efficacité du test de détection du VPH pour le dépistage. Il appelle également à soutenir les programmes de dépistage organisé, afin qu'ils contribuent à résoudre les problèmes opérationnels liés à la transition, notamment les changements apportés aux structures tarifaires, aux protocoles de laboratoire, aux procédures de déclaration et aux programmes de gestion de la qualité.

De nouvelles mesures de données normalisées seront également nécessaires à mesure de la mise en œuvre du test de détection du VPH comme méthode de dépistage primaire. Le Plan d'action prévoit la collecte, la déclaration et l'utilisation de ces données pour améliorer les programmes de dépistage du cancer du col de l'utérus.

j Les recommandations du GÉCSP quant au dépistage du cancer du col de l'utérus concernent les femmes ne présentant aucun symptôme de cancer du col de l'utérus qui sont ou ont été sexuellement actives, quelle que soit leur orientation sexuelle. Elles ne s'appliquent pas aux femmes qui présentent des symptômes de cancer du col de l'utérus ou qui ont déjà obtenu des résultats anormaux au dépistage (sauf si elles ont été autorisées à repasser à un dépistage normal), ni à celles qui n'ont pas de col de l'utérus, qui sont immunodéprimées ou dont l'espérance de vie est limitée.



« Au Canada, chaque femme qui se soumet à un dépistage du cancer du col de l'utérus tirera avantage du passage des tests Pap aux tests de détection du virus du papillome humain (VPH). Le test de détection du VPH est un outil qui permet de détecter les lésions précancéreuses avec une plus grande précision. En outre, en cas de résultat négatif, il offre la certitude que les patientes ne présenteront pas de lésions précancéreuses au cours des années suivantes. Ce plan d'action constitue une avancée importante, qui permettra au Canada d'utiliser de nouvelles technologies telles que le vaccin contre le VPH et les tests de détection du VPH pour éliminer le cancer du col de l'utérus et améliorer la santé des femmes d'ici 2040. »

D^{re} Gina Ogilvie, professeure, Faculté de médecine,
Université de la Colombie-Britannique

CIBLE ET MESURES RELATIVES AU TEST DE DÉTECTION DU VPH COMME MÉTHODE DE DÉPISTAGE PRIMAIRE

D'ici 2030 :

- **90 % des personnes admissibles auront subi un test de détection du VPH;**
- **90 % des personnes admissibles seront à jour quant au dépistage du cancer du col de l'utérus;**
- **Pas moins de 80 % des personnes admissibles appartenant à tout groupe identifiable seront à jour quant au dépistage du cancer du col de l'utérus.**

L'atteinte de cette cible permettra au Canada d'atteindre l'objectif d'élimination du cancer du col de l'utérus d'ici 2040. En fixant un taux de participation minimum de 80 % au sein de tous les groupes, la cible garantit l'équité pour les populations telles que les personnes vivant dans des zones rurales et éloignées, les personnes à faible revenu, les immigrants récents, les personnes appartenant à la communauté LGBTQ2S+ ainsi que les Premières Nations, les Inuits et les Métis.



PRIORITÉ 2

Le Plan d'action appelle à l'amélioration des efforts de dépistage existants, à la création de programmes de dépistage organisé là où ils n'existent pas, et à des efforts pour assurer l'équité de l'accès et de la participation au dépistage du cancer du col de l'utérus.

MESURE 1 : METTRE EN ŒUVRE LE TEST DE DÉTECTION DU VPH COMME MÉTHODE DE DÉPISTAGE PRIMAIRE DANS LE CADRE DE PROGRAMMES DE DÉPISTAGE ORGANISÉ DANS L'ENSEMBLE DU CANADA

1.1 Soutenir la mise en œuvre du test de détection du VPH comme méthode de dépistage primaire dans le cadre de programmes de dépistage organisé

- Réunir des groupes dans l'ensemble des secteurs et travailler en collaboration avec eux pour soutenir l'élaboration d'une analyse de rentabilité portant sur le test de détection du VPH comme méthode de dépistage primaire
- Déterminer les meilleures pratiques d'autres territoires de compétence qui ont mis en œuvre le test de détection du VPH comme méthode de dépistage primaire et recueillir d'autres renseignements pour appuyer la planification de la transition vers le test de détection du VPH

1.2 Mettre en œuvre/améliorer les programmes de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus dans toutes les provinces et tous les territoires

- Appuyer la mise en œuvre de programmes de dépistage organisé dans les territoires de compétence où il n'y en a pas, notamment en favorisant les occasions d'apprendre et de tirer parti de l'expérience des autres territoires de compétence qui sont dotés de tels programmes

1.3 Élaborer des messages fondés sur des données probantes pour communiquer les avantages du test de détection du VPH comme méthode de dépistage primaire

- Élaborer et diffuser des messages fondés sur des données probantes à l'intention du public sur l'innocuité et l'efficacité du test de détection du VPH comme méthode de dépistage primaire

- Promouvoir une transition en douceur vers le test de détection du VPH pour le dépistage en informant les cliniciens et les administrateurs de laboratoire de sa valeur et en leur fournissant des renseignements sur la gestion de ce test

MESURE 2 : ASSURER L'ÉQUITÉ EN MATIÈRE DE PARTICIPATION AU DÉPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

2.1 Mettre en œuvre des interventions fondées sur des données probantes pour accroître la participation au dépistage dans les groupes sous-dépistés

- Travailler en collaboration avec les groupes sous-dépistés pour élaborer, adapter et mettre en œuvre conjointement des interventions appropriées pour faciliter la participation au dépistage
- Améliorer le dépistage du cancer du col de l'utérus en tant que priorité dans le cadre des services de soins intégrés et de santé préventive

2.2 Offrir le dépistage et des renseignements à l'appui aux personnes admissibles afin qu'elles puissent prendre une décision éclairée quant à leur participation

- Étudier les stratégies de recrutement efficaces pour le dépistage afin d'optimiser la probabilité de joindre chaque personne admissible
- S'assurer que les fournisseurs de soins primaires sont sensibilisés au dépistage du cancer du col de l'utérus et disposent des renseignements nécessaires pour en discuter avec leurs patientes afin de faciliter la prise d'une décision éclairée

MESURE 3 : METTRE EN ŒUVRE LE TEST DE DÉTECTION DU VPH PAR AUTOPRÉLÈVEMENT DANS LE CADRE DES PROGRAMMES DE DÉPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

3.1 Investir dans la mise en œuvre du test de détection du VPH par autoprélèvement dans le cadre de programmes de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus, et mettre en place les processus et les infrastructures nécessaires

- Examiner les leçons tirées d'autres pays qui ont mis en œuvre le test de détection du VPH par autoprélèvement (p. ex. les Pays-Bas, l'Australie, le Royaume-Uni et le Danemark) pour orienter les activités de planification au Canada
- Investir dans la mise en œuvre à grande échelle de l'autoprélèvement dans le cadre des programmes de dépistage organisé ainsi que dans l'infrastructure nécessaire à l'échelle du système pour le soutenir, en donnant la priorité aux communautés rurales et éloignées et à celles qui sont confrontées à d'autres obstacles en matière d'accès
- Apprendre et évaluer comment les systèmes existants établis au Canada peuvent être mis à profit afin de soutenir l'autoprélèvement pour le dépistage du cancer du col de l'utérus

MESURE 4 : RECUEILLIR ET COMMUNIQUER DES DONNÉES AGRÉGÉES SUR LE DÉPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS, ET LES UTILISER POUR AMÉLIORER LES PROGRAMMES

4.1 Recueillir des données normalisées et préparer des rapports sur les programmes de dépistage du cancer du col de l'utérus

- Promouvoir la collecte et la communication de données sur la participation aux programmes de dépistage du cancer du col de l'utérus, les résultats du dépistage, les groupes sous-dépistés et la situation de la vaccination contre le VPH

4.2 Utiliser les données de surveillance pour orienter l'amélioration des programmes et faire part des meilleures pratiques à d'autres programmes de dépistage du cancer du col de l'utérus

- Favoriser les occasions de communiquer les connaissances sur les réussites et les leçons tirées dans le cadre des programmes de dépistage du cancer du col de l'utérus

PRINCIPAUX PARTENAIRES DE MISE EN ŒUVRE

Une mise en œuvre réussie nécessitera un effort de collaboration de la part d'un large éventail de partenaires, dont les suivants :

- Services fédéraux de santé et organismes pancanadiens pertinents (par exemple, Statistique Canada, Institut canadien d'information sur la santé, Inforoute Santé du Canada)
- Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs
- Ministères provinciaux/territoriaux de la Santé
- Services ou organismes provinciaux/territoriaux responsables des soins liés au cancer, y compris les programmes de dépistage
- Services ou organismes provinciaux/territoriaux de santé publique
- Gouvernements, organisations et communautés des Premières Nations, des Inuits et des Métis
- Collège des médecins de famille du Canada et autres associations de fournisseurs de soins primaires
- Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, Société de gynéco-oncologie du Canada et autres associations professionnelles
- Administrateurs de laboratoire
- Cytopathologistes et cytotechnologistes
- Chercheurs
- Organisations non gouvernementales œuvrant dans les domaines du cancer, de l'équité en santé ou de la santé des femmes
- Représentants des patients et des familles
- Partenariat canadien contre le cancer

PRIORITÉ 3



Améliorer le suivi des résultats de dépistage anormaux

Lorsque le dépistage du cancer du col de l'utérus détecte des cellules anormales ou précancéreuses, un suivi approprié et en temps opportun est essentiel pour traiter ces lésions précancéreuses et prévenir l'apparition du cancer du col de l'utérus. Dans le cadre des programmes de dépistage du cancer du col de l'utérus existants, il est possible de déceler plus tôt les lésions précancéreuses et les cancers afin de garantir l'orientation des patientes vers les soins adaptés. L'introduction du test de détection du VPH comme méthode de dépistage primaire offre des possibilités supplémentaires de revoir et d'améliorer les systèmes de tests et de soins de suivi.

