

Afin d'éliminer le cancer du col de l'utérus au Canada, le dépistage du virus du papillome humain doit être financé à l'échelle nationale

Shannon Charlebois MD, Sarah Kean MD

■ *CMAJ* 2024 August 12;196:E960-2. doi : 10.1503/cmaj.240722-f

Citation : Veuillez citer la version originale anglaise, *CMAJ* 2024 June 3;196:E729-30. doi : 10.1503/cmaj.240722.

Voir la version anglaise de l'article ici : www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.240722; voir l'article connexe (en anglais) ici : www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.231682.

Le cancer du col de l'utérus est presque entièrement évitable et est traitable lorsqu'il est détecté tôt. Dans une étude sur le sujet, Pataky et ses collègues modélisent des stratégies pour l'élimination du cancer du col de l'utérus en Colombie-Britannique, et constatent que la stratégie la plus avantageuse serait d'augmenter le recours à l'autoprélèvement dans les populations sous-dépistées¹. L'un des moyens d'y parvenir dans les populations difficiles à atteindre serait de réduire les obstacles à l'accès à l'autodépistage ou à l'autoprélèvement. Dans ses lignes directrices publiées en 2022, l'Organisation mondiale de la Santé recommande que l'autoprélèvement pour le virus du papillome humain (VPH) soit inclus dans le dépistage du cancer du col de l'utérus². Le Plan d'action pour l'élimination du cancer du col de l'utérus au Canada publié en 2019 par le Partenariat canadien contre le cancer en faisait un objectif immédiat³. La Colombie-Britannique a pris la tête devant les autres provinces et territoires canadiens en intégrant l'option de l'autoprélèvement dans son programme de dépistage, dès janvier 2024. Le fait que le cancer du col de l'utérus représente 1,3 % des nouveaux cas de cancer chez la femme et soit en cause dans 1,1 % des décès de femmes liés au cancer au Canada, alors qu'il est évitable, devrait inciter tous les systèmes de santé du pays à financer sans attendre l'autoprélèvement⁴.

Bien que son incidence soit relativement faible, le cancer du col de l'utérus touche principalement les jeunes et contribue de manière disproportionnée aux années de vie perdues à cause du cancer⁵. En outre, son incidence est en hausse au Canada et aux États-Unis, les diagnostics étant posés à un plus jeune âge et à des stades plus avancés de la maladie^{6,7}. Le cancer invasif du col

de l'utérus touche de façon disproportionnée les populations en quête d'équité. Pourtant, les personnes les plus à risque sont aussi les moins susceptibles de se prêter à un dépistage; il s'agit notamment des personnes 2SLGBTQI+, immigrantes, noires, autochtones, en situation de handicap, ou victimes de traumatismes sexuels⁸⁻¹⁰. C'est le cancer le plus fréquent chez les femmes vivant avec le VIH¹¹.

Les programmes de vaccination anti-VPH ne peuvent à eux seuls éradiquer le cancer du col de l'utérus dans un avenir rapproché. Même si la couverture et l'efficacité atteignaient 100 %, les premières cohortes vaccinées ne parviendront pas à l'âge moyen de diagnostic du cancer du col de l'utérus avant de nombreuses années; l'adoption de la vaccination anti-VPH demeure sous-optimale, les données les plus récentes (pour l'année scolaire 2017-2018) révélant une couverture vaccinale de 57,1 %–91,3 % chez les filles et de 57,5 %–91,3 % chez les garçons dans les provinces et territoires canadiens¹¹.

Le Canada a été lent à passer de la cytologie classique (test Pap) au test universel de détection du VPH comme dépistage de première intention en vue de favoriser la détection précoce du cancer du col de l'utérus et de faire baisser le taux de cancer invasif du col de l'utérus, malgré la mise en œuvre du test dans des pays ayant un système de santé comparable, comme le Royaume-Uni, l'Australie et les Pays-Bas¹²⁻¹⁴. Le test de détection du VPH pour la néoplasie cervicale intraépithéliale (NCI) de grade 2 ou 3 a une sensibilité de 94,6 % (intervalle de confiance [IC] à 95 % 84,2 %–100,0 %), comparativement à 55,4 % (IC à 95 % 33,6 %–77,2 %) pour la cytologie¹⁵.

L'autoprélèvement pour le VPH peut faire monter le taux de dépistage, en éliminant les enjeux d'intimité, de commodité,

d'évitement d'un examen effractif, de préoccupations culturelles et de déplacement¹⁶. Un frottis vaginal est effectué par la patiente dans le milieu de son choix et envoyé par courrier, comme dans les programmes intégrés de dépistage du cancer du côlon. L'autoprélèvement pour le VPH peut donc accroître la portée du dépistage dans les populations les plus à risque de cancer invasif du col de l'utérus, soit les populations sous-dépistées et jamais dépistées.