Élaborer des parcours normalisés

À mesure que le Canada progressera dans le recours au test de détection du VPH comme méthode de dépistage primaire, des parcours de soins normalisés seront nécessaires pour garantir que toutes les personnes ayant obtenu un résultat de dépistage anormal (test de détection du VPH positif) reçoivent des renseignements clairs et un suivi approprié.

La mise en place de parcours normalisés contribuera également à remédier aux inégalités actuelles. Par exemple, malgré des taux de dépistage similaires dans l'ensemble du Canada, le taux d'incidence du cancer du col de l'utérus est plus élevé dans les régions rurales et éloignées que dans les zones urbaines (8,5 pour 100 000 femmes contre 6,4 pour 100 000 femmes^k)⁴⁹. De même, certaines études montrent que, bien que les taux de dépistage du cancer du col de l'utérus chez les membres des Premières Nations, des Inuits et des Métis soient comparables à ceux d'autres personnes au Canada^{43,44,45,46,47,48}, les taux d'incidence du cancer du col de l'utérus sont plus élevés^{11,12,13,14,17}. Ces variations indiquent que toutes les personnes ayant obtenu un résultat de dépistage anormal n'ont pas le même accès à un suivi approprié et en temps opportun.

Des parcours normalisés contribuent également à améliorer l'efficacité, ce qui est important lorsque l'accès à la colposcopie varie d'une région à l'autre du pays et que de longs délais d'attente sont courants. La colposcopie est le principal test de suivi utilisé pour confirmer la présence de cellules précancéreuses et cancéreuses, et déterminer les soins appropriés. Au Canada, les données les plus récentes disponibles (2013) montrent que les personnes ayant obtenu un résultat positif au test Pap attendent entre cinq et neuf mois pour passer une colposcopie, et que 10 % attendent encore plus longtemps³⁷. Avec l'introduction du test de détection du VPH comme méthode de dépistage primaire, les volumes de colposcopie devraient augmenter dans un premier temps, étant donné la capacité du test à détecter les anomalies à un stade plus précoce. Toutefois, avec le temps et à mesure que la vaccination se développe, ces volumes se stabiliseront et tomberont en dessous des niveaux actuels^{4,50,51}.

Le Plan d'action prévoit des plans de suivi clairs pour les personnes ayant obtenu un résultat positif au test de détection du VPH et l'accès, en temps opportun, à une colposcopie pour les personnes exposées à un risque accru.

k Normalisé selon l'âge de la population mondiale.



“D’ici 2030, 90 % de toutes les personnes considérées comme présentant un risque élevé d’anomalies importantes du col de l’utérus subiront une colposcopie en temps opportun.

Assurer un accès équitable au suivi

Le Plan d’action demande également que des mesures soient prises pour garantir que les groupes actuellement mal desservis bénéficient d’un accès équitable aux services de suivi. Des mesures doivent en particulier être prises pour assurer un suivi coordonné, approprié, en temps opportun et plus près du domicile pour les Premières Nations, les Inuits et les Métis, ainsi que pour toutes les personnes au Canada qui doivent parcourir des distances importantes à partir de leur domicile et de leur foyer pour recevoir des soins. Pour ce faire, le système de lutte contre le cancer devra travailler en partenariat avec les gouvernements, les organisations et les communautés des Premières Nations, des Inuits et des Métis afin de s’appuyer sur les systèmes de soins existants, de sorte que toute nouvelle orientation et tout nouveau parcours de soins apportent un soutien, soient réactifs et reflètent les priorités autochtones.

Collecter des données pour améliorer la qualité

Au Canada, il n’existe actuellement aucune approche normalisée pour la collecte et le suivi des données sur les soins de suivi. Par conséquent, les renseignements susceptibles d’améliorer les soins ne sont pas facilement disponibles (par exemple, le nombre de personnes orientées en colposcopie qui passent le test, et le nombre de personnes qui sont perdues de vue au suivi). Le Plan d’action demande de meilleurs moyens de mesure et un meilleur compte rendu des services de suivi afin d’aider les personnes à effectuer un suivi, de définir les groupes mal desservis et de déterminer les domaines où la qualité et les programmes peuvent être améliorés. Ce type de collecte et de déclaration de données sera plus facile à mettre en œuvre dans le cadre de programmes de dépistage organisé, qui disposent déjà des systèmes nécessaires.



PRIORITÉ 3

CIBLE ET MESURES RELATIVES AU SUIVI DES RÉSULTATS DE DÉPISTAGE ANORMAUX

D'ici 2030 :

- **90 % de toutes les personnes ayant obtenu un résultat de dépistage anormal (test de détection du VPH positif) devront avoir un plan de suivi clair et approprié, conçu et communiqué au cours des trois mois suivant le test associé au résultat positif;**
- **90 % de toutes les personnes considérées comme présentant un risque élevé d'anomalies importantes du col de l'utérus subiront une colposcopie en temps opportun;**
- **Pas moins de 90 % des personnes de tout groupe identifiable feront l'objet d'un suivi.**

L'atteinte de cette cible permettra au Canada d'atteindre l'objectif d'élimination du cancer du col de l'utérus d'ici 2040.

« À partir du moment où je suis allée voir mon médecin, le temps de passer des tests, de comprendre la situation, d'attendre, de réussir à voir un gynécologue, de décider de ce qui allait se passer, de subir une hystérectomie... cela a duré un an et demi. Le processus a été très long. »

Katherine, survivante du cancer du col de l'utérus

MESURE 1 : NORMALISER LE SUIVI APPROPRIÉ ET EN TEMPS OPPORTUN DES RÉSULTATS DE DÉPISTAGE ANORMAUX (TESTS DE DÉTECTION DU VPH POSITIFS)

1.1 Élaborer, mettre en œuvre et évaluer des parcours de soins normalisés pour assurer un suivi rapide et adéquat des tests de détection du VPH positifs

- Élaborer des parcours de soins normalisés fondés sur des données probantes pour assurer un suivi rapide et adéquat des tests de détection du VPH positifs
- Mettre en œuvre et évaluer des parcours de soins normalisés pour assurer un suivi rapide et adéquat des tests de détection du VPH positifs

1.2 Exploiter des systèmes d'information dans le cadre des programmes de dépistage organisé pour faciliter l'orientation vers un suivi rapide et adéquat et repérer les personnes qui n'ont pas fait l'objet d'un suivi

- Élaborer les éléments de base nécessaires à la mise en œuvre de systèmes qui facilitent l'orientation vers un suivi approprié
- Mettre en œuvre et maintenir des systèmes pour faciliter l'orientation vers un suivi rapide et adéquat
- Étudier, mettre en œuvre et évaluer des stratégies pour joindre les personnes qui n'ont pas fait l'objet d'un suivi

1.3 Éduquer les patientes et les fournisseurs de soins de santé pour qu'ils comprennent les résultats des tests de dépistage et le suivi adéquat

- Élaborer et mettre en œuvre des documents et des technologies fondés sur des données probantes afin d'aider les fournisseurs de soins de santé à interpréter les résultats des tests de dépistage pour assurer un triage et une prise en charge appropriés
- Sensibiliser les partenaires au rôle qu'ils jouent dans l'éducation des patientes quant aux avantages d'un suivi rapide et adéquat en cas de résultat de dépistage anormal

« Un suivi rapide est vital pour les femmes obtenant des résultats anormaux au dépistage du cancer du col de l'utérus. Malheureusement, l'incohérence des pratiques de suivi et le manque de mesures de protection nuisent parfois à la prise en charge de certaines patientes, alors "laissées pour compte". Cela doit changer. Il est primordial de mettre en place des systèmes permettant d'offrir à toutes les femmes, indépendamment de leur identité et de leur lieu de résidence, la possibilité de comprendre les risques connexes et de bénéficier d'une prise en charge appropriée à la suite d'un résultat de dépistage anormal. Le moment d'agir est venu, et je crois que le Canada dispose des personnes et des compétences nécessaires pour mettre en œuvre ces améliorations qui contribueront à éliminer le cancer du col de l'utérus dans les 20 prochaines années. »

Dr^e Meg McLachlin, gestionnaire de programme, Département de pathologie de l'Université Western

MESURE 2 : FOURNIR UN ACCÈS ÉQUITABLE AUX SERVICES DE SUIVI EN CAS DE RÉSULTATS DE DÉPISTAGE ANORMAUX, ET ASSURER LEUR UTILISATION

2.1 Repérer les personnes qui ont besoin d'un soutien supplémentaire pour accéder aux services de suivi en cas de résultats de dépistage anormaux

- Repérer les personnes qui ont besoin de soutien pour accéder aux services de suivi
- Collaborer avec des groupes mal desservis pour créer conjointement des solutions qui facilitent l'accès au suivi pour les personnes vivant dans des régions éloignées ou ayant besoin d'un soutien supplémentaire
- Mettre en œuvre des solutions pour permettre aux personnes vivant dans des régions éloignées ou ayant besoin d'un soutien supplémentaire d'accéder à un suivi
- Examiner les enseignements tirés d'autres provinces ou territoires qui ont répondu aux besoins des populations mal desservies
- Adapter et/ou élaborer, mettre en œuvre et évaluer des services et programmes qui répondent aux besoins des personnes mal desservies

MESURE 3 : RECUEILLIR ET COMMUNIQUER DES DONNÉES AGRÉGÉES SUR LE SUIVI DES PATIENTES, ET LES UTILISER POUR ORIENTER L'AMÉLIORATION DES PROGRAMMES

3.1 Établir, recueillir et communiquer des éléments de données de base pour les données sur la colposcopie, la pathologie et le traitement

- Élaborer et mettre en œuvre des éléments de données de base pour la collecte et la déclaration normalisées des données sur la colposcopie, la pathologie et le traitement
- Permettre la communication de données agrégées sur les services et les intervalles de suivi des résultats de dépistage anormaux à l'échelle pancanadienne afin de pouvoir cerner les meilleures pratiques
- Appuyer la mise en œuvre d'initiatives d'amélioration de la qualité fondées sur les données pour atteindre les objectifs de lutte contre le cancer

3.2 Communiquer les données, les approches d'évaluation et les meilleures pratiques sur le suivi des résultats de dépistage anormaux pour soutenir l'amélioration de la qualité

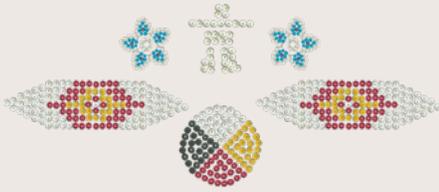
- Tirer parti des approches d'évaluation utilisées dans d'autres pays pour déterminer les indicateurs qui peuvent être utilisés au Canada afin de cerner les réussites et les possibilités d'amélioration
- Renforcer les capacités de production de données et de rapports sur les indicateurs pertinents à l'échelle locale pour communiquer les connaissances sur les meilleures pratiques et les leçons tirées
- Cultiver une culture d'amélioration de la qualité par la mise en œuvre de mécanismes qui favoriseront l'apprentissage et le déploiement d'initiatives d'amélioration de la qualité fondées sur les données



PRINCIPAUX PARTENAIRES DE MISE EN ŒUVRE

Une mise en œuvre réussie nécessitera un effort de collaboration de la part d'un large éventail de partenaires, dont les suivants :

- Services fédéraux de santé et organismes pancanadiens pertinents (par exemple, Statistique Canada, Institut canadien d'information sur la santé, Inforoute Santé du Canada)
- Ministères provinciaux/territoriaux de la Santé
- Services ou organismes provinciaux/territoriaux responsables des soins liés au cancer, y compris les programmes de dépistage
- Services ou organismes provinciaux/territoriaux de santé publique
- Gouvernements, organisations et communautés des Premières Nations, des Inuits et des Métis
- Société des obstétriciens et gynécologues du Canada
- Société de gynéco-oncologie du Canada
- Collège des médecins de famille du Canada et autres associations de fournisseurs de soins primaires
- Administrateurs de laboratoire
- Cytopathologistes et cytotechnologistes
- Chercheurs
- Organisations de santé numérique
- Organisations non gouvernementales œuvrant dans les domaines du cancer, de l'équité en santé ou de la santé des femmes
- Représentants des patients et des familles
- Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé
- Partenariat canadien contre le cancer



Priorités propres aux Premières Nations, aux Inuits et aux Métis, et mesures propres aux peuples autochtones, en matière de prévention et de soins du cancer du col de l'utérus

Le Plan d'action définit des priorités, des cibles et des mesures visant à améliorer la vaccination contre le VPH, à mettre en œuvre le test de détection du VPH comme méthode de dépistage primaire et à améliorer le suivi des résultats de dépistage anormaux pour toutes les personnes vivant au Canada, y compris les Premières Nations, les Inuits et les Métis. En outre, les partenaires des Premières Nations, des Inuits et des Métis ont défini les priorités et les mesures suivantes, propres aux peuples autochtones, pour surmonter les obstacles géographiques et les inégalités particulières auxquels ces peuples peuvent être confrontés du fait de la colonisation historique et contemporaine.

Il est important de noter que les communautés des Premières Nations, des Inuits et des Métis mènent déjà des efforts pour surmonter ces obstacles et ces inégalités de longue date et améliorer la prévention et les soins du cancer du col de l'utérus. Les programmes et services propres aux peuples autochtones créent des solutions innovantes et culturellement adaptées au niveau communautaire. Ces approches offrent des perspectives qui peuvent aider d'autres communautés victimes d'inégalités et toutes les personnes qui reçoivent des services de lutte contre le cancer au Canada.

Priorités et mesures propres aux Premières Nations



PRIORITÉ 1

Des soins adaptés à la culture dispensés plus près du domicile

- Reconnaître et éliminer les répercussions du racisme au sein du système de santé
- Offrir des services de prévention et des soins du cancer du col de l'utérus sécuritaires sur le plan culturel¹
- Définir des directives nationales afin de favoriser l'uniformité des soins du cancer du col de l'utérus
- Fournir des services de santé plus près du domicile et améliorer le parcours des Premières Nations qui doivent se déplacer pour accéder à des services de prévention et à des soins du cancer du col de l'utérus
- Assurer un accès uniforme aux programmes et aux services de vaccination contre le VPH financés par le gouvernement dans les écoles situées dans les réserves et hors réserve
- Mettre en œuvre le test de détection du VPH comme méthode de dépistage primaire, y compris l'autoprélèvement
- Désigner des champions des communautés des Premières Nations pour assurer l'éducation sur la santé et la promotion de la santé en lien avec le cancer du col de l'utérus

¹ L'expression « prévention et soins du cancer du col de l'utérus » désigne la vaccination contre le VPH, le dépistage du cancer du col de l'utérus, le suivi des résultats de dépistage anormaux, le diagnostic et le traitement.

« Au Canada, les femmes des Premières Nations sont touchées de manière disproportionnée par le cancer du col de l'utérus. Cela s'explique notamment par les répercussions des traumatismes historiques subies par les femmes des Premières Nations lorsqu'elles participent au dépistage du cancer du col de l'utérus et reçoivent des soins cliniques. Le Plan d'action a mis en avant la nécessité de déconstruire la méthode d'approche actuelle de la prise en charge de ce type de cancer pour les femmes des Premières Nations. En annonçant des pratiques de prévention et des méthodes de dépistage novatrices, telles que l'autoprélèvement en vue d'un test de détection du VPH, le Plan d'action favorise la mise en place d'une prise en charge du cancer du col de l'utérus adaptée sur le plan culturel et sensible aux traumatismes subis par les femmes des Premières Nations dans toutes les régions du pays. »

D^{re} Unjali Malhotra, Régie de la santé des Premières Nations, directrice médicale, Santé des femmes



PRIORITÉ 2

Des soins contre le cancer propres aux peuples autochtones et déterminés par ces derniers

- Élaborer des stratégies de prévention et de soins du cancer du col de l'utérus en fonction des priorités définies par les communautés des Premières Nations et des disparités auxquelles elles font face
- Améliorer la communication et la coordination de la couverture des soins de santé pour les Premières Nations
- Utiliser un langage respectueux des sexes et des personnes bispirituelles, et faire preuve d'inclusivité dans le cadre de la prévention et des soins du cancer du col de l'utérus
- Reconnaître et respecter les pratiques culturelles et de guérison traditionnelles



PRIORITÉ 3

Des recherches et des systèmes de données régis par les Premières Nations

- Recenser des données propres aux Premières Nations sur la prévention et les soins du cancer du col de l'utérus qui sont régies par les communautés et propres à celles-ci
- Veiller à ce que la collecte de données sur la prévention et les soins du cancer du col de l'utérus respecte les principes PCAP® et à ce que les communautés consentent à la collecte et au partage de ces données
- Améliorer l'accès des Premières Nations aux données sur la couverture des soins de santé
- Créer des espaces sécuritaires pour l'auto-identification volontaire du statut de Première Nation afin de recueillir des données propres aux Premières Nations sur la prévention et les soins du cancer du col de l'utérus
- Utiliser des normes adaptées sur le plan culturel pour la collecte et le regroupement de données propres aux Premières Nations sur la prévention et les soins du cancer du col de l'utérus, ainsi que pour le couplage avec d'autres ensembles de données

Priorités et mesures propres aux Inuits



PRIORITÉ 1

Des soins adaptés à la culture dispensés plus près du domicile

- Reconnaître et éliminer le racisme au sein du système de santé
- Offrir des services de prévention et des soins du cancer du col de l'utérus sécuritaires sur le plan culturel^m
- Définir des directives nationales afin de favoriser l'uniformité des soins du cancer du col de l'utérus
- Fournir des services de santé plus près du domicile et améliorer le parcours des Inuits qui doivent se déplacer pour accéder à des services de prévention et à des soins du cancer du col de l'utérus
- Mettre en œuvre le test de détection du VPH comme méthode de dépistage primaire, y compris l'autoprélèvement

^m L'expression « prévention et soins du cancer du col de l'utérus » désigne la vaccination contre le VPH, le dépistage du cancer du col de l'utérus, le suivi des résultats de dépistage anormaux, le diagnostic et le traitement.