De plus en plus de données montrent que les échantillons autoprélévés analysés par réaction en chaîne de la polymérase à haute sensibilité sont aussi sensibles que les échantillons recueillis par les médecins. Une méta-analyse de 56 études comparant l'autoprélèvement au dépistage par un professionnel ou une professionnelle de la santé a révélé que la sensibilité relative de l'autoprélèvement était de 0,96 (IC à 95 % 0,90–1,03) et de 0,99 (IC à 95 % 0,91–1,08) pour la NCI2+ et la NCI3+, respectivement, et que la spécificité relative était de 1,00 (IC à 95 % 0,99–1,01) et de 1,00 (IC à 95 % 0,99–1,01), respectivement¹⁷.

Les trousse d'autodépistage du VPH envoyées par courrier ont une acceptabilité et une faisabilité démontrées et font augmenter le taux de prélèvement, particulièrement dans les groupes mal desservis au Canada, notamment chez les femmes en logement précaire ou autrement marginalisées, et les personnes vivant dans une collectivité rurale ou autochtone^{18–20}. Dans le cadre du programme pilote mené en Colombie-Britannique, les personnes participantes sous-dépistées ou jamais dépistées à qui on a offert l'autoprélèvement ont retourné leur échantillon 26 % du temps³. Une étude pilote parmi la patientèle sous-dépistée au Manitoba a montré un taux de participation significativement plus élevé quand la patientèle se faisait offrir l'option de l'autoprélèvement, comparativement à l'absence de cette possibilité¹⁸. L'Australie a mis en œuvre l'autoprélèvement universel pour le VPH comme option en juillet 2022, et les premières données ont montré que 1 personne sur 3 faisant son premier dépistage et 40 % des personnes en retard pour le dépistage ont choisi l'autoprélèvement, et une hausse du taux de prélèvement a été observée dans les régions éloignées et chez les personnes s'identifiant comme membres d'une Première Nation²¹.

L'autoprélèvement est économique, par rapport au prélèvement par les médecins. En Suède, l'autoprélèvement pour le VPH a mené à une hausse de 1633 des femmes dépistées et de 107 des diagnostics histologiques de NCI2+ à un coût considérablement inférieur aux tests Pap effectués par des sages-femmes²². Une analyse économique des trousse d'autoprélèvement envoyées par courrier aux États-Unis parmi les femmes inscrites à un régime d'assurance maladie a permis de constater que l'utilisation de trousse était nettement moins chère que les consultations médicales²³.

Si le Canada veut éliminer le cancer du col de l'utérus, ce qui est entièrement possible, chaque système de santé au pays doit intégrer l'autoprélèvement dans son programme de dépistage de la maladie.