« Le Plan d'action est important pour les femmes inuites, car il vise à les sensibiliser davantage à la vaccination et à mieux organiser le dépistage du cancer du col de l'utérus. Les Inuites qui vivent au Canada et dans la ville d'Ottawa doivent être sensibilisées au cancer du col de l'utérus, et en connaître les causes et les méthodes de prévention, à savoir le dépistage et les vaccins. Cela contribuera grandement à réduire la prévalence de la maladie parmi les membres de nos communautés et les Inuites d'autres régions du pays. »

Malaya Zehr, responsable, Services d'emploi et recherche, Tungasuvvingat Inuit



PRIORITÉ 2

Des soins contre le cancer propres aux peuples autochtones et déterminés par ces derniers

- Mettre en œuvre des approches équitables et propres aux Inuits en matière de prévention et de soins du cancer du col de l'utérus, en fonction des priorités définies par les Inuits
- Améliorer la communication et la coordination de la couverture des soins de santé pour les Inuits et les fournisseurs de services
- Utiliser un langage respectueux et non sexiste, et faire preuve d'inclusivité dans le cadre de la prévention et des soins du cancer du col de l'utérus



PRIORITÉ 3

Des recherches et des systèmes de données régis par les Inuits

- Recueillir des données propres aux Inuits sur la prévention et les soins du cancer du col de l'utérus qui sont accessibles, liées aux communautés locales, et conformes aux principes des Inuits concernant la recherche et les données (y compris des données sur la participation aux programmes de vaccination contre le VPH en milieu scolaire, la participation au dépistage du cancer du col de l'utérus, les résultats du dépistage, la situation de la vaccination contre le VPH, ainsi que la colposcopie, la pathologie et le traitement)
- Améliorer les pratiques de collecte systématique de données qualitatives et quantitatives pour recueillir des données propres aux Inuits sur la prévention et les soins du cancer du col de l'utérus
- Mener des recherches dirigées par les Inuits pour appuyer des interventions efficaces en matière de prévention, de dépistage et de traitement du cancer du col de l'utérus

Priorités et mesures propres aux Métis



PRIORITÉ 1

Des soins adaptés à la culture dispensés plus près du domicile

- Reconnaître et éliminer le racisme au sein du système de santé
- Offrir des services de prévention et des soins du cancer du col de l'utérus sécuritaires sur le plan culturelⁿ
- Définir des directives nationales afin de favoriser l'uniformité des soins du cancer du col de l'utérus
- Fournir des services de santé plus près du domicile et améliorer le parcours des Métis qui doivent se déplacer pour accéder à des services de prévention et à des soins du cancer du col de l'utérus
- Mettre en œuvre le test de détection du VPH comme méthode de dépistage primaire, y compris l'autoprélèvement
- Les Métis offrent des programmes et des services de prévention, de dépistage et de traitement du cancer du col de l'utérus pour les Métis

ⁿ L'expression « prévention et soins du cancer du col de l'utérus » désigne la vaccination contre le VPH, le dépistage du cancer du col de l'utérus, le suivi des résultats de dépistage anormaux, le diagnostic et le traitement.



PRIORITÉ 2

Des soins contre le cancer propres aux peuples autochtones et déterminés par ces derniers

- Mettre en œuvre des approches équitables et propres aux Métis en matière de prévention et de soins du cancer du col de l'utérus, en fonction des priorités définies par les Métis
- Déterminer, mettre en œuvre et coordonner les avantages pour la santé propres aux Métis
- Utiliser un langage respectueux et non sexiste, et faire preuve d'inclusivité dans le cadre de la prévention et des soins du cancer du col de l'utérus



PRIORITÉ 3

Des recherches et des systèmes de données régis par les Métis

- Recueillir des données propres aux Métis sur la prévention et les soins du cancer du col de l'utérus qui sont accessibles, reliées à d'autres ensembles de données, et conformes aux principes des Métis concernant la recherche et les données (tels que les principes de propriété, contrôle, accès et intendance)
- Créer des espaces sécuritaires pour l'auto-identification afin de recueillir efficacement des données propres aux Métis sur la prévention et les soins du cancer du col de l'utérus
- Utiliser les structures existantes pour la collecte de données propres aux Métis sur la prévention et les soins du cancer du col de l'utérus

Accélérer les effets positifs

Le Canada a fait de grands progrès dans la réduction des taux de cancer du col de l'utérus. Mais, avec une action ciblée, l'étape la plus importante peut être atteinte. Le cancer du col de l'utérus peut être éliminé.

La création du Plan d'action pour l'élimination du cancer du col de l'utérus au Canada, 2020-2030, et les efforts de mise en œuvre concertés, actuellement en cours, positionnent le Canada comme un chef de file mondial dans le mouvement d'élimination de cette maladie. Le Partenariat canadien contre le cancer travaille avec des partenaires de l'ensemble du pays pour faire avancer ce travail.

Les priorités sont claires.

Il est essentiel d'agir rapidement pour mettre en œuvre le test de détection du VPH comme méthode de dépistage primaire si le Canada veut atteindre l'objectif d'éliminer le cancer du col de l'utérus d'ici 2040. Des mesures immédiates doivent être prises pour assurer un suivi rapide et approprié des personnes dont les résultats de dépistage sont anormaux. Les taux de vaccination contre le VPH doivent s'améliorer à l'échelle du pays. Les gouvernements, organisations et communautés des Premières Nations, des Inuits et des Métis apporteront un leadership précieux pour faire progresser le Plan d'action et les mesures propres aux peuples autochtones définies par eux.

En outre, tous ces efforts doivent se concentrer sur l'amélioration de l'équité. Le Canada n'atteindra son objectif que si tous les habitants du Canada ont un accès équitable à des services optimaux de prévention et de traitement du cancer du col de l'utérus, quels qu'ils soient et où qu'ils vivent.

Avec ses partenaires, le Partenariat s'engage à agir et à mesurer les progrès dans les années à venir. Grâce à ces efforts, le Canada atteindra son objectif d'éliminer le cancer du col de l'utérus, pour les enfants d'aujourd'hui et toutes les générations futures.

MODÈLE ONCOSIM – ÉLIMINATION DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS AU CANADA

INTRODUCTION

En 2018, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a appelé les pays du monde entier à prendre des mesures pour éliminer le cancer du col de l'utérus à l'échelle mondiale d'ici la fin du siècle. En tant que membre de l'Union internationale contre le cancer (UICC), le Partenariat agit et dirige les efforts visant à faire du Canada un chef de file de ce mouvement mondial. L'objectif : éliminer le cancer du col de l'utérus au Canada d'ici 2040. Pour y parvenir, les cibles suivantes ont été fixées :

- D'ici 2025, 90 % des personnes seront entièrement vaccinées contre le VPH d'ici l'âge de 17 ans.
- D'ici 2030, 90 % des personnes admissibles auront subi un test de détection du VPH; 90 % des personnes admissibles seront à jour quant au dépistage du cancer du col de l'utérus; et pas moins de 80 % des personnes admissibles appartenant à tout groupe identifiable seront à jour quant au dépistage du cancer du col de l'utérus.
- D'ici 2030, 90 % de toutes les personnes ayant obtenu un résultat positif au test de détection du VPH devront avoir un plan de suivi clair et approprié, conçu et communiqué au cours des trois mois suivant le test associé au résultat positif; 90 % de toutes les personnes considérées comme présentant un risque élevé d'anomalies importantes du col de l'utérus subiront une colposcopie en temps opportun; et pas moins de 90 % des personnes de tout groupe identifiable feront l'objet d'un suivi.

OBJECTIFS

Le modèle de microsimulation OncoSim a été utilisé pour effectuer des projections concernant l'incidence potentielle sur la santé de la réalisation des cibles d'élimination du cancer du col de l'utérus au Canada d'ici 2040 (moins de 4 cas pour 100 000 femmes, normalisés selon la population mondiale), avec la mise en œuvre de programmes coordonnés de vaccination contre le VPH, de programmes de rattrapage de la vaccination contre le VPH et de programmes de dépistage du cancer du col de l'utérus utilisant le test de détection du VPH. Il a également aidé à déterminer les stratégies à mettre en œuvre en priorité pour atteindre ces objectifs. Cette analyse a été menée à l'aide de la version 3.3.4.0 d'OncoSim-Col de l'utérus et de la version 1.9.1.0 d'OncoSim-MMVPH.

PORTÉE DE L'ANALYSE

Objectif principal :

- Évaluer la probabilité d'atteindre l'objectif de 2040, à savoir éliminer le cancer du col de l'utérus (moins de 4/100 000, taux brut) au Canada grâce à la mise en œuvre de programmes coordonnés de vaccination contre le VPH, de programmes de rattrapage de la vaccination contre le VPH et de programmes de dépistage du cancer du col de l'utérus utilisant le test de détection du VPH.

MÉTHODES

Modèle OncoSim

Le modèle OncoSim, dirigé et soutenu par le Partenariat canadien contre le cancer, et élaboré par Statistique Canada à l'aide d'un financement de Santé Canada, a été conçu pour évaluer les répercussions des modifications des politiques de soins du cancer sur le système canadien⁵². Il s'agit d'un outil de simulation gratuit en ligne qui combine des données concrètes et les meilleures données probantes accessibles pour effectuer des projections sur les coûts et les avantages anticipés pour la santé de diverses interventions de prévention, de dépistage et de traitement. OncoSim tient également compte, dans ses projections, des facteurs de risque attribuable, tels que le tabagisme, les expositions environnementales et le manque d'activité physique. Il permet actuellement de modéliser en détail quatre sièges de cancer (sein, colorectal, poumon et col de l'utérus) ainsi que les programmes de dépistage correspondants, et offre des projections de haut niveau pour 28 autres sièges de cancer.

OncoSim-Col de l'utérus

Le modèle relatif au VPH/cancer du col de l'utérus d'OncoSim comprend deux composants complémentaires : le modèle de microsimulation du virus du papillome humain (OncoSim-MMVPH) et le modèle relatif au col de l'utérus (OncoSim-Col de l'utérus). Les sous-modèles ainsi que les résultats de la calibration et de l'évaluation sont décrits en détail dans la publication de Miller et coll⁵³.

- Le composant OncoSim-MMVPH est un modèle d'interaction entre agents qui simule la transmission du VPH par l'intermédiaire de réseaux de contacts sexuels. Les données d'OncoSim-MMVPH sont utilisées comme intrants dans OncoSim-Col de l'utérus, y compris les taux d'incidence du VPH selon différentes stratégies de vaccination. OncoSim-MMVPH a été mis au point à l'aide d'un modèle de Van de Velde et coll. ayant fait l'objet d'une publication⁵⁴.

- Le modèle OncoSim-Col de l'utérus simule l'histoire naturelle de l'infection par le VPH à la néoplasie intraépithéliale du col de l'utérus et au cancer, ainsi qu'aux condylomes anogénitaux chez les femmes. Il simule également le dépistage, le traitement, l'évolution et la létalité.

Le modèle simule l'infection par le virus du papillome humain (VPH) et la progression du cancer du col de l'utérus en deux étapes : il simule tout d'abord la propagation de l'infection au VPH par les rapports sexuels et des stratégies détaillées de vaccination contre le VPH à l'aide d'un modèle d'interaction entre agents. Il saisit ensuite les taux détaillés d'infection par le VPH issus du modèle d'interaction dans un modèle de microsimulation de Monte Carlo, qui simule le passage de l'infection au VPH à l'apparition du cancer du col de l'utérus chez les personnes infectées, et la progression de la maladie par la suite.

Ce modèle intègre un aperçu historique du dépistage du cancer du col de l'utérus au Canada et un scénario de dépistage futur par défaut. Pour comparer les stratégies de dépistage, les utilisateurs peuvent préciser les critères d'admissibilité au dépistage, les modalités du dépistage (p. ex. cytologie ou test de détection du VPH), les taux de participation et d'observance, le statut de l'immunisation, la fréquence du dépistage, l'efficacité du dépistage, les protocoles de suivi, les traitements des lésions précancéreuses et des condylomes, et les coûts des soins de santé.

Six catégories de sérotypes du VPH sont actuellement modélisées : 6, 11, 16, 18, « autres types cancérigènes » et « autres types non cancérigènes ». Le modèle intègre trois types de vaccins (bivalent, quadrivalent et nonavalent). Pour comparer les stratégies de vaccination, les utilisateurs peuvent indiquer les caractéristiques du programme de vaccination, telles que l'âge cible, le sexe, l'ancienneté du programme, le taux de participation, le type de vaccin, l'efficacité du vaccin, la durée de la protection, le statut de l'immunisation antérieure dans la population cible et les coûts de la vaccination.

Le modèle a été élaboré à partir de données canadiennes, lorsqu'elles étaient disponibles, provenant d'un large éventail de sources, notamment les statistiques de l'état civil canadien, les enquêtes sur la santé dans les collectivités, les registres du cancer, les bases de données des programmes de dépistage,

les bases de données administratives et la documentation examinée par les pairs^{55,56}. Ces intrants, pour la plupart fondés sur des données, ont été au besoin complétés par des avis d'experts. Les utilisateurs peuvent modifier les intrants du modèle pour répondre à des questions précises en matière de politiques.

Le modèle OncoSim-Col de l'utérus simule la progression et la rémission de la maladie à l'aide des taux d'incidence du cancer du col de l'utérus observés et de la répartition des stades dans le Registre canadien du cancer. Le modèle s'appuie sur l'hypothèse selon laquelle les personnes ayant reçu un diagnostic de cancer du col de l'utérus ont une qualité de vie liée à la santé inférieure à celle de la population générale; la qualité de vie liée à la santé varie selon le stade de la maladie et diminue encore davantage pendant le traitement. L'indice de l'état de santé (Health Utilities Index [HUI]) est utilisé pour pondérer la qualité de vie. Le modèle inclut les coûts des soins de santé associés au cancer du col de l'utérus du point de vue du payeur public : visites chez le médecin, services de laboratoire, hospitalisations, chimiothérapie, radiothérapie et médicaments. Les coûts de traitement par défaut ont été estimés dans le cadre d'un exercice d'évaluation des coûts mené par un groupe pancanadien d'experts en oncologie. Les utilisateurs peuvent modifier ces coûts pour mieux représenter les schémas et les coûts de traitement dans des territoires de compétence précis.

Le modèle effectue une projection des résultats, tels que les années de vie et les coûts des soins de santé, au niveau provincial/territorial et national. Parmi les exemples de résultats liés au dépistage du cancer du col de l'utérus, citons le nombre de dépistages du cancer du col de l'utérus, le nombre de tests de suivi effractifs (p. ex. des biopsies) et les coûts associés au dépistage et au suivi. Grâce à OncoSim-Col de l'utérus, les utilisateurs peuvent estimer le fardeau économique du cancer du col de l'utérus et l'incidence des interventions sur les résultats liés au cancer du col de l'utérus. Ce modèle a été appliqué pour comparer les stratégies de dépistage du cancer du col de l'utérus et de vaccination contre le VPH^{57,58,59,60}. Veuillez vous reporter à la page <https://www.partnershipagainstcancer.ca/fr/tools/oncosim/ressources/> pour obtenir plus de renseignements sur les publications.

SCÉNARIOS

Pour cette analyse, 4 scénarios ont été envisagés :

Scénario 1 :

Statu quo : dépistage primaire par test Pap avec les taux actuels de vaccination contre le VPH

Scénario 2 :

Scénario cible : dépistage primaire par test de détection du VPH suivi d'une cytologie pour tout résultat positif au test de détection du VPH, avec des taux de vaccination contre le VPH améliorés et des programmes de rattrapage

Scénario 3 :

Dépistage primaire par test Pap avec triage en fonction du VPH, avec des taux de vaccination contre le VPH améliorés et des programmes de rattrapage

Scénario 4 :

Dépistage primaire par test de détection des types de VPH oncogènes avec géotypage partiel, avec des taux de vaccination contre le VPH améliorés et des programmes de rattrapage

Les détails des paramètres d'intrant sont fournis dans les tableaux suivants :

- Tableau I. Programme de dépistage
- Tableau II. Programme de vaccination
- Tableau III. Intrants supplémentaires

I. TABLEAU D'INTRANTS POUR LA COMPARAISON DES SCÉNARIOS DE RÉFÉRENCE (PROGRAMMES DE DÉPISTAGE)

INTRANTS DES SCÉNARIOS	PLAN DES MODALITÉS DE DÉPISTAGE			
	1. Statu quo	2. Dépistage primaire par test de détection du VPH et test Pap de suivi	3. Dépistage primaire par test Pap avec triage en fonction du VPH	4. Dépistage primaire par test de détection des types de VPH oncogènes 16/18
Outil de dépistage primaire	Test Pap	Test de détection du VPH	Test Pap	Test de détection du VPH
Âge de début	21	25	25	25
Âge de fin	69	69	69	69
Participation	76,6 %	90 %	90 %	90 %
Nombre d'années avant le dépistage suivant	3	5	3	5

II. TABLEAU D'INTRANTS POUR LA COMPARAISON DES SCÉNARIOS DE RÉFÉRENCE (PROGRAMMES DE VACCINATION)

INTRANTS DES SCÉNARIOS	PLAN DES MODALITÉS DE VACCINATION			
	1. Statu quo	2. Dépistage primaire par test de détection du VPH et test Pap de suivi	3. Dépistage primaire par test Pap avec triage en fonction du VPH	4. Dépistage primaire par test de détection des types de VPH oncogènes 16/18
Âge	12			
Sexe	Hommes et femmes			
Année de déploiement	À partir de 2007			
Type de vaccin	Quadrivalent (jusqu'en 2017); nonavalent (à partir de 2018)			
Coût du vaccin	333 \$/schéma à 2 doses			
Posologie du vaccin	2 doses			
Couverture vaccinale	70 %	Augmentation à 90 % (d'ici 2025)		
Proportion protégée	100 %			
Degré de protection	Efficacité de 100 %, pas de diminution			
Programme de rattrapage	Pas de programme de rattrapage	50 % des 15-26 ans bénéficiant du rattrapage d'ici 2025		

III. INTRANTS SUPPLÉMENTAIRES

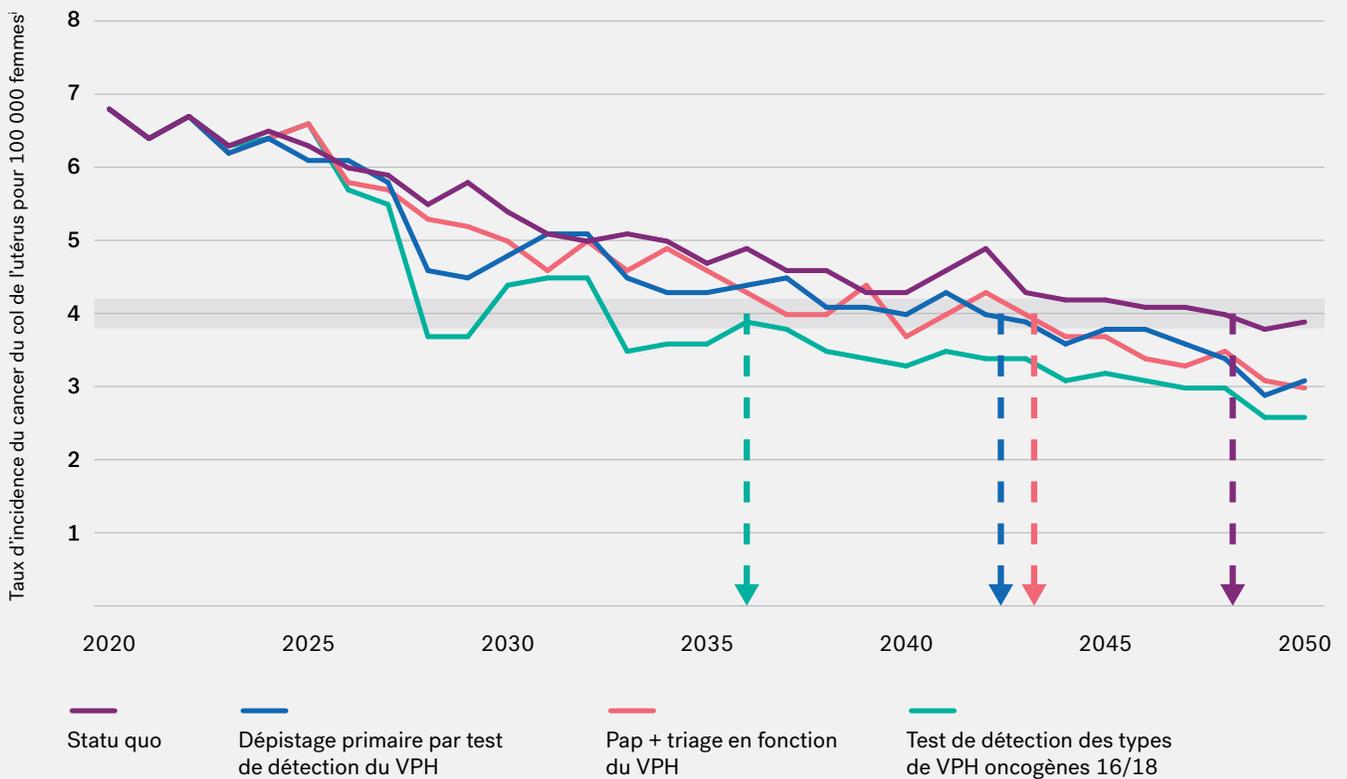
MISE EN PLACE DU PROGRAMME DE DÉPISTAGE	
Projection historique du dépistage	Comme il est défini dans le scénario de référence, de 2008 à 2019
Début d'un nouveau schéma de dépistage	2020
Suivi de la conformité	94,8 %
Version du modèle	OncoSim 3.3.4.0 – MMVPH 1.9.1.0
Période de dépistage	2020-9999
Tranche d'âge pour le dépistage	21 ou 25 – 69
Définition de la cohorte/ population	Analyse fondée sur la population