Références

1. Pataky RE, Izadi-Najafabadi S, Smith LW, et al. Strategies to accelerate the elimination of cervical cancer in British Columbia, Canada: a modelling study. *CMAJ* 2024;196:E716-23.
2. WHO guideline on self-care interventions for health and well-being. Geneva: World Health Organization (WHO); 2022:1-149. Accessible ici : https://files.magicapp.org/guideline/411b5969-8716-4e88-99ae-7ee0be1416eb/published_guideline_5512-3_0.pdf (consulté le 30 avr. 2024).
3. Action plan for the elimination of cervical cancer in Canada 2020–2030. Toronto: Canadian Partnership Against Cancer; 2020:1-50. Accessible ici : <https://www.partnershipagainstcancer.ca/topics/elimination-cervical-cancer-action-plan/> (consulté le 15 mai 2024).
4. Canadian Cancer Statistics 2023. Toronto: Canadian Cancer Society; 2023:1-104. Accessible ici : https://cdn.cancer.ca/-/media/files/research/cancer-statistics/2023-statistics/2023_PDF_EN.pdf (consulté le 15 mai 2024).
5. Table 13-10-0392-01: Deaths and age-specific mortality rates, by selected grouped causes. Ottawa: Statistics Canada. Accessible ici : <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/en/tv.action?pid=1310039201> (consulté le 13 mai 2024).
6. Raveinthiranathan N, Simkin J, Donken R, et al. Age-specific trends of invasive cervical cancer incidence in British Columbia, Canada, 1971–2017. *Curr Oncol* 2023;30:7692-705.
7. Francoeur AA, Liao C-I, Caesar MA, et al. The increasing incidence of stage IV cervical cancer in the USA: What factors are related? [erratum publié dans *Int J Gynecol Cancer* 2022;32:1635, *Int J Gynecol Cancer* 2023;33:317-8] *Int J Gynecol Cancer* 2022;32:1115-22.
8. Andiwijaya FR, Davey C, Bessame K, et al. Disability and participation in breast and cervical cancer screening: a systematic review and meta-analysis. *Int J Environ Res Public Health* 2022;19:9465. doi : 10.3390/ijerph19159465.
9. Hutchinson P, Tobin P, Muirhead A, et al. Closing the gaps in cancer screening with First Nations, Inuit and Métis populations: a narrative literature review. *J Indig Wellbeing* 2018;3:3-17.
10. Farley M, Golding JM, Minkoff JR. Is a history of trauma associated with a reduced likelihood of cervical cancer screening? *J Fam Pract* 2002;51:827-31.
11. HPV immunization for the prevention of cervical cancer. Toronto: Canadian Partnership Against Cancer; 2021:1-38. Accessible ici : <https://s22457.pcdn.co/wp-content/uploads/2021/04/HPV-immunization-prevention-cervical-cancer-EN.pdf> (consulté le 15 mai 2024).
12. Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem. Geneva: World Health Organization; 2020. Accessible ici : <https://www.who.int/publications/i/item/9789240014107> (consulté le 19 janv. 2024).
13. Maver PJ, Poljak M. Primary HPV-based cervical cancer screening in Europe: implementation status, challenges, and future plans. *Clin Microbiol Infect* 2020;26:579-83.
14. Melnikow J, Henderson JT, Burda BU, et al. Screening for cervical cancer with high-risk human papillomavirus sampling: updated evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA* 2018;320:687-705.
15. Mayrand MH, Duarte-Franco E, Rodrigues I, et al.; Canadian Cervical Cancer Screening Trial Study Group. Human papillomavirus DNA versus Papanicolaou screening tests for cervical cancer. *N Engl J Med* 2007;357:1579-88.
16. Parker SL, Amboree TL, Bulsara S, et al. Self-sampling for human papillomavirus sampling: acceptability in a U.S. safety net health system. *Am J Prev Med* 2024;66:540-7.
17. Polman NJ, Ebisch RMF, Heideman DAM, et al. Performance of human papillomavirus sampling on self-collected versus clinician-collected samples for the detection of cervical intraepithelial neoplasia of grade 2 or worse: a randomised, paired screen-positive, non-inferiority trial. *Lancet Oncol* 2019;20:229-38.
18. Jalili F, O'Connell C, Templeton K, et al. Assessing the impact of mailing self-sampling kits for human papillomavirus sampling to unscreened non-responder women in Manitoba. *Curr Oncol* 2019;26:167-72.
19. Ogilvie G, Krajdin M, Maginley J, et al. Feasibility of self-collection of specimens for human papillomavirus sampling in hard-to-reach women. *CMAJ* 2007;177:480-3.
20. Zehbe I, Moeller H, Severini A, et al. Feasibility of self-sampling and human papillomavirus sampling for cervical cancer screening in First Nation women from Northwest Ontario, Canada: a pilot study. *BMJ Open* 2011;1:e000030. doi : 10.1136/bmjopen-2010-000030.
21. Women opting for self-screening of cervical cancer, new data released [communiqué de presse]. North Ryde (AU); le 5 mars 2024. Accessible ici : <https://www.hospitalhealth.com.au/content/clinical-services/news/women-opting-for-self-screening-of-cervical-cancer-new-data-released-722814767> (consulté le 15 mai 2024).
22. Aarnio R, Östenson E, Olovsson M, et al. Cost-effectiveness analysis of repeated self-sampling for HPV sampling in primary cervical screening: a randomized study. *BMC Cancer* 2020;20:645.
23. Meenan RT, Troja C, Buist DSM, et al. Economic evaluation of mailed home-based human papillomavirus self-sampling kits for cervical cancer screening. *JAMA Netw Open* 2023;6:e234052. doi :10.1001/jamanetworkopen.2023.4052.

Intérêts concurrents : www.cmaj.ca/staff (Charlebois). Sarah Kean indique avoir reçu, de la Société de gynéco-oncologie du Canada, du soutien financier pour ses déplacements et son hébergement dans le cadre d'allocutions à des rencontres de développement professionnel continu.

Affiliations : Rédactrice médicale, *JAMC* (Charlebois); Action cancer Manitoba (Kean), Winnipeg, Man.

Propriété intellectuelle du contenu : Il s'agit d'un article en libre accès distribué conformément aux modalités de la licence Creative Commons

Attribution (CC BY-NC-ND 4,0), qui permet l'utilisation, la diffusion et la reproduction dans tout médium à la condition que la publication originale soit adéquatement citée, que l'utilisation se fasse à des fins non commerciales (c.-à-d., recherche ou éducation) et qu'aucune modification ni adaptation n'y soit apportée. Voir : <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>

Traduction et révision : Équipe Francophonie de l'Association médicale canadienne

Correspondance : *CMAJ* editor, editorial@cmaj.ca