RÉSULTATS

Les résultats (graphique 1) montrent que si le Canada atteint les cibles suivantes : le taux de participation à la vaccination atteint 90 % d'ici 2025 (cible de l'Agence de la santé publique du Canada); le taux de participation au dépistage atteint 90 % d'ici 2030 (cible du Partenariat canadien contre le cancer); et le passage du test Pap à une nouvelle modalité (p. ex. le test de détection du VPH) se produit en 2025 (à mi-chemin), alors :

- le cancer du col de l'utérus pourra être éliminé d'ici 2040;
- le test de détection des types de VPH oncogènes 16/18 nous permettra d'atteindre cet objectif d'élimination encore plus rapidement;
- si l'on compare le test de détection des types de VPH oncogènes et le statu quo, d'ici 2050, 6 810 cas de cancer du col de l'utérus seront évités et 1 750 vies seront sauvées.

GRAPHIQUE 1 : QUAND LE CANADA POURRA-T-IL ÉLIMINER LE CANCER DU COL DE L'UTÉRUS?



i. Normalisé selon l'âge de la population mondiale.

ANNEXE B

MEMBRES DU COMITÉ CONSULTATIF SUR L'ÉLIMINATION DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS ET DES GROUPES DE TRAVAIL

NOM	TITRE	APPARTENANCE
D ^r James Bentley	Président, Société de gynéco-oncologie du Canada	Comité consultatif sur l'élimination du cancer du col de l'utérus au Canada Groupe de travail sur le suivi des dépistages anormaux
D ^{re} Jennifer Blake	Directrice générale, Société des obstétriciens et gynécologues du Canada	Comité consultatif sur l'élimination du cancer du col de l'utérus au Canada
D ^{re} Heather Bryant	Responsable scientifique principale, Partenariat canadien contre le cancer	Comité consultatif sur l'élimination du cancer du col de l'utérus au Canada
Lucie Marisa Bucci	Directrice principale, Immunisation Canada	Comité consultatif sur l'élimination du cancer du col de l'utérus au Canada
D ^{re} Meena Dawar	Médecin-hygiéniste, Vancouver Coastal Health Authority	Groupe de travail sur l'immunisation contre le VPH
D ^{re} Kathleen Decker	Présidente, Réseau pancanadien de dépistage du cancer du col de l'utérus, Partenariat canadien contre le cancer; scientifique, Institut de recherche en oncologie et en hématologie, Action cancer Manitoba	Comité consultatif sur l'élimination du cancer du col de l'utérus au Canada Groupe de travail sur le dépistage par test de détection du VPH
D ^{re} Shelley Deeks	Directrice générale de la protection de la santé, Santé publique Ontario	Groupe de travail sur l'immunisation contre le VPH
D ^{re} Lisa Del Giudice	Médecin de famille, Sunnybrook Health Sciences Centre; responsable régionale des soins primaires, Action Cancer Ontario	Groupe de travail sur le suivi des dépistages anormaux
D ^{re} Eileen de Villa	Médecin-hygiéniste, Bureau de santé publique de Toronto	Comité consultatif sur l'élimination du cancer du col de l'utérus au Canada
D ^{re} Corinne Doll	Professeure de clinique, Département d'oncologie, Division de radio-oncologie, Université de Calgary	Groupe de travail sur le suivi des dépistages anormaux
D ^r Patrick Fafard	Professeur en affaires publiques et internationales, Université d'Ottawa	Comité consultatif sur l'élimination du cancer du col de l'utérus au Canada
D ^r Eduardo Franco	Professeur et président, Département d'oncologie et directeur, Division d'épidémiologie du cancer, Université McGill	Groupe de travail sur l'immunisation contre le VPH Groupe de travail sur le dépistage par test de détection du VPH
D ^r Robert Grimshaw	Directeur médical, Programme de prévention du cancer du col de l'utérus, Régie de la santé de la Nouvelle-Écosse	Groupe de travail sur le dépistage par test de détection du VPH
Erin Henry	Directrice, Division des programmes d'immunisation et de préparation aux pandémies, Agence de la santé publique du Canada	Comité consultatif sur l'élimination du cancer du col de l'utérus au Canada

NOM	TITRE	APPARTENANCE
Brittany Hesmer	Coordonnatrice, Programme régional de lutte contre le cancer, Tungasuvvingat Inuit	Groupe de travail sur la prévention, le dépistage et le traitement du cancer du col de l'utérus chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis
Elizabeth Holmes	Responsable de la politique de santé, Société canadienne du cancer	Comité consultatif sur l'élimination du cancer du col de l'utérus au Canada
D^{re} Shainoor Ismail	Spécialiste médicale principale, Division des programmes d'immunisation et de préparation aux pandémies, Agence de la santé publique du Canada	Groupe de travail sur l'immunisation contre le VPH
D^r Noah Ivers	Clinicien-chercheur, Women's College Hospital	Groupe de travail sur le dépistage par test de détection du VPH
D^{re} Kami Kandola	Administratrice en chef de la santé publique, gouvernement des Territoires du Nord-Ouest	Comité consultatif sur l'élimination du cancer du col de l'utérus au Canada
D^{re} Rachel Kupets	Oncologue gynécologue, Sunnybrook Health Sciences Centre; responsable scientifique, Programme de dépistage du cancer du col de l'utérus de l'Ontario, Action Cancer Ontario	Groupe de travail sur le suivi des dépistages anormaux
Diane Lamothe	Responsable, Programme de dépistage du cancer colorectal, gouvernement du Yukon	Groupe de travail sur la prévention, le dépistage et le traitement du cancer du col de l'utérus chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis Groupe de travail sur le dépistage par test de détection du VPH
D^{re} Marette Lee	Responsable provinciale de la colposcopie, Programme de dépistage du cancer du col de l'utérus, BC Cancer	Groupe de travail sur le suivi des dépistages anormaux
Kevin Linn	Analyste principal des politiques de santé, Régie de la santé des Premières Nations	Groupe de travail sur la prévention, le dépistage et le traitement du cancer du col de l'utérus chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis
D^{re} Aisha Lofters	Médecin de famille, Women's College Hospital; responsable provinciale des soins primaires pour le dépistage du cancer, Action Cancer Ontario	Comité consultatif sur l'élimination du cancer du col de l'utérus au Canada Groupe de travail sur le dépistage par test de détection du VPH
D^{re} Kristen Mead	Directrice médicale, Services de laboratoire provinciaux, Santé Î.-P.-É.	Groupe de travail sur le dépistage par test de détection du VPH
D^{re} Unjali Malhotra	Directrice médicale, Santé des femmes, Régie de la santé des Premières Nations	Groupe de travail sur la prévention, le dépistage et le traitement du cancer du col de l'utérus chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis
D^{re} Shannon McDonald	Médecin-hygiéniste en chef par intérim, Régie de la santé des Premières Nations	Comité consultatif sur l'élimination du cancer du col de l'utérus au Canada
D^{re} Susan McFaul	Gynécologue-obstétricienne et professeure adjointe, Département d'obstétrique et de gynécologie, Université d'Ottawa	Groupe de travail sur le dépistage par test de détection du VPH

NOM	TITRE	APPARTENANCE
D^{re} Joan Murphy	Responsable clinique, Programme de dépistage du cancer du col de l'utérus de l'Ontario, Action Cancer Ontario	Comité consultatif sur l'élimination du cancer du col de l'utérus au Canada
D^{re} Jill Nation	Gynécologue-oncologue et professeure d'oncologie, d'obstétrique et de gynécologie, Cumming School of Medicine, Université de Calgary	Groupe de travail sur le suivi des dépistages anormaux
D^r Cory Neudorf	Président, Réseau pour la santé publique urbain	Comité consultatif sur l'élimination du cancer du col de l'utérus au Canada Groupe de travail sur l'immunisation contre le VPH
D^r Dirk van Niekerk	Responsable médical, Programme de dépistage du cancer du col de l'utérus, BC Cancer	Groupe de travail sur le dépistage par test de détection du VPH
D^{re} Gina Ogilvie	Professeure, Faculté de médecine, Université de la Colombie-Britannique	Comité consultatif sur l'élimination du cancer du col de l'utérus au Canada Groupe de travail sur l'immunisation contre le VPH Groupe de travail sur le dépistage par test de détection du VPH
Aaron Prosper	Chef d'équipe, Stratégie de soins du cancer de la Nation Mi'kmaq, Union of Nova Scotia Mi'kmaq	Groupe de travail sur la prévention, le dépistage et le traitement du cancer du col de l'utérus chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis
D^r Harman Sekhon	Responsable régional de l'anatomopathologie, Eastern Ontario Regional Laboratory Association; professeur, Université d'Ottawa; ancien président, Société canadienne de cytopathologie	Groupe de travail sur le dépistage par test de détection du VPH
Rebecca Truscott	Directrice, Unité de la santé de la population et de la prévention, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)	Groupe de travail sur l'immunisation contre le VPH
Ashley Turner	Responsable provinciale du bien-être, ministère de la Santé, Métis Nation British Columbia	Groupe de travail sur la prévention, le dépistage et le traitement du cancer du col de l'utérus chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis
D^r Huiming Yang	Médecin-hygiéniste provincial, Vie saine; directeur médical, Dépistage, Santé de la population, du public et des Autochtones, Alberta Health Services	Comité consultatif sur l'élimination du cancer du col de l'utérus au Canada
Malaya Zehr	Gestionnaire, Services d'emploi et recherche, Tungasuvvingat Inuit	Groupe de travail sur la prévention, le dépistage et le traitement du cancer du col de l'utérus chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis

RÉFÉRENCES

1. Organisation mondiale de la Santé. (2019). WHO Director-General calls for all countries to take action to help end the suffering caused by cervical cancer [en ligne]. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé [consulté le 10 septembre 2019]. Disponible à l'adresse (en anglais seulement) : <https://www.who.int/reproductivehealth/call-to-action-elimination-cervical-cancer/en/>.
2. Organisation mondiale de la Santé. (2019). Draft: Global strategy towards eliminating cervical cancer as a public health problem [en ligne]. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé [consulté le 27 décembre 2019]. Disponible à l'adresse (en anglais seulement) : <https://www.who.int/docs/default-source/cervical-cancer/cerv-cancer-elimn-strategy-16dec-12pm.pdf>.
3. Union internationale contre le cancer. (2019). UICC responding to the call to action to eliminate cervical cancer [en ligne]. Genève, Suisse : Union internationale contre le cancer [consulté le 5 septembre 2019]. Disponible à l'adresse (en anglais seulement) : <https://www.uicc.org/who-we-work/networks/uicc-responding-call-action-eliminate-cervical-cancer>.
4. Partenariat canadien contre le cancer. (2019). OncoSim [en ligne]. Toronto, Ontario : Partenariat canadien contre le cancer [consulté le 25 septembre 2019]. Disponible à l'adresse : <https://www.partnershipagainstcancer.ca/fr/tools/oncosim/#>.
5. Comité consultatif des statistiques canadiennes sur le cancer. (2019). Statistiques canadiennes sur le cancer 2019 [en ligne]. Toronto, Ontario : Société canadienne du cancer [consulté le 23 septembre 2019]. Disponible à l'adresse : <https://www.cancer.ca/~media/cancer.ca/CW/cancer%20information/cancer%20101/Canadian%20cancer%20statistics/Canadian-Cancer-Statistics-2019-FR.pdf?la=fr-CA>.
6. Dickinson, J. A., Stankiewicz, A., Popadiuk, C., Pogany, L., Onysko, J. et Miller, A. B. (2012). Reduced cervical cancer incidence and mortality in Canada: national data from 1932 to 2006. *BMC Public Health*, 12, 992.
7. Agence de la santé publique du Canada. (2017). Recommandations mises à jour sur les vaccins contre le virus du papillome humain (VPH) : Calendrier de vaccination du vaccin nonavalent contre le VPH à deux doses et utilisation des vaccins anti-VPH chez les populations immunodéprimées [en ligne]. Ottawa, Ontario : Agence de la santé publique du Canada [consulté le 10 octobre 2019]. Disponible à l'adresse : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/mises-a-jour-vaccins-contre-virus-papillome-humain-calendrier-vaccination-populations-immunodeprimees.html>.
8. Racey, C. S., Albert, A., Donken, R., Smith, L., Spinelli, J. J., Pedersen, H., de Bruin, P., Masaro, P., Mitchell-Foster, S., Sadarangani, M., Dawar, M., Krajden, M., Naus, M., van Niekerk, D. et Ogilvie, G. (2019). Cervical intraepithelial neoplasia rates in British Columbia women: a population-level data linkage evaluation of the school-based HPV immunization program. *The Journal of Infectious Diseases*, 221(1), 81-90.
9. Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. (2013). Recommendations on screening for cervical cancer. *CMAJ*, 185(1), 35-45.
10. Statistique Canada. (2018). Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2017 [en ligne]. Ottawa, Ontario : Statistique Canada [consulté le 16 septembre 2019]. Disponible à l'adresse : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/180626/dq180626b-fra.htm>.
11. Mazereeuw, M. V., Withrow, D. R., Nishri, E. D., Tjepkema, M., Vides, E. et Marrett, L. D. (2018). Cancer incidence and survival among Métis adults in Canada: results from the Canadian census follow-up cohort (1992-2009). *CMAJ*, 190(11), E320-E326.
12. Mazereeuw, M. V., Withrow, D. R., Nishri, E. D., Tjepkema, M., Vides, E. et Marrett, L. D. (2018). Cancer incidence among First Nations adults in Canada: follow-up of the 1991 Census Mortality Cohort (1992-2009). *Revue canadienne de santé publique*, 109(5-6), 700-709.

13. Inuit Tapiriit Kanatami. (2012). Inuit and cancer fact sheets [en ligne]. Ottawa, Ontario : Inuit Tapiriit Kanatami [consulté le 16 septembre 2019]. Disponible à l'adresse (en anglais seulement) : <https://www.itk.ca/inuit-cancer-fact-sheets/>.
14. Young, T. K., Kelly, J. J., Friberg, J., Soininen, L. et Wong, K. O. (2016). Cancer among circumpolar populations: an emerging public health concern. *Int J Circumpolar Health*, 75, 29787.
15. Withrow, D. R., Pole, J. D., Nishri, E. D., Tjepkema, M. et Marrett, L. D. (2017). Cancer survival disparities between First Nation and non-Aboriginal adults in Canada: follow-up of the 1991 Census Mortality Cohort. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 26(1), 145-151.
16. Beben, N. et Muirhead, A. (2016). Improving cancer control in First Nations, Inuit and Métis communities in Canada. *Eur J Cancer Care (Engl)*, 25(2), 219-221.
17. McGahan, C. E., Linn, K., Guno, P., Johnson, H., Coldman, A. J., Spinelli, J. J. et Caron, N. R. (2017). Cancer in First Nations people living in British Columbia, Canada: an analysis of incidence and survival from 1993 to 2010. *Cancer Causes Control*, 28(10), 1105-1116.
18. Partenariat canadien contre le cancer. (2019). Stratégie canadienne de lutte contre le cancer 2019-2029 [en ligne]. Toronto, Ontario : Partenariat canadien contre le cancer [consulté le 2 septembre 2019]. Disponible à l'adresse : <https://www.partnershipagainstcancer.ca/wp-content/uploads/2019/06/Canadian-Strategy-Cancer-Control-2019-2029-FR.pdf>.
19. Ogilvie, G. S., van Niekerk, D., Krajden, M., Smith, L. W., Cook, D., Gondara, L., Ceballos, K., Quinlan, D., Lee, M., Martin, R. E., Gentile, L., Peacock, S., Stuart, G. C. E., Franco, E. L. et Coldman, A. J. (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(1), 43-52.
20. Centre international de recherche sur le cancer. (2007). IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans. Volume 90. Human papillomaviruses. Lyon, France : Centre international de recherche sur le cancer.
21. Gouvernement du Canada. (2018). Vaccin contre le virus du papillome humain : Guide canadien d'immunisation. Partie 4 - Agents d'immunisation active [en ligne]. Ottawa, Ontario : gouvernement du Canada [mis à jour en mai 2017; consulté le 26 septembre 2019]. Disponible à l'adresse : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/guide-canadien-immunisation-partie-4-agents-immunisation-active.html>.
22. Bird, Y., Obidiya, O., Mahmood, R., Nwankwo, C. et Moraros, J. (2017). Human papillomavirus vaccination uptake in Canada: a systematic review and meta-analysis. *Int J Prev Med*, 8, 71.
23. Partenariat canadien contre le cancer. (2018). Dépistage du cancer du col de l'utérus au Canada : analyse de l'environnement [en ligne]. Toronto, Ontario : Partenariat canadien contre le cancer [consulté le 26 septembre 2019]. Disponible à l'adresse : <https://www.partnershipagainstcancer.ca/fr/topics/cervical-cancer-screening-environmental-scan-2018/#>.
24. Agence de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). (2019). Immunization coverage report for school pupils in Ontario: 2017-18 school year. Toronto, Ontario : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario.
25. MacDonald, N., the SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy. (2015). Vaccine hesitancy: definition, scope and determinants. *Vaccine*, 33(34), 4161-4164.
26. Tatar, O., Shapiro, G. K., Perez, S., Wade, K. et Rosberger, Z. (2019). Using the precaution adoption process model to clarify human papillomavirus vaccine hesitancy in Canadian parents of girls and parents of boys. *Hum Vaccin Immunother*. 15(7-8), 1803-1814.
27. Wilson, L., Rubens-Augustson, T., Murphy, M., Jardine, C., Crowcroft, N., Hui, C. et Wilson, K. (2018). Barriers to immunization among newcomers: a systematic review. *Vaccine*, 36(8), 1055-1062.
28. Smulian, E. A., Mitchell, K. R. et Stokley, S. (2016). Interventions to increase HPV vaccination coverage: a systematic review. *Hum Vaccin Immunother*, 12(6), 1566-88.
29. Kang, H. S., De Gagne, J. C., Son, Y. D. et Chae, S. M. (2018). Completeness of human papilloma virus vaccination: a systematic review. *J Pediatr Nurs*, 39, 7-14.
30. Niccolai, L. M. et Hansen, C. E. (2015). Practice- and community-based interventions to increase human papillomavirus vaccine coverage: a systematic review. *JAMA Pediatr*, 169(7), 686-692.
31. Rebolj, M., et coll. (2019). Primary cervical screening with high risk human papillomavirus testing: observational study. *BMJ*, 364, 1240.

32. Gouvernement du Canada. (2016). Stratégie nationale d'immunisation. Objectifs nationaux de couverture vaccinale et cibles nationales de réduction des maladies évitables par la vaccination d'ici 2025 [en ligne]. Ottawa, Ontario : gouvernement du Canada [consulté le 11 octobre 2019]. Disponible à l'adresse : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/priorites-immunization-et-vaccins/strategie-nationale-immunisation/vaccination-objectifs-nationaux-couverture-vaccinale-cibles-nationales-reduction-maladies-evitables-2025.html>.
33. Vahabi, M. et Lofters, A. (2018). HPV self-sampling: a promising approach to reduce cervical cancer screening disparities in Canada. *Current Oncology*, 25(1), 13-18.
34. Bukowska-Durawa, A. et Luszczynska, A. (2014). Cervical cancer screening and psychosocial barriers perceived by patients. A systematic review. *Contemp Oncol (Pozn)*, 18(3), 153-159.
35. Cerigo, H., Macdonald, M. E., Franco, E. L. et Brassard, P. (2013). HPV detection by self-sampling in Nunavik, Quebec: Inuit women's sampling method preferences. *International Journal of Indigenous Health*, 8(1), 29-39.
36. Cerigo, H., Coutlée, F., Franco, E. L. et Brassard, P. (2013). Factors associated with cervical cancer screening uptake among Inuit women in Nunavik, Quebec, Canada. *BMC Public Health*, 13, 438.
37. Partenariat canadien contre le cancer. (2016). Dépistage du cancer du col de l'utérus au Canada : surveillance et évaluation des indicateurs de qualité [en ligne]. Toronto, Ontario : Partenariat canadien contre le cancer [mis à jour en juillet 2016; consulté le 26 septembre 2019]. Disponible à l'adresse : <https://s22457.pcdn.co/wp-content/uploads/2019/01/Cervical-Cancer-Screen-Quality-Indicators-Report-2016-FR.pdf>.
38. Ferdous, M., Lee, S., Goopy, S., Yang, H., Rumana, N., Abedin, T. et Turin, T. C. (2018). Barriers to cervical cancer screening faced by immigrant women in Canada: a systematic scoping review. *BMC Women's Health*, 18(1), 165.
39. Racey, C. S. et Gesink, D. C. (2016). Barriers and facilitators to cervical cancer screening among women in rural Ontario, Canada: the role of self-collected HPV testing. *J Rural Health*, 32(2), 136-145.
40. Partenariat canadien contre le cancer. (2017). Rapport de 2017 sur le rendement du système de lutte contre le cancer. Toronto, Ontario : Partenariat canadien contre le cancer.
41. Gatos, K. C. (2018). A literature review of cervical cancer screening in transgender men. *Nursing for Women's Health*, 22(1), 52-62.
42. Curmi, C., Peters, K. et Salamonson, Y. (2014). Lesbians' attitudes and practices of cervical cancer screening: a qualitative study. *BMC Women's Health*, 14, 153.
43. Elias, B., Kliewer, E. V., Hall, M., Demers, A. A., Turner, D., Martens, P., Hong, S. P., Hart, L., Chartrand, C. et Munro, G. (2011). The burden of cancer risk in Canada's Indigenous population: a comparative study of known risks in a Canadian region. *Int J Gen Med*, 4, 699-709.
44. Martens, P. J., Bartlett, J., Burland, E., Prior, H., Burchill, C., Huq, S., Romphf, L., Sanguins, J., Carter, S. et Bailly, A. (2010). Profile of Métis health status and healthcare utilization in Manitoba: a population-based study. Winnipeg, Manitoba : Centre manitobain de politiques en matière de santé.
45. Decker, K. M., Demers, A. A., Kliewer, E. V., Biswanger, N., Musto, G., Elias, B., Griffith, J., Turner, D. (2015). Pap test use and cervical cancer incidence in First Nations women living in Manitoba. *Cancer Prev Res (Phila)*, 8(1), 49-55.
46. Withrow, D.R., Amartey, A., et Marrett, L. D. (2014). Cancer risk factors and screening in the off-reserve First Nations, Métis and non-Aboriginal populations of Ontario. *Chronic Dis Inj Can*, 34(2-3), 103-112.
47. Tungasuvvingat Inuit et Action Cancer Ontario. (2017). Cancer risk factors and screening among Inuit in Ontario and other Canadian regions. Toronto, Ontario.
48. Mazereeuw, M. V., Yurkiewich, A., Jamal, S., Cawley, C., Jones, C. R., Marrett, L. D. (2017). Cancer risk factors and screening in First Nations in Ontario. *Health Promot Chronic Dis Prev Can*, 37(6), 186-193.
49. Statistique Canada. (2017). Registre canadien du cancer [en ligne]. Ottawa, Ontario : Statistique Canada [consulté le 15 octobre 2019]. Disponible à l'adresse : <https://www.statcan.gc.ca/fra/aperçu/efrvp/rcc>.
50. Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé. (2019). HPV testing for primary cervical cancer screening: a health technology assessment [en ligne]. Ottawa, Ontario : ACMTS [consulté le 19 septembre 2019]. Disponible à l'adresse : <https://www.cadth.ca/sites/default/files/ou-tr/op0530-hpv-testing-for-pcc-report.pdf>.

Références

51. Smith, M. A., Gertig, D., Hall, M., Simms, K., Lew, J. B., Malloy, M., Saville, M. et Canfell, K. (2016). Transitioning from cytology-based screening to HPV-based screening at longer intervals: implications for resource use. *BMC Health Serv Res*, 16, 147.
52. Gauvreau, C. L., Fitzgerald, N. R., Memon, S., Flanagan, W. M., Nadeau, C., Asakawa, K., Garner, R., Miller, A. B., Evans, W. K., Popadiuk, C. M., Wolfson, M. et Coldman, A. J. (2017). The OncoSim model: development and use for better decision-making in Canadian cancer control. *Current Oncology*, 24(6), 401.
53. Miller, A. B., Gribble, S., Nadeau, C., Asakawa, K., Flanagan, W. M., Wolfson, M., Coldman, A., Evans, W. K., Fitzgerald, N., Lockwood, G. et Popadiuk, C. (2015). Evaluation of the natural history of cancer of the cervix, implications for prevention. The Cancer Risk Management Model (CRMM) – Human papillomavirus and cervical components. *Journal of Cancer Policy*, 4, 1-6.
54. Van de Velde, N., Brisson, M. et Boily, M.-C. (2010). Understanding differences in predictions of HPV vaccine effectiveness: A comparative model-based analysis. *Vaccine*, 28(33), 5473-5484.
55. Flanagan, W., Evans, W. K., Fitzgerald, N. R., Goffin, J. R., Miller, A. B., Wolfson, M. C. (2014). Performance du module de dépistage du cancer du poumon du Modèle de gestion des risques de cancer. *Rapports sur la santé*, 26, 11-18.
56. Evans, W. K., Wolfson, M., Flanagan, W. M., Shin, J., Goffin, J. R., Asakawa, K., Earle, C., Mittmann, N., Fairclough, L., Finès, P., Gribble, S., Hoch, J., Hicks, C., Omariba, W. D. et Ng, E. (2012). The evaluation of cancer control interventions in lung cancer using the Canadian Cancer Risk Management Model. *Lung Cancer Management*, 1(1), 25-33.
57. Popadiuk, C., Coldman, A. J., Memon, S., Fitzgerald, N., Gribble, S., Lockwood, G., Wolfson, M. G. et Miller, A. B. (2016). Comparing the health and economic impacts of cervical cancer screening strategies using the Cancer Risk Management Model (CRMM). *Gynecologic Oncology*, 141, 63.
58. Popadiuk, C., Gauvreau, C. L., Bhavsar, M., Nadeau, C., Asakawa, K., Flanagan, W. M., Wolfson, M. C., Coldman, A. J., Memon, S., Fitzgerald, N., Lacombe, J. et Miller, A. B. (2016). Using the Cancer Risk Management Model to evaluate the health and economic impacts of cytology compared with human papillomavirus DNA testing for primary cervical cancer screening in Canada. *Current Oncology*, 23(0), 56.
59. Popadiuk, C., Decker, K. et Gauvreau, C. (2019). Starting cervical cancer screening at 25 years of age: the time has come. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 191(1), E1-E2.
60. Smith, A., Baines, N., Memon, S., Fitzgerald, N., Chadder, J., Politis, C., Nicholson, E., Earle, C. et Bryant, H. (2019). Moving toward the elimination of cervical cancer: modelling the health and economic benefits of increasing uptake of human papillomavirus vaccines. *Current Oncology*, 26(2).